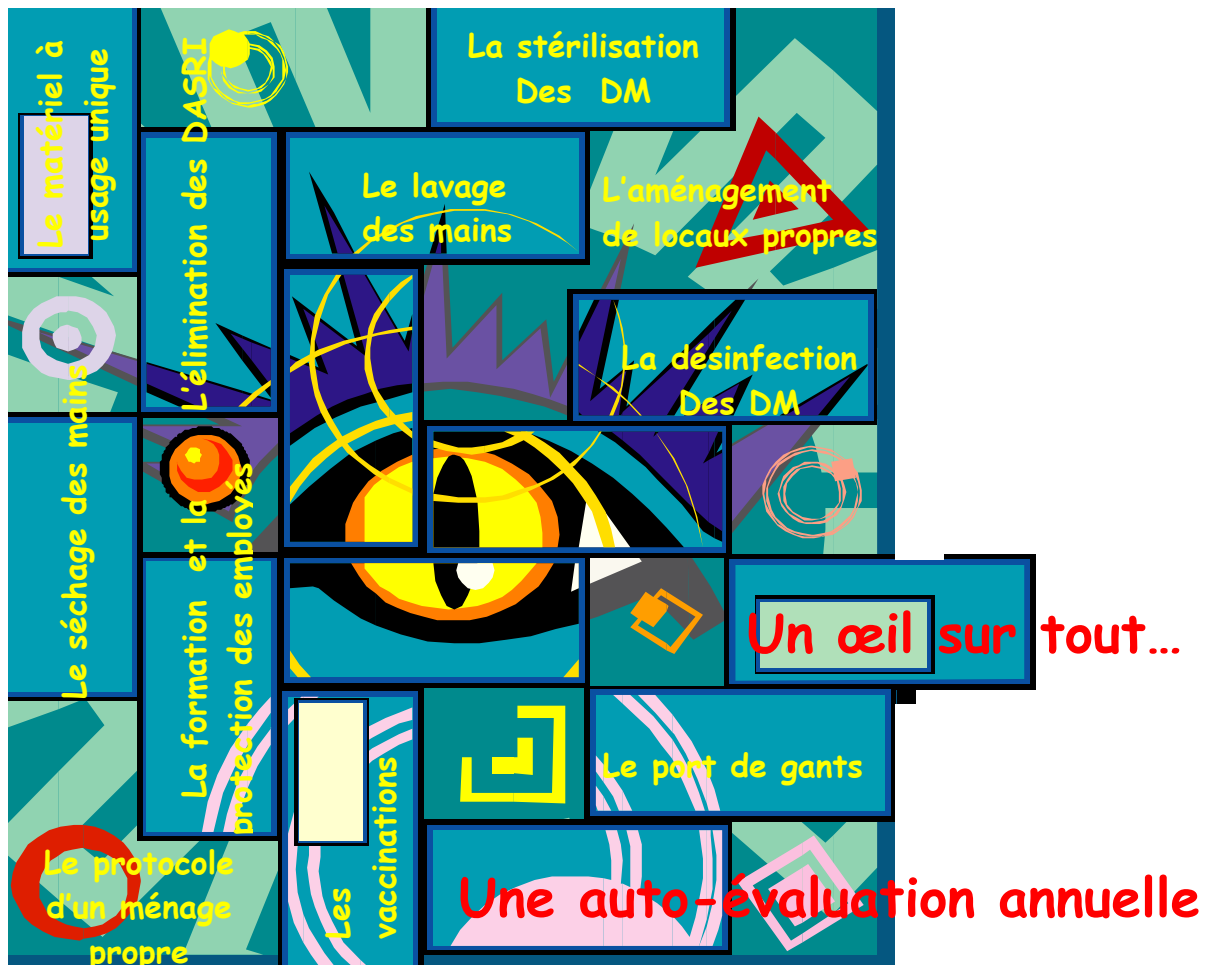


L'HYGIENE EN PRATIQUE LIBERALE DE DISTRIBUTION DE SOINS



UN PUZZLE DE PRATIQUES EN ROUTINE
PAS SI SIMPLE.....

SOMMAIRE

SOMMAIRE		2
INTRODUCTION	Déroulement du projet et présentation du guide	3
I/ AMENAGEMENT et NETTOYAGE DES LOCAUX et SANITAIRES	A/ L'aménagement des locaux B/ Le ménage dans les locaux professionnels La Question clé et sa réponse FICHE PRATIQUE : le ménage dans les locaux professionnels	5 7 8 9
II/ HYGIENE DE LA TABLE ET DU FAUTEUIL DE SOIN	La Question clé et sa réponse	10
III/ MATERIEL A USAGE UNIQUE ET ELIMINATION DES DECHETS	A/ L'utilisation du matériel à usage unique B/ L'élimination des DAS La Question clé et sa réponse FICHE PRATIQUE : L'élimination des déchets ou DAS	11 11 14 15
IV/ LA DESINFECTION ET STERILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX	A/ La désinfection des dispositifs médicaux B/ La stérilisation La Question clé et sa réponse FICHE PRATIQUE : La stérilisation des dispositifs médicaux (traçabilité)	16 16 18 19
V/ L'HYGIENE DES MAINS : LAVAGE, SECHAGE et USAGE DES GANTS	A/ Le lavage des mains La Question clé et sa réponse FICHE PRATIQUE : Le lavage des mains B/ Le séchage des mains et La Question clé et sa réponse C/ L'usage des gants La Question clé et sa réponse	20 22 23 24 25 26
VI/ VACCINATIONS DES PROFESSIONNELS	La vaccination des professionnels La Question clé et sa réponse FICHE PRATIQUE : La vaccination des employés des cabinets libéraux	27 28 29
VII/ AUTRES PROTECTIONS DE PERSONNES	Les tenues spécifiques La Question clé et sa réponse FICHE PRATIQUE : La formation des employés des cabinets libéraux	30 31 32
CONCLUSION		33
ADDENDUM	I/ LOIS ET DECRETS OFFICIELS A CONNAITRE II/ LES NORMES OFFICIELLES III/ BIBLIOGRAPHIE GENERALE IV/ BIBLIOGRAPHIE ARTICLES DE LA REVUE PRESCRIRE V/ TRAVAUX DES UMLR VI/ GUIDES ET OUVRAGES A LIRE VII/ ADRESSES UTILES	34 43 45 50 51 52 53
QUESTIONNAIRE DE L'AUTO EVALUATION EN LIGNE		54

INTRODUCTION

Il existe une littérature assez abondante sur les risques infectieux dans le domaine médical, qu'ils soient nosocomiaux (la plus importante littérature portant sur les risques hospitaliers) ou envers le distributeur de soins. Qu'il soit médecin, infirmier, kinésithérapeute, podologue, ou autre pratiquant professionnel, chacun reçoit durant son cycle d'enseignement et dans ce domaine, un nombre important de recommandations, voire de protocoles ou de procédures (principalement issus du domaine hospitalier).

Chacun s'applique à les mettre en pratique tout au long de sa vie professionnelle, malgré les nombreux obstacles techniques (cabinets anciens ou exercice au domicile des patients) ou financiers (cherté de « l'usage unique » et des produits de nettoyage antiseptique pour des actes peu rémunérés).

Loin de vouloir proposer un lieu d'exercice « modèle », le projet attendu, a pour objectif d'aider les professionnels du soin médical en pratique libérale, en leur proposant **d'améliorer la qualité de leur fonctionnement en matière d'hygiène** :

- D'une part en rassemblant à l'usage des jeunes professionnels en cours d'installation, ou des plus anciens en cours de réflexion, des recommandations classiquement admises pour éviter les infections nosocomiales (et du professionnel), applicables à l'exercice libéral, sous forme d'un **GUIDE** et déclinées en **FICHES PRATIQUES**.

- D'autre part en offrant **UNE GRILLE D'AUTOÉVALUATION**, créée à partir des résultats d'une enquête sur les questions qui ont soulevé le plus de problématique. Cette autoévaluation sera proposée en ligne sur le site de l'URMLRA.

Cette autoévaluation faite annuellement par le plus grand nombre de professionnels et de façon totalement anonyme permettra à un prestataire indépendant, de tenir à jour,

UN BAROMÈTRE D'ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ DE L'HYGIÈNE DANS LES CABINETS LIBÉRAUX DE SOINS MÉDICAUX DANS LA RÉGION RHÔNE ALPES,

De plus, en remplissant cette grille, chaque professionnel pourra ainsi connaître de façon instantanée et confidentielle, ses propres résultats, son évolution personnelle, et son positionnement par rapport aux autres professionnels de la région, et s'il est nécessaire, pourra faire évoluer ses propres pratiques personnelles en fonctionnement et qualité.

DEROULEMENT DU PROJET

UNE PREMIÈRE ENQUÊTE A ÉTÉ RÉALISÉE PAR L'URMLRA ET VALSANTÉ EN 2003 AUPRÈS DE 290 MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET 4000 DE LEURS PATIENTS.

Elle a porté sur les conditions d'accueil dans les cabinets de médecine générale et sur l'appréciation du service rendu par les médecins à la santé publique au travers de l'opinion qu'en ont donnée leurs clients (y compris en matière de personnel employé, d'installation immobilière, mobilière et de ménage).

UNE SECONDE ENQUÊTE, ÉLARGIE À D'AUTRES PROFESSIONNELS, A ÉTÉ FAITE EN 2006: Médecins généralistes et spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes et podologues. Cette enquête a été plus spécifiquement centrée sur les critères communs d'hygiène des soins distribués intra et extra muros au cabinet libéral malgré la spécificité de chaque spécialité professionnelle.

L'enquête conduite a porté sur 120 participants tirés au sort de façon aléatoire dans les 8 départements de la région Rhône Alpes et incluant des zones urbaines et des zones rurales (30 Médecins spécialistes, 30 Médecins généralistes, 30 Infirmières libérales, 15 Kinésithérapeutes et 15 Podologues).

Elle a permis:

- de faire un premier état des lieux sur les nouveaux critères sélectionnés, par rapport à ceux déjà étudiés dans l'enquête de 2003.
- de mieux faire apparaître les difficultés et les obstacles de l'objectif à atteindre : « amélioration de la qualité des soins aux patients à travers **LES TECHNIQUES D'HYGIÈNE** à pratiquer usuellement ».

A ce support de résultats d'enquêtes régionales Rhône-Alpes, s'ajoutent des références dans le domaine concerné :

- Le «Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements hospitaliers» édité par le ministère de la Santé en Janvier 2006
- Les résultats d'une enquête pratiquée dans les pays de Loire sur « l'hygiène dans les cabinets de Médecine Générale » publiée en Juin 2002
- «L'hygiène des mains : guide de bonnes pratiques» par le CLIN Paris-Nord de Décembre 2001
- La revue Prescrire (n° 21: «prévenir les infections liées aux soins ambulatoires») de Décembre 2000.
- Les résultats d'enquêtes déjà effectuées sur l'élimination des déchets dans les cabinets libéraux réalisés en Ile de France.
- Les très nombreuses références bibliographiques déjà collectées sur les différents chapitres de l'hygiène des soins en libéral: les locaux propres (aménagement, ménage), l'usage unique (draps pour la table de soin, dispositifs médicaux), le lavage et séchage des mains, la protection des personnes (gants, vaccinations, désinfections).

LE GUIDE D'AUTOEVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Ce projet global a eu pour objectif de construire un Guide d'auto-évaluation des Pratiques Professionnelles suivant les recommandations ordinairement admises et leurs améliorations.

Il doit permettre à chaque partenaire ou professionnel auto évalué :

- de situer et d'évaluer l'ensemble des risques concernant l'hygiène de ses pratiques professionnelles de distribution de soins, durant son installation en libéral, ou avant d'aménager son local professionnel.
- de combattre ces risques en établissant ses propres priorités, tout en sachant que le projet est collectif (protection et sécurité des patients, professionnels et employés), et qu'il évoluera avec les techniques et les moyens financiers choisis pour planifier à plus long terme la prévention des infections en pratique libérale.

Les critères usuellement retenus en matière de qualité de l'hygiène dans les cabinets de pratiques libérales de soins concernent :

- Sur le plan **MATERIEL**, un aménagement particulier des locaux, ainsi que des règles d'utilisation des matériels.
- Sur le plan **HUMAIN**, un ensemble de recommandations d'hygiène et de protection de la personne.

Ces critères ne sont pas restrictifs et ne correspondent ni à des normes ni à des procédures officielles, mais permettent tout simplement d'évaluer au mieux une faisabilité des pratiques d'hygiène en pratique libérale.

(Ce sont sur ces critères que s'est basée l'enquête réalisée de septembre à décembre 2006 dans la région Rhône-Alpes).

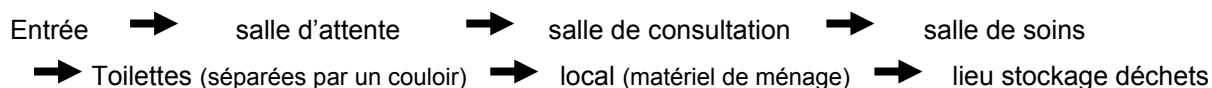
Ce guide est accompagné, chapitre par chapitre, de fiches pratiques récapitulatives, et reliées à la grille d'auto-évaluation proposée en ligne sur le site de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes.

I/ AMENAGEMENT ET NETTOYAGE DES LOCAUX ET SANITAIRES

L'aménagement et le nettoyage des locaux et sanitaires sont réalisés dans l'objectif prioritaire d'éviter tous réservoirs de microorganismes dans le local d'exercice, objectif qui sera le leitmotiv de la dispense de soins en libéral.

A/ L'AMENAGEMENT DES LOCAUX

Les locaux sont distribués de manière à faciliter le circuit de nettoyage:



- zones protégées: la salle d'examen ou de soins et le stockage du matériel stérile et le bureau.
- zones exposées à la contamination: l'entrée, la salle d'attente, les sanitaires, et le local de rangement.

Les toilettes comportent des installations classiques: lavabo équipé d'un distributeur de savon liquide, distributeur de serviettes en papier et poubelle avec sac.

LA SALLE DE SOINS

Elle comprend une zone d'examen et une zone technique, séparées.
 La zone d'examen sera la plus proche du bureau et, selon le type d'exercice professionnel, comportera un certain nombre d'équipements:

Une table d'examen (fauteuil de soins ou table gynécologique)	Recouverte d'un revêtement lessivable lisse, lui-même protégé par un drap de papier à usage unique.
Une table roulante	Pour le matériel d'examen: tensiomètre, marteau à réflexe, appareil à ECG...etc....
Un chariot de soins	A deux étages pour déposer le matériel de soins : Etage supérieur pour le matériel propre: seringues, aiguilles, abaisse-langue, boîtes de prélèvement... Etage inférieur pour le matériel souillé: une poubelle (avec couvercle et sac amovible) + un récipient de récupération de matériel usagé septique (seringues, aiguilles)
Un espace de déshabillage	Éventuellement matérialisé par un paravent, comportant une chaise et un portemanteau
Un poste de lavage des mains	Le plus proche possible du lieu où sont réalisés les gestes techniques, facile d'accès, comportant un distributeur de savon liquide, un distributeur de serviettes en papier jetables et une poubelle à commande à pied
Une paillasse	Comportant: -une zone «humide»: lavabo réservé au lavage des mains, évier destiné au nettoyage du matériel, paillasse où le bac de décontamination est placé -une zone «sèche»: (plan de travail) réservée à la préparation du matériel avant son utilisation immédiate, (seringues, perfusions, ...) L'autoclave y sera le mieux placée
Un réfrigérateur	de taille suffisante pour permettre une circulation d'air efficace verticalement entre les produits qu'il contient (vaccins, antiseptiques de réserve, allergènes)

LES AMÉNAGEMENTS PRATIQUES ET LESSIVABLES DES LOCAUX

Le Sol	Lisse (sans joints, ni écaillé ni fendillé), étanche, lessivable, non responsable d'allergies potentielles
Les murs	Clairs et lessivables
Les stores	Simple et lavables (en zone urbaine)
Le système d'éclairage	Le plus simple possible (tubes au néon, spots)
Le mobilier	Simple, résistant, accessible partout, et surtout facile à entretenir
Les bouches d'aération	Visibles et facilement accessibles
Pour le démontage et l'entretien des dispositifs médicaux	Espace réservé
Le plan de travail (paillasse) +évier profond (ou bassine)	-Entreposage des DM simplifié, loin du lavabo dédié aux mains -Carrelage déconseillé à cause des joints poreux (à préférer vitrocéramique, métal inoxydable ou plastique dur)
Le local à entreposage	Réservé pour le linge sale et les déchets
La poubelle	A ouverture commandée par pédale
Le chauffage	-Modes de chauffage tous admis. -Bouches d'un éventuel chauffage par air pulsé non situées au-dessus de zones nobles (plans de travail, divans d'examen, rangement propre)
La ventilation	-Ventilation mécanique contrôlée obligatoire dans les immeubles récents, comprenant des bouches d'extraction de l'air vicié et des bouches d'admission d'air propre -Zone humide de la salle de soins consacrée à la décontamination et au nettoyage du matériel médical, située sous les bouches d'extraction lorsqu'elles existent, permettant d'éviter la "recirculation" de l'air contaminé

Pour en savoir plus : références bibliographiques p 44/ AMENAGEMENT ET ENTRETIEN DES LOCAUX/ N° 1 à 25

Le Coz-Iffenecker A. et coll «architecture et hygiène de l'environnement» dans le «Guide d'hygiène et soins ambulatoires» Edition Frison Roche 2000: 65-70.

B/ LE MENAGE DANS LES LOCAUX PROFESSIONNELS

Responsabilités, procédures, fréquence, et circuit, sont de meilleure qualité s'ils ont été préalablement définis.

Procédures de nettoyage	-Réalistes, et écrites clairement - Affichées de façon visible -Régulièrement actualisées.
Fréquences	dépendent de l'importance de l'utilisation du local. -Salle de soins: nettoyage quotidien en dehors de la présence des utilisateurs (professionnels ou patients). -Reste des locaux: nettoyages réguliers -Aérateurs, climatiseurs, réfrigérateurs, ou souillures accidentelles: nettoyage spécifique.
Circuit	réalisé dans un ordre précis : des zones propres vers celles les plus sales, dans chaque pièce, toujours du haut vers le bas.
Matériel de nettoyage	adapté aux techniques humides afin de ne pas remettre les poussières en suspension : <i>Pas d'aspirateur, ni balai, ni serpillière, ni éponges</i> <u>Pour le sol :</u> 1/ balayage humide à la lavette imprégnée de détergent (jetable ou réutilisable) 2/ lavage avec un détergent-désinfectant indispensable pour les sols au moyen d'un balai trapèze (balai plat articulé) muni d'une semelle (tissus réutilisable ou en non tissé à usage unique) et d'une pelle de ramassage Technique : « au poussé » ou « à la godille » suivant la surface des lieux. <u>Pour le mobilier et le matériel courant :</u> Les lavettes pré imprégnées de détergent, ou de détergent-désinfectant à usage unique ou réutilisables. Les éviers et la robinetterie : d'abord nettoyés, puis javellisés.
Personnel de nettoyage	- protégé par une blouse et des gants de ménage et des chaussures non glissantes, - formé aux spécificités du nettoyage , si possible par un prestataire extérieur. -lisant les procédures régulièrement, et tenant à jour un calendrier d'entretien .
Linge	-progressivement remplacé par l'usage unique. -de volume limité (blouses, lavettes, jouets, tissus, etc..) - manipulé avec des gants de ménage . -collecté rapidement dans un sac étanche sur le lieu d'utilisation, -évacué pour être secoué et débarrassé de toutes salissures puis retourné, -lavé en machine dans un lieu séparé, -rangé dans un endroit propre, à l'abri de tous risques de contamination.
Entretien des locaux et du matériel	- protocole de nettoyage précis, détaillé et rédigé , pour chaque pièce du local et son matériel de nettoyage. -pas d'odeurs résiduelles gênantes, ni traces glissantes ou non, responsables potentielles d'allergies.
Aération Des locaux	- régulière (limitation des infections contagieuses par voie aérienne : virales, ou bacillaires). -climatiseurs (les humidificateurs sont à exclure) entretenus de façon fiable et régulière avec nettoyage et changement des filtres.

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Dans votre local professionnel existe-t-il un panneau d'affichage sur lequel figure l'information sur les risques professionnels et les procédures de nettoyage du local ?

- Oui, il affiche les deux
- Oui, mais il n'affiche que les risques professionnels
- Non, il n'affiche aucun des deux
- Non il n'y a pas de panneau d'affichage
- Non concerné(e) car pas de personnel

La bonne réponse

Oui il affiche les deux

La Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 (obligation de l'employeur d'assurer la sécurité de ses salariés) / Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 (document unique) oblige tout chef d'entreprise à l'obligation de répertorier tous les « dangers susceptibles d'affecter la santé de ses salariés » dans un document unique. Il doit être actualisé au moins une fois par an ou bien lors d'aménagement et/ou d'acquisition de matériels modifiant les conditions de travail.

Un chapitre incluant « tous les principe de prévention » doit être inséré dans la partie réglementaire, afin de supprimer la majorité des dangers constatés.

Ce document devant être tenu en permanence à la disposition des salariés, et de l'inspection du travail, c'est un instrument juridique, d'où la nécessité de son affichage permanent.

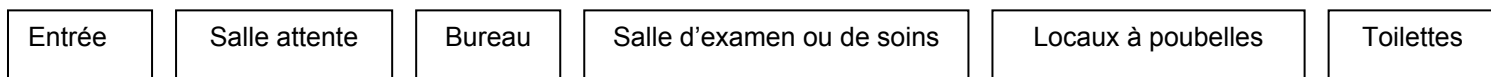
L'affichage des procédures et du planning de ménage en découle, c'est une bonne pratique d'hygiène, Il conduit à noter le calendrier d'entretien

FICHE PRATIQUE

LE MENAGE DANS LES LOCAUX PROFESSIONNELS

PROTOCOLE DE MENAGE réaliste, écrit, détaillé pièce par pièce, affiché, régulièrement actualisé.
 + **CALENDRIER D'ENTRETIEN** tenu à jour par le responsable du ménage.

LE SENS DU MÉNAGE



EXCLU

Aspirateur
Balai
Serpillière
Eponges

RETREMPAGES successifs dans les solutions de nettoyage

Eléments suspendus

Surfaces diverses

Matériels

Sols

PRECONISE

Balai plat articulé pour balayage humide
 + Semelle en tissus réutilisable ou en non tissé à usage unique
 + Pelle de ramassage

Lavette au détergent réutilisable ou à usage unique

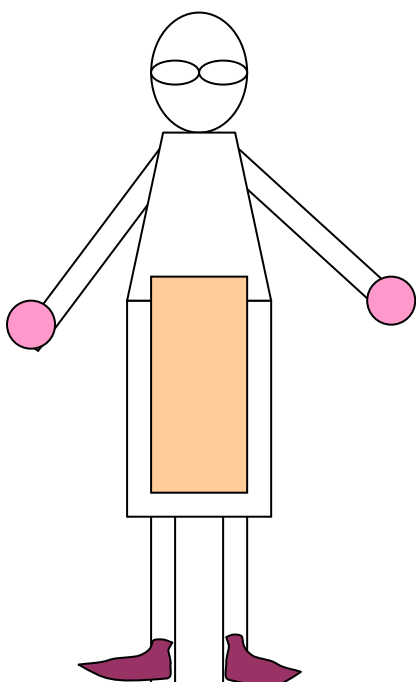
RECOMMANDE

L'AERATION RÉGULIERE ET FREQUENTE DES LIEUX

L'ENTRETIEN FIABLE ET REGULIER DES CLIMATISEURS avec nettoyage et changement des filtres.

LE REMPLACEMENT PROGRESSIF DU LINGE PAR L'USAGE UNIQUE

Linge manipulé avec des gants, collecté en sac étanche, évacué, lavé dans un lieu séparé en machine, puis rangé dans un lieu propre à l'abri de tout risque de contamination



LE RESPONSABLE DU MÉNAGE DOIT :

- ÊTRE FORMÉ aux techniques de nettoyage de lieux à risques infectieux
- être formé par un prestataire spécialisé extérieur au cabinet libéral
- ÊTRE À JOUR DE TOUTES VACCINATIONS (y compris grippal chaque année)
- porter un vêtement (blouse) spécifique au cabinet
- porter des gants de ménage
- porter des chaussures non glissantes
- lire et suivre le protocole de ménage défini, établi avec lui, et affiché dans un endroit facilement visible
- remplir le calendrier d'entretien à chaque passage

II/ HYGIENE DE LA TABLE ET DU FAUTEUIL DE SOINS (ou d'examen)

La table de soins ou d'examen est :

- Lisse, lessivable, propre, facilement contournable,
- Proche d'un lavabo dédié au lavage des mains, et d'une paillasse pour déposer les instruments
- Régulièrement nettoyée avec une lingette jetable ou désinfectante, enduite d'une solution hydro alcoolique
- Recouverte d'un drap en papier jetable, prédécoupé, changé entre chaque patient

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Pour votre table ou fauteuil d'examen, utilisez-vous ?

- Un drap ou serviette changé(e) fréquemment
- Un drap ou serviette changé(e) après chaque patient

La bonne réponse

Un drap ou une serviette changé(e) après chaque patient

La zone d'examen ou de soin dont fait partie la table ou le fauteuil, peut être un réservoir potentiel de micro-organismes et doit être particulièrement protégée.

Pour en assurer la protection il est préconisé un support non-tissé prédécoupé, jetable dans les ordures ménagères et changé entre chaque patient (la serviette est possible pour le meilleur confort du patient à condition qu'elle soit aussi réservée à un seul patient).

En aucun cas cette protection ne dispense du nettoyage de la surface lessivable de la table ou du fauteuil par une solution désinfectante (lingette pré imprégnée ou support non-tissé pulvérisé d'une solution hydro alcoolique) entre chaque patient.

III / MATERIEL A USAGE UNIQUE ET ELIMINATION DES DECHETS


A/ L'UTILISATION DU MATERIEL A USAGE UNIQUE

Le matériel à usage unique est largement recommandé suivant :

- La diversité des exercices professionnels en ambulatoire,
- La diversité des populations concernées par les soins,
- Les contraintes de temps et de financement,

LE DISPOSITIF MÉDICAL À USAGE UNIQUE ne doit jamais être réutilisé qu'il soit stérile ou non.

Les dispositifs médicaux à usage unique ont un étiquetage particulier comportant un « 2 barré » :

Le  (2 barré) signifie « ne pas réutiliser », usage unique.

L'étiquette doit comporter les éléments suivants

STERILE en toutes lettres, sinon le dispositif médical DM ne l'est pas.

Avec : **CE** pour Communauté Européenne (et donc conforme aux exigences concernant la sécurité des patients)

Avec : **un N° d'identification, une date de fabrication et de péremption, et les conditions de stockage** (l'adresse et la raison sociale du fabricant sont indiqués sur le produit)

Avec **une notice d'utilisation** comportant les mises en garde et les précautions d'utilisation.

Pour en savoir plus : références bibliographiques p 46 MATERIEL A USAGE UNIQUE N°1à 9

B/ L'ELIMINATION DES DECHETS (DAS et DASRI)

(Déchets d'Activité de Soins, dont les DASRI Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux)

Les déchets d'activité de soins (DASRI) sont définis par le décret N° 97-10-48 DU 6 NOVEMBRE 1997.

Ils sont nommés déchets des activités de soins à risques infectieux ou DASRI (piquants-coupants-tranchants (PCT), sang et dérivés, et déchets anatomiques identifiables ou non) **et sont sous la responsabilité de l'établissement, du professionnel, et du patient (personne morale ou physique)**

Il est interdit:

- De mettre les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) avec les déchets ménagers.
- De congeler les DASRI.
- De compacter (ou d'utiliser toute autre technique de réduction de volume) les DASRI, ainsi que les poches ou bouchons contenant des liquides biologiques, des récipients et débris de verre.

Les DASRI doivent être triés dès la production (cabinet ou domicile)
Ils doivent être mis dans des emballages spéciaux.

1/ LES TYPES DE DECHETS

- Les déchets de soins solides et mous (Arrêté du 24/11/2003 norme NF X 30-501 de 02/2001: 9-13).

Ils sont jetés dans des sacs en papier doublés de plastique ou dans des sacs en plastique, étanches, jaunes, d'un volume maximal de 110 l, ayant un repère de remplissage maximal extérieur afin que la fermeture soit complète, et la préhension facile, avec des indications telles que le pictogramme «dangers biologiques», «pas de déchets perforants», et le nom du producteur.

Il va de soi par exemple, que les professionnels libéraux susceptibles d'avoir des DASRI de type «pièces anatomiques reconnaissables ou non», doivent les évacuer dans des emballages spécifiques rigides destinés à la crémation.

- Les Déchets piquants ou coupants (Arrêté du 24/11/2003 norme NF X 30-500 de 12/1999 : 9-11).

Quant on parle de l'élimination des déchets, il s'agit usuellement, en et hors cabinet, de l'élimination des **DÉCHETS DE SOINS PERFORANTS**. Ils sont éliminés dans des caisses en cartons ou dans des boîtes spécifiques.

2/ LES BOITES EN CARTON JAUNE

PRESENTATION	Emballages portatifs à usage unique, de capacité < 2l, spécifiquement conçus pour la collecte répétée, et équipés d'une fermeture provisoire et d'une fermeture définitive. Les boîtes sont préférables aux MINICOLLECTEURS de capacité < à 0,5l équipés d'un obturateur automatique, (plus facilement utilisable en déplacement, mais plus à risque pour l'utilisateur)
TAILLE	Volume adapté à celui des déchets à éliminer. Les Boîtes à OPCT de moins de 3 litres peuvent servir directement pour le transport lors des soins à domicile.
CARACTERISTIQUES	Étanches, résistantes aux chocs, à la perforation et à la compression, incinérables En général de couleur jaune (déchets à risques infectieux) porteuses d'un marquage spécifique: «risques biologiques» et portant la mention «ne jamais forcer pour l'introduction des déchets».
EVACUATION	Dès que le remplissage maximal autorisé est atteint (marqué à l'extérieur par un trait).
ENTREPOSAGE	Une réglementation définit le lieu et le délai d'entreposage en fonction de la quantité de déchets éliminés (< 100 kg ou < à 5 kg par mois), ainsi que leur transport. production < à 5 kg/ mois: durée maximale 3 mois < 100 kg/ semaine: durée maximale 7 jours
ELIMINATION	soit à domicile par un prestataire soit en les emportant volontairement sur un site de regroupement (établissement de soins, associations) ou à une borne de collecte dans certaines déchetteries, soit en les désinfectant dans un appareil spécifique avant de les éliminer avec les déchets ménagers.
TRACABILITE	Les documents de suivi d'élimination de ces déchets doivent être gardés pendant 3 ans (bon de prise en charge, qui accompagne les déchets jusqu'à l'installation destinataire).

Les mairies, déchetteries, DASS, et ADME sont le mieux placées pour donner les meilleures solutions locales aux professionnels et aux patients.

Chaque soignant en fonction de la fréquence de ses gestes et de leurs risques intrinsèques a le choix de son matériel d'élimination (domicile ou cabinet, contraintes économiques, ...).

3/ RAPPELS

I/ Les quantités de déchets infectieux produits

Il est important de connaître les quantités produites par les professionnels car elles conditionnent la fréquence d'élimination et les modalités de la traçabilité.

La fréquence d'élimination s'évalue en fonction de la quantité moyenne mensuelle de déchets de soins à risques infectieux. L'évaluation de cette quantité moyenne mensuelle peut s'estimer sur une année d'observation :

- si la production est < 5 kg / mois : délai maximum de 3 mois pour l'élimination ;
- si 5 kg/mois < production < 100 kg/semaine : délai maximum de 1 semaine
- si production > 100 kg/semaine : délai maxi de 72 heures.

Il existe classiquement deux filières pour l'élimination des déchets de soins à risques infectieux :

- la collecte au cabinet par une société ou une association spécialisée
- l'apport volontaire dans un lieu de regroupement.

Lors de l'intervention d'une société de collecte il est obligatoire d'établir une convention liant le prestataire à chacun de ses clients.

Cette convention doit préciser les obligations du producteur et du collecteur, notamment :

- les fréquences de ramassage,
- les modalités de transport,
- le lieu d'élimination principal ainsi que celui qui sera sollicité en cas de dysfonctionnement du premier,
- le mode de destruction des déchets,
- les modalités de traçabilité,
- les emballages à utiliser,
- les déchets pouvant s'y trouver, ceux qui restent proscrits.

L'intégralité des informations devant figurer dans cette convention est décrite dans l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI

II/Traçabilité de l'élimination

Cette traçabilité peut revêtir 2 formes :

- Si la production est < 5 kg/mois elle doit être assurée par des bons de prise en charge à remplir lors de tout enlèvement.

Ces bons accompagnent les déchets jusqu'à leur destruction finale.

Le prestataire de collecte est tenu d'assurer une rétro-information du producteur sous forme d'un récapitulatif annuel de tous les enlèvements auxquels il s'est livré.

- Si la production est > 5 kg/mois le prestataire doit utiliser des bordereaux CERFA et renvoyer une copie dûment remplie après la destruction de chaque lot de déchets collectés.

Les récapitulatifs annuels ou les bordereaux CERFA sont à conserver trois années par le producteur et font office d'attestation en cas de contrôle par l'administration.

La destruction des DASRI fait appel à deux types de procédés :

- **l'incinération**: dans certaines unités d'incinération des ordures ménagères spécialement aménagées (il n'en existe pas en Picardie) ou bien dans des centres d'incinération de déchets spéciaux (là non plus aucun en Picardie). De telles unités existent dans les régions limitrophes.

- **la désinfection**: les déchets sont le plus souvent broyés afin de les rendre méconnaissables puis subissent un procédé de désinfection (chaleur humide type autoclave, micro-ondes, traitement

chimique, ozone). Les déchets désinfectés peuvent ensuite être éliminés dans la filière ordures ménagères par enfouissement ou bien incinération classique (le compostage restant proscrit).

III/ Elimination des DASRI produits lors de soins au domicile du patient

Lors de soins prodigués au domicile du patient tout déchet à risques doit être éliminé par le professionnel de santé. Ces déchets sont sous la responsabilité du personnel soignant et ne peuvent être laissés au Patient

Pour en savoir plus : références bibliographiques P48 DASRI N° 1 à 4

Déchets infectieux élimination des DASRI et assimilés guide de l'INRS ED918 DE JUIN 2004

GUIDE JURIDIQUE SUR L'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS PRODUITS PAR LE MEDECIN LIBERAL URML IDF

Les sites internet :

<http://www.urml.idf.org> rubrique « études, Guide juridique sur l'élimination des déchets d'activités des soins produits par le médecin libéral». http://www.sfhh.net/telechargement/recommandations_LPD2005.pdf

<http://www.inrs.fr/> et taper DECHETS dans recherche simple puis OK

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Appliquez vous le décret N°97 1048 du 6 novembre 1997 concernant la procédure d'élimination des déchets *de soins* (mous, piquants) ?

- Tout à fait
- Partiellement
- Pas du tout

La bonne réponse:

Tout à fait

Ce décret régleme les DAS Déchets d'activités de Soins (mous ou OCPT objets coupants, piquants, tranchants). Il s'est enrichi de 2 arrêtés (publiés le 7/09/1999) qui précisent les modalités d'entreposage des DASRI et assimilés (pièces anatomiques) (N°4) et les filières d'élimination de ces déchets à risques infections (N°5 et 6).

Sont concernés : - tous les professionnels de santé hors établissements,
- tous les patients à auto-soins (qui doivent en être informés)
produisant de faibles quantités de déchets dispersés géographiquement.
Ce décret est sous la surveillance des DASS.

Les déchets des soins non contaminés (emballages, cartons, papiers, essuie-mains et draps d'examen non souillés) sont assimilables aux ordures ménagères.

Les DASRI doivent être triés dès la production (cabinet ou domicile) : les OCPT sont immédiatement mis dans des boîtes spécifiques, les déchets mous à risques dans des emballages étanches à usage unique placés dans des conteneurs réservés à leur collecte.

Une production de DASRI

- inférieure à 5kg/mois doit être évacuée en moins de 3 mois,
- entre 5 et 100 kg/ semaine en moins de 7 jours.

Toute élimination doit être retraceable:

- convention écrite avec un possible prestataire,
- bons de prises en charge
- et bordereaux de suivi (le CERFA n° 11352-01 atteste de la traçabilité pour les DASRI < 5kgs/ mois).

FICHE PRATIQUE L'ELIMINATION DES DECHETS ou DAS

(Déchets d'Activité de Soins, dont les DASRI Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux)

DASRI

OPCT
(objets Piquants
Coupants Tranchants)

+

Déchets mous
+ Sang et dérivés
+ Déchets anatomiques
identifiables ou non

**SONT SOUS LA RESPONSABILITÉ DU PROFESSIONNEL
ET DU PATIENT (PERSONNE MORALE OU PHYSIQUE)**
DÉCRET N° 97-10-48 DU 6/11/1997

PRECONISE ET OBLIGATOIRE

EXCLU

- **NE PAS LES TRIER** après l'acte
- **LES COMPACTER**
- **LES CONGELER**
- **LES JETER DANS LES ORDURES MENAGERES**
- **NE PAS LES METTRE DANS DES EMBALLAGES SPECIAUX**

LES OPCT
EN et HORS
CABINET

TRIES
dès la
production

Élimination
Extérieure

< de 5kg/mois
3 MOIS

< ou = 100kg
1 SEMAINE

>100kg:72 H

LES DÉCHETS MOUS

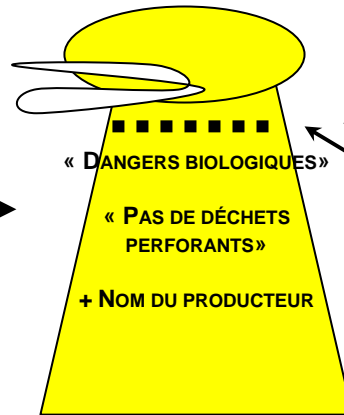
TRIES
Après l'acte

Jetés sur place dans des
sacs étanches
AVEC PICTOGRAMMÉS:

A fermeture
complète

De couleur **jaune**

A
préhension
facile



SAC ÉTANCHE

D'un volume adapté
A la quantité de déchets
(Max : 110l)

Remplissage
maximal
autorisé atteint
Noté par ce trait extérieur

LES OPCT

BOITES spécifiques de volume adapté
ÉTANCHES et résistantes aux chocs ou perforations
De couleur jaune,
A stockage et transport **RÉGLÉMENTÉ**
AVEC PICTOGRAMMÉS:

< 3L
Pour les soins
à domicile

« RISQUES BIOLOGIQUES »
« NE JAMAIS FORCER
POUR L'INTRODUCTION DES
DÉCHETS »

TRACABILITE DE L'ELIMINATION RÉGLÉMENTÉE

Transport
Volontaire sur site
de regroupement

Etablissements de soins
Associations, ,
Borne de collecte
Certaine déchèterie
Mais avec :

Désinfection
Dans appareil
spécifique

Après un broyage initial Jetables
dans les ordures ménagères

PRESTATAIRE DE SERVICE

CONVENTION
ECRITE

Bordereau de
prise en charge

RETOUR DU
BORDEREAU

Fréquence de ramassage, modalités de transport, lieu d'élimination, mode de destruction, modalités de traçabilité, emballage utilisé

IV/ DESINFECTION ET STERILISATION

A/ LA DESINFECTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX OU DM

La désinfection est l'opération qui permet d'éliminer ou de tuer les microorganismes et /ou les virus indésirables portés par les MILIEUX INERTES contaminés avec un RÉSULTAT MOMENTANÉ. (L'ANTISEPSIE est la même opération mais au niveau d'un TISSU VIVANT).

Les désinfectants et les antiseptiques sont distingués par une norme AFNOR.

- **Les désinfectants pour les dispositifs médicaux** réutilisables ont le statut de dispositifs médicaux

- **Les désinfectants pour les surfaces inertes** (sols, paillasses, lavabos et petit matériel) ou pour les mains ont un statut de produits biocides. Il existe maintenant les détergents-désinfectants qui ont un double statut et sont utilisés pour le trempage des dispositifs médicaux réutilisables avant leur nettoyage, pour les surfaces inertes : sols, surfaces et mobiliers (en liquide ou en spray)

- **Les antiseptiques** ont le statut de médicament.

- Seule l'**eau de javel** (sous forme de litre à 12° de chlorométrie) ou de berlingot à diluer (sous forme de litre à 48° de chlorométrie) est désinfectante et utilisable à la fois sur les tissus vivants et les supports inertes (sol, surfaces, linge, verres, plastiques) et reconnue active contre le virus HIV.
« On ne désinfecte bien ou on ne stérilise bien que ce qui est « propre et sec ».

LA DESINFECTION MÊME DE HAUT NIVEAU N'EST PAS UNE STÉRILISATION.

Chaque spécialité d'exercice en libéral doit choisir un désinfectant adapté à ses besoins et à chaque utilisation :

- produits pour sols, surfaces et mobiliers
 - produits pour trempage pré-désinfectant des dispositifs médicaux (sans aldéhyde),
 - produits pour les dispositifs métalliques (qui doivent éviter la corrosion) ;
- Ils doivent impérativement être marqués CE.

Aucune réglementation à ce jour ne permet d'observer une application rigoureuse, ni d'assurer une transparence des informations pour l'utilisateur.

Pour en savoir plus:

Références bibliographiques p 46 «DESINFECTION ET STERILISATION» N° 1 à 14
et p 47 « DESINFECTION » N°1 à 3

B/ LA STERILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

La stérilisation est destinée à inhiber ou tuer les microorganismes dont les virus sur les surfaces inertes de **façon durable** si elle est suivie d'un conditionnement adapté.

Un dispositif médical est considéré comme stérile lorsqu'il est exempt de microorganismes viables.

Pour être réutilisable après un soin à risque septique, un dispositif médical doit être stérilisé.

Aucun stérilisateur ne peut garantir dans l'absolu la stérilité de tous les articles contenus dans une population.

La stérilisation est :

- obligatoire pour tous les dispositifs médicaux dits «CRITIQUES» qui entrent en contact avec le système sanguin ou les parties normalement stériles du corps,
- appréciée pour les « SEMI CRITIQUES » qui entrent en contact avec les peaux lésées ou les muqueuses (mais une désinfection de haut niveau est aussi possible)

Pour arriver à la meilleure performance, **DES BONNES PRATIQUES DE STÉRILISATION** doivent être mises en application :

I/ On ne stérilise correctement que ce qui est propre

D'où la nécessité :

- D'un trempage pré désinfectant
- D'un nettoyage méticuleux des dispositifs médicaux en usage libéral

II / On doit surveiller chaque étape du processus de stérilisation en routine

- Par un Contrôle de l'agent stérilisant (déroulement, et si possible enregistrement des paramètres, de la durée des cycles, de la maintenance)
- Par la bonne marche du dispositif de vide pour retirer l'eau condensée et assurer le séchage en fin de cycle

III / On doit sécher, conditionner, et étiqueter le dispositif

pour qu'il reste stérile jusqu'à sa prochaine utilisation.

Les stérilisateur les plus couramment utilisés en libéral sont :

- Les petits autoclaves à vapeur d'eau sous pression (température à 121°) et, sans consensus jusqu'à ce jour pour la pratique de ville :
 - LES POUPINELS à air chaud (température à 160°)
 - Les appareils de type HARVEY CHEMICLAVE à vapeur d'eau (132°) et formaldéhyde.
- Aucun stérilisateur n'a fait l'objet d'évaluation pertinente.

On appliquera la technique de stérilisation la plus adaptée, en fonction :

- Du dispositif médical à stériliser
- Du type de contact du dispositif : peau saine, peaux lésées, muqueuses, pénétration intra vasculaire.
- Du type de microorganisme avec lequel il est susceptible d'être entré en contact

La stérilisation des dispositifs médicaux doit être obtenue par la chaleur humide (autoclave).

L'appareil doit :

- avoir la capacité d'éliminer l'air (le plus souvent à l'aide d'une pompe),
- disposer d'un cycle avec un plateau thermique de 134°C pendant 18 minutes,
- permettre le séchage et l'enregistrement des paramètres pour la traçabilité (température, pression, durée).

Les appareils utilisés pour la stérilisation doivent faire l'objet de contrôles techniques réguliers (contrat de maintenance) et de validations à fréquence définie. La traçabilité de la stérilisation et de la désinfection doit permettre de retrouver le traitement subi par le matériel entre deux utilisations et de pouvoir faire le lien avec le patient pour lequel le matériel a été utilisé.

Il existe 3 niveaux de désinfection - stérilisation :

- **La désinfection dite de bas niveau** pour les objets couramment utilisés : stéthoscope, otoscope, matériel de pesée, etc... Elle doit être routinière entre les patients mais ne rentre pas à ce jour dans les annotations de traçabilité.
- **La désinfection de niveau intermédiaire** (par immersion) **et de haut niveau** (matériel manipulé avec des gants stériles : immersion, rinçage, séchage puis emballage et étiquetage).

Pour ces 2 plus hauts niveaux, une traçabilité doit pouvoir être retrouvée sur un cahier dit de désinfection-stérilisation.

Doivent être notés :

- La date et l'heure de stérilisation, les matériels et produits utilisés, la durée de l'opération, la qualité du conditionnement, (et le lieu de stockage si nécessaire)
- le degré de température de la stérilisation,
- le type et N° du cycle et la durée de l'opération,
- notifier l'étiquetage de l'emballage permettant de pérenniser la stérilisation jusqu'à l'utilisation suivante, ainsi que les dates et heures d'entretien des stérilisateur
- le nom et la signature de la personne ayant stérilisé (formée à l'opération).

Pour en savoir plus:

Références bibliographiques p46 « DESINFECTION ET STERILISATION » N° 1 à 14

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Pensez-vous que la traçabilité écrite soit obligatoire ?

- Pour la désinfection
- Pour la stérilisation
- Pour les deux

La bonne réponse

Pour les deux

La traçabilité est l'acte qui doit permettre de retrouver le traitement subi par le matériel (dispositifs médicaux) entre 2 utilisations ; elle doit permettre de faire le lien avec le patient pour lequel le matériel a été utilisé, que ce soit après une désinfection comme après une stérilisation.

Date, matériels et produits utilisés, durée de l'opération, ré emballage, (et lieu de stockage si nécessaire) sont une première indication.

Pour la stérilisation le degré de température, le type et N° du cycle, la durée de l'opération et l'étiquetage de l'emballage permettant de pérenniser la stérilisation jusqu'à l'utilisation suivante, ainsi que les dates et heures (et dates d'entretien des stérilisateur) nom et signature de la personne ayant stérilisé, sont à noter (cahier ou pochette sur le matériel).

La désinfection dite de bas niveau pour les objets couramment utilisés : stéthoscope, otoscope, matériel de pesée, etc... doit être routinière entre les patients mais ne rentre pas à ce jour dans les annotations de traçabilité.

La désinfection de niveau intermédiaire (par immersion) et de haut niveau (matériel manipulé avec des gants stériles : immersion, rinçage, séchage puis emballage et étiquetage) doit pouvoir être retrouvée sur un cahier de désinfection.

C'est pourquoi, à performance technique égale, le matériel à usage unique non réutilisable, est préférable.

FICHE PRATIQUE

LA STERILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

Dispositif Médical STERIL (DM)=

Dispositif médical non porteur de microorganisme vivant jusqu'à utilisation, d'où
L'usage unique
La stérilisation



Les bonnes pratiques de stérilisation

- On ne stérilise correctement que ce qui est propre, d'où un nettoyage minutieux des DM
- On doit SURVEILLER en routine chaque étape de la stérilisation
- On doit SECHER, CONDITIONNER, ETIQUETER, le DM stérilisé.

LA STERILISATION

- Elle est obligatoire pour tous les dispositifs médicaux dits «CRITIQUES» qui entrent en contact avec le système sanguin ou les parties normalement stériles du corps,
- ou appréciée pour les « SEMI CRITIQUES » qui entrent en contact avec les peaux lésées ou les muqueuses.

Les 8 ETAPES INCONTOURNABLES DE LA STERILISATION

- | | |
|------------------------------|---|
| 1/ trempage pré désinfectant | 5/ emballage |
| 2/ nettoyage brossage | 6/ cycle de stérilisation |
| 3/ rinçage répété | 7/ validations du cycle par des contrôles |
| 4/ séchage minutieux | 8/ étiquetage et rangement des DM. |

Vapeurs humides (>121°) =

AUTOCLAVES

- Ils doivent :
- éliminer l'air
 - avoir un plateau thermique à 134° pendant 18'
 - sécher
 - enregistrer les paramètres pour la traçabilité

Air chaud (160°)=

POUPINELS

Vapeurs d'eau (132°) +
formaldéhyde =
HARVEYCHEMICLAVE

LA TRACABILITE

Doit permettre : de faire le lien avec le patient pour lequel le DM à été utilisé
de pouvoir fournir les contrôles techniques (fait a fréquences définies) des appareils de stérilisations

POUR UNE BONNE TRACABILITE on doit retrouver sur le cahier de stérilisation ou LA
POCHETTE DU MATERIEL :

- La date et l'heure de stérilisation, les matériels et produits utilisés, la durée de l'opération, la qualité du conditionnement, (et le lieu de stockage si nécessaire)
- le degré de température de la stérilisation,
- le type et N° du cycle,
- la durée de l'opération,
- l'étiquetage de l'emballage permettant de pérenniser la stérilisation jusqu'à l'utilisation suivante, ainsi que les dates et heures d'entretien des stérilisateur
- le nom et la signature de la personne ayant stérilisé (formée à l'opération).

V/ HYGIENE DES MAINS : LAVAGE, SECHAGE et USAGE DES GANTS

A/ LE LAVAGE DES MAINS

Deux types de BMR hospitalières peuvent plus facilement **disséminer à la communauté** : *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) (testé en pratique sur l'antibiogramme par l'oxacilline) et les entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu (EBLSE).

Ces bactéries ont un **potentiel pathogène élevé** en raison du caractère commensal de l'espèce (flore cutanée, pharyngée et digestive) et **elles peuvent être portées par les patients de manière prolongée.**

D'où l'importance du lavage des mains entre chaque examen ou manipulation de patients.

Facteurs favorisant une « recontamination » des mains après lavage :

- Mains essuyées avec un linge à usage multiple,
- Robinet refermé à mains nues,
- Manipulation manuelle de la poubelle ou de son couvercle.

Facteurs favorisant une sécheresse voire une irritation des mains :

- Excès de produit,
- Mouillage ou rinçage insuffisant,
- Séchage à l'air chaud ou séchage par frottement avec l'essuie-mains à usage unique.

D'où l'importance d'une technique routinière du lavage et du séchage des mains entre et après chaque patient :

C'est l'acte essentiel avant toute pratique de soins même lors du port de gants.

Cet acte nécessite un effort au départ puis une routine toujours perfectible. Il se fait sur des mains :

- libres et isolées de manches de vêtements (préférentiellement courtes, ou relevées),
- sans aucun bijou (alliance, bagues, montre, bracelet)
- ayant des ongles courts, propres, et sans vernis,
- bien traitées contre la sécheresse ou toute dermatose d'irritation (par des émoullients en dose unitaire)

► Son objectif :

USUELLEMENT prévenir la transmission des infections manuportées (flores du patient et flores du professionnel)

SPECIFIQUEMENT préserver les patients immunodéprimés, éviter la diffusion de germes multi résistants lors de suivis post hospitalisations

► Les modalités du lavage :

large lavabo **réservé uniquement à l'usage du lavage des mains**, facilement nettoyable, proche du lieu de pratique du soin, aménagé avec distributeur par pompe à simple pression de savon liquide, (jetable une fois vide), et si possible avec un robinet à manipulation par poussage du coude

TYPES	Conditions	Technique
LAVAGE SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> • Avant tout geste (examen, manipulation, soins) • devant des mains souillées • avant ET après tout examen clinique, ou la pratique d'une manipulation, • après contact avec : <ul style="list-style-type: none"> - sang ou autres liquides biologiques, -objets possiblement contaminés - avant et après prélèvement de sang, ponction, infiltration, injection (SC, IM, IV), - après certains gestes privés (mouchage, grattage, séjour aux toilettes) 	<ol style="list-style-type: none"> 1 - ouvrir le robinet 2 - mouiller les mains à l'eau courante tiède 3 - prélever une seule dose de savon liquide 4 - savonner soigneusement pendant 15 secondes : la paume et le dos des mains, puis la pulpe, les extrémités, et les espaces entre les doigts sans oublier les pouces, et enfin le pourtour des ongles 5 - rincer abondamment les mains à l'eau tiède du bout des doigts vers les poignets en maintenant les paumes vers le haut.
LAVAGE ANTI SEPTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - avant tout geste invasif : sondage urinaire, suture cutanée, pose d'un cathéter... - avant et après tout pansement - chez une personne à risque élevé d'infection : enfants de moins de 1 an, personne âgée, femme enceinte, diabétique, insuffisant rénal, porteur d'une infection à germes ou à virus, -chez patient immunodéprimé : cancers, hémopathies, traitements par cytotoxiques, immunosuppresseurs, corticoïdes, greffe de moelle, ou transplantations. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 - ouvrir le robinet 2 - mouiller les mains à l'eau courante tiède 3 - prélever une seule dose d'environ 4 ml de savon antiseptique 4 - savonner soigneusement pendant 1 minute: la paume et le dos des mains, puis la pulpe, les extrémités, et les espaces entre les doigts sans oublier les pouces, et enfin le pourtour des ongles 5 - rincer abondamment les mains à l'eau tiède du bout des doigts vers les poignets en maintenant les paumes vers le haut. <p><i>Les savons antiseptiques varient suivant les flores à éliminer et sont ceux qui font l'objet de travaux d'étude présentés et publiés. Ils sont à base de povidone iodée, de phenylol ou biphenilol propanol, ou de chlohexidine.</i></p>
FRICTION ANTI SEPTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Urgence - Au domicile de patients mal équipés sur plan sanitaire 	<p>Elle ne dispense pas d'avoir recours au lavage dès que possible</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - mouiller les mains avec quelques millilitres de la solution 2 - frotter la paume et le dos des mains, puis la pulpe, les extrémités, et les espaces entre les doigts sans oublier les pouces, et enfin le pourtour des ongles jusqu'au séchage. <p>Les solutions hydro-alcooliques antiseptiques recommandées sont celles qui font l'objet de travaux d'étude présentées et publiées telle le clinogel, le phisomain, le spitaderm etc.....</p>

Pour en savoir plus : références bibliographiques p45 N°1 à10
Hygiène des mains guide de bonnes pratiques CLIN PARIS NORD 3^{ème} édition décembre 2001
Sites internet : <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>
http://www.sfh.net/telechargement/recommandations_hygienemain.pdf

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Vous lavez-vous les mains

- Avant et après l'examen ou le soin du patient
- Systématiquement après le départ du patient
- Uniquement lorsque vous effectuez un geste invasif

La bonne réponse

Avant et après l'examen ou le soin du patient

Le lavage des mains est l'acte essentiel avant toute pratique de soins même lors de port de gants. Avant l'examen, cela va de soi, il élimine les microorganismes contactés durant le soin ou l'examen précédent et durant les phases de transition s'effectuant dans le bureau, l'entrée et la salle d'attente, par le contact avec les objets et le patient vecteur potentiel.

Après l'examen il est nécessaire pour se protéger soi-même et éviter de transporter sur les objets divers du local les microorganismes du patient examiné, manipulé, ou soigné.

Il est nécessaire même avant une friction hygiénique hydro alcoolique (sauf en cas d'urgence), ou le port des gants stériles ou non. Lors d'un geste invasif, le lavage est dit antiseptique (savon antiseptique) ou chirurgical (lavage + brossage) : sa technique est identique mais plus minutieuse et plus longue.

A lire : l'hygiène des mains : guide de bonnes pratiques CLIN Paris-Nord décembre 2001 3^{ème} ed.

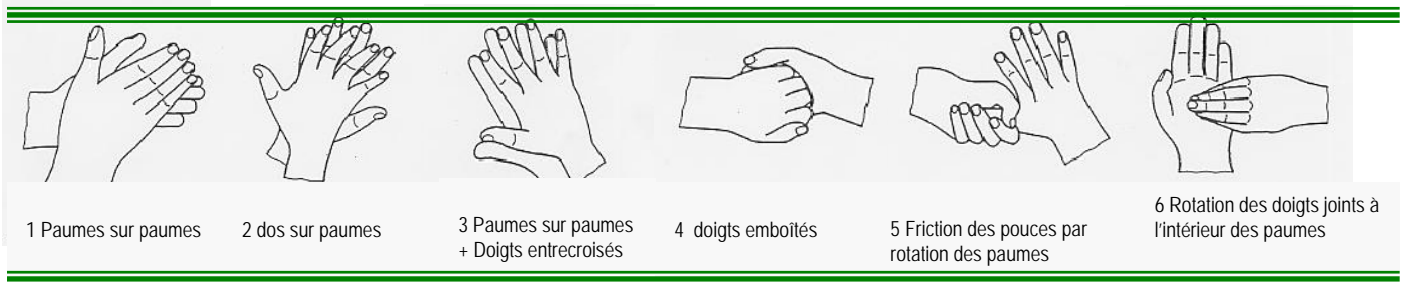
FICHE PRATIQUE LE LAVAGE DES MAINS

EQUIPEMENT + **TENUE** + **TECHNIQUE** + **ARBRE DECISIONNEL**

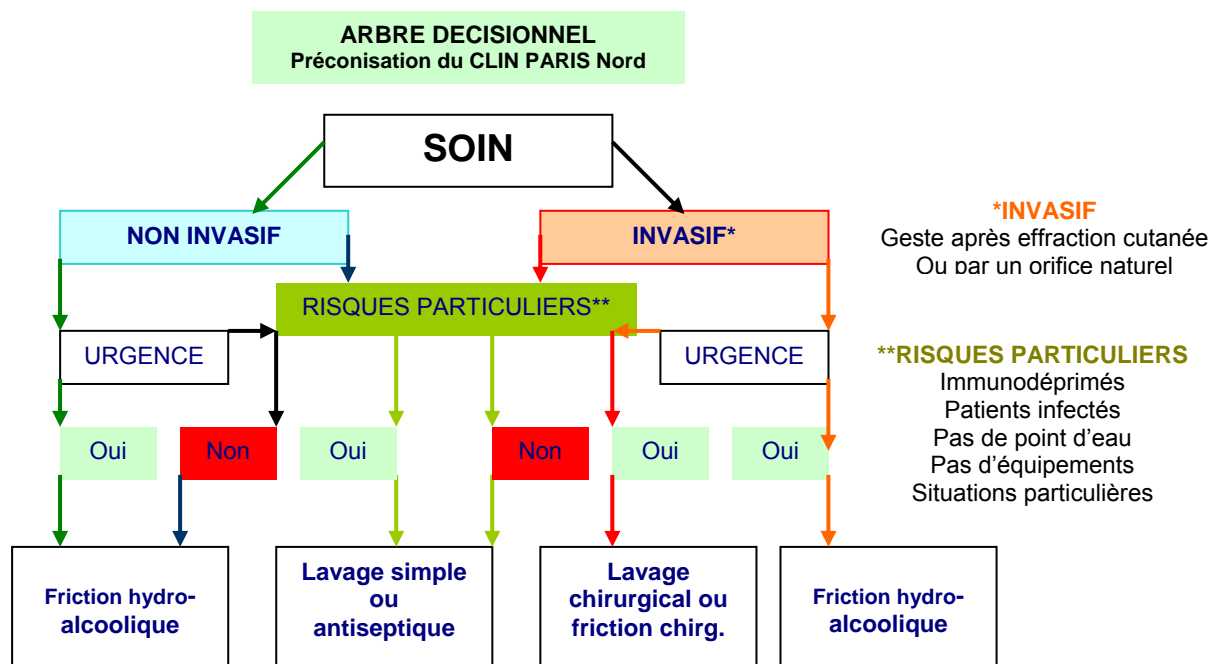
EQUIPEMENT		Lavage simple	Lavage antiseptique	Lavage chirurgical	Friction Hydro-alcoolique simple	Friction Hydro-alcoolique chirurgicale
LAVABO		+	+	+ eau contrôlée		+ eau contrôlée
BROSSE A ONGLE			+	+		+
SAVON LIQUIDE DOUX	Distributeur	+	+	+		+
	Dose unitaire	+		+		+
	Antiseptique		+			
SOLUTION HYDRO-ALCCOLIQUE	Distributeur			+	+	+
	Dose unitaire			++	+	++
ESSUIE MAIN	Usage unique	+	+			+
	stérile			+		
SAC A DECHETS		+	+	+	+	+

TENUE Ongles courts + Manches courtes ou relevées + Mains sans aucun bijou

TECHNIQUE DE FRICTION OU DE SAVONNAGE SUR 1 MINUTE



Référence AFNOR: norme NF EN 1500 de 1997 extrait de l'annexe A



B/ LE SECHAGE DES MAINS

Le séchage des mains se fait avec une serviette en papier à usage unique.

S'il est fait avec une serviette en tissu lors d'usage personnel, celle-ci doit être changée quotidiennement, voire même plus souvent si elle devient sale ou septique.

La dernière serviette utilisée après le lavage qu'il soit simple ou antiseptique doit servir également à essuyer la robinetterie du lavabo ayant servi au lavage.

Pour en savoir plus : références bibliographiques p45 N°1 à10

Hygiène des mains guide de bonnes pratiques CLIN PARIS NORD 3^{ème} édition décembre 2001

Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé guide de prévention Janvier 2006 Direction générale de la Santé, « l'hygiène des mains » p18-22

Sites internet : <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Vous séchez-vous les mains avec

- Une serviette changée fréquemment
- Une serviette changée après chaque patient

La bonne réponse

Une serviette changée après chaque patient

Pour assurer la meilleure qualité de l'hygiène lors de la distribution de soins en libéral, le séchage des mains est fait avec une serviette en non-tissé souple, à usage unique, et jetable.

Les recommandations disponibles préconisent l'essuyage par tamponnement.

Le séchage doit être complet. Ainsi fait, il évite les recontaminations après le lavage des mains par une serviette en tissu, même fréquemment changée.

La serviette permet en outre d'essuyer, après les mains, la robinetterie du lavabo ayant servi au lavage.

Ces gestes de routine rigoureuse, permettront une nette diminution des transmissions de microorganismes manu portées de personne à personne et de personne à objets et matériels de soins, (et vis versa) qui représentent selon les études 20 à 40% des infections nosocomiales.

Ces essuies mains sont assimilables aux ordures ménagères.

C/ L'USAGE DES GANTS

Les gants sont un matériel protecteur des mains d'utilisation usuel.
Ils assurent la protection des soignants et des patients

Lorsqu'ils sont stériles, à usage unique:

Ils sont utilisés dès que l'on doit procéder à un geste plus ou moins septique, ou invasif :

- Tel une suture, une infiltration, une incision, une exérèse, un frottis ou la pose d'un stérilet, un sondage urinaire, la réalisation d'un pansement difficile
- Ou chez une catégorie de patients à risque : immunodéprimés, jeunes enfants, vieillards...

Lorsqu'ils sont non stériles mais à usage unique:

Ils sont utilisés :

- Dès que l'on doit procéder à un nettoyage méticuleux plus ou moins septique,
- Ou à un geste de soin non invasif, comme un frottis, une incision, voire même une suture ou un pansement simple.
- Dès que le professionnel ou le patient présente une altération de la barrière cutanée : blessures (de l'éraflure à la coupure), eczémas ou autres dermatoses.

L'un comme l'autre ne dispenseNT pas d'un lavage des mains avant chaque acte qu'il soit simple ou antiseptique.

Le lavage se fait sur des mains à ongles courts sans bague ni autre bijou et manches relevées

Une paire de gants = un geste = un patient

Le port du gant est **limité à la durée du soin**.

Il est précédé d'un examen visuel détectant les trous.

Il se change si l'intervention ou manipulation est longue, et ne doit pas être lavé.

Il est évacué dans une poubelle à pédale avec les déchets mous.

Pour en savoir plus : références bibliographiques p45 N°1 à10

Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé guide de prévention *Janvier* 2006 Direction générale de la Santé, ch « le port des gants » p23-24

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Pour la réalisation d'un geste à risque infectieux, Portez-vous des gants ?

- Après un lavage des mains
- Sans lavage des mains
- Après avoir utilisé uniquement une solution antiseptique

La bonne réponse

Après un lavage des mains

Le port des gants à usage unique est **indispensable** lors de tous les gestes à risques infectieux

- Altération de la barrière cutanée du patient examiné ou traité, par des blessures : éraflures, coupures, eczéma ou toute autre dermatose
- Gestes de soins non invasifs : pansements, frottis, incision, simple suture
- Tout nettoyage méticuleux septique ou non

Le port des gants **ne dispense pas d'un lavage** des mains avant chaque acte qu'il soit simple, antiseptique ou chirurgical.

Le port du gant est **limité à la durée du soin**.

Il est précédé d'un examen visuel détectant les trous.
Il se change si l'intervention ou manipulation est longue, et ne doit pas être lavé.
Il est évacué dans une poubelle à pédale avec les déchets mous.

A lire : Guide de prévention des infections liées aux soins en dehors des établissements de santé Ministère de la santé janvier 2006

VI/ VACCINATIONS DES PROFESSIONNELS

Les vaccinations font partie des recommandations usuelles aux praticiens libéraux.

Aucune n'est obligatoire, **mais elle le devient lors d'épidémies**, ou à posteriori lors de risques d'une contamination auprès d'un malade diagnostiqué contagieux (tuberculose, hépatite B OU A...) ou lors d'une blessure par un objet d'utilisation courante ou rare, lors de soins.

Tout contact avec du sang ou tous liquides ou solides biologiques possiblement contaminants, est un risque d'exposition et donc de transmission.

Les vaccinations, de par ces faits, deviennent quasi obligatoires et **doivent être à jour** :

- Contre le tétanos
- Contre le virus de l'hépatite B et contre le virus de l'hépatite A
- Contre le virus de la grippe et donc à refaire annuellement.

Les vaccinations plus rares (qui sont fortement recommandées dans les Pays anglo-saxons) sont celles contre les maladies infantiles qui n'ont pas été relatées chez le pratiquant du soin telles :

- Les oreillons
- La rougeole,
- La rubéole.

Le professionnel du soin employeur (médecin, infirmier, kinésithérapeute, podologue), **est responsable de la santé et du travail de son personnel comme de lui-même,**

Il doit donc connaître le statut vaccinal légal de chaque employé au cabinet.

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Vous êtes-vous préoccupés de la couverture vaccinale de vos personnels soignants et non soignants ?

- Pour tous les personnels
- Pour le personnel employé au ménage
- Pas concerné(e) car sans personnel de ménage

La bonne réponse

Pour tous les personnels

Le code de santé publique fait obligation à toute personne exerçant une activité professionnelle ou bénévole, s'exposant à des risques de contamination, d'être immunisées contre : hépatite B, diphtérie, tétanos, et poliomyélite, ainsi que par le vaccin antituberculeux BCG (articles L31116-4 et L311261).

Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France recommande la vérification des titrages d'anticorps contre l'hépatite B (> à 10 mU/ml) afin de procéder aux rappels si nécessaire.

Les autres vaccinations relèvent de recommandations usuelles, elles ne sont pas obligatoires mais le deviennent lors d'épidémies.
La vaccination annuelle antigrippale est donc de rigueur.

Dans les pays anglo-saxons, les vaccinations contre les maladies infantiles non déclarées par le personnel de cabinets libéraux sont fortement recommandées : oreillons, rougeole, rubéole.

Le professionnel du soin employeur (médecin, infirmier, kinésithérapeute, podologue), est responsable de la santé et du travail de son personnel comme de lui-même,

Il doit donc connaître le statut vaccinal légal de chaque employé au cabinet.

FICHE PRATIQUE

LES VACCINATIONS DES EMPLOYES DES CABINETS LIBERAUX

Sont concernés :

Professionnels du Nettoyage Ou prestataire	Employé à la désinfection stérilisation	Responsables du linges	Assistants et secrétaires	Professionnels du SOIN
--	---	---------------------------	------------------------------	---------------------------

Le Code de santé publique (articles L31116-4 et L311261).	Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France	Les recommandations usuelles
<p><u>fait obligation</u> à toute personne</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> exerçant une activité professionnelle <input type="checkbox"/> ou bénévole, s'exposant à des risques de contamination, <p>De se faire vacciner contre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hépatite B, <input type="checkbox"/> diphtérie, <input type="checkbox"/> tétanos, et poliomyélite, <input type="checkbox"/> ainsi que par le vaccin antituberculeux BCG 	<p>recommande la vérification des titrages d'anticorps contre l'hépatite B (> à 10 mU/ml) afin de procéder aux rappels si nécessaire.</p>	<p>Toutes les autres vaccinations deviennent obligatoires en cas d'épidémie</p> <p>Donc :</p> <p>VACCINATION ANTIGRIPPALE ANNUELLE DE RIGUEUR</p> <p><i>Dans les pays anglo-saxons, les vaccinations contre les maladies infantiles non déclarées par le personnel de cabinets libéraux sont fortement recommandées : oreillons, rougeole, rubéole.</i></p>

Le professionnel du soin employeur (médecin, infirmier, kinésithérapeute, podologue), **est responsable de la santé et du travail de son personnel comme de lui-même,**

Il doit donc connaître le statut vaccinal légal de chaque employé au cabinet.

VII/ AUTRES PROTECTIONS DES PERSONNES

LES TENUES SPECIFIQUES

Au cabinet : **la blouse** (polyester-coton)

Blouse avec **manches courtes**, sur des vêtements **à manches courtes ou retroussées**, pour faciliter le lavage des mains (blouse lavable température > à 60°C).

Changée quotidiennement et chaque fois que visiblement souillée.

Un lavage des mains doit être réalisé avant d'enfiler et après avoir retiré sa tenue professionnelle.

LES TENUES PROPOSEES

Calot, chaussures de travail et masque sont à choisir en cas d'intervention sur un patient : que l'intervention soit importante ou que le patient soit à risques infectieux majeurs, et probablement adaptée lors d'épidémies de gravité nouvelle, non encore appréhendée.

Pour en savoir plus :

Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé guide de prévention *Janvier 2006*
Direction générale de la Santé, ch « tenue vestimentaires au cours des soins » p24-25

LA QUESTION CLE ET SA REPONSE

Vous êtes-vous préoccupé de la formation aux risques sanitaires de votre personnel ?

- Oui pour tout le monde
- Seulement pour le personnel de ménage
- Pas concerné(e) car pas de personnel de ménage

La bonne réponse

Oui pour tout le monde

Les principales règles d'hygiène doivent être connues et respectées par tous les personnels.

Elles doivent être adaptées à l'exercice de chacun.

En effet les responsabilités des professionnels découlent du décret 95-100 du code de déontologie du 6 septembre 1998, basées sur « l'assurance au patient de soins consciencieux, dévoués, et fondés sur des données acquises par la science, y compris avec l'aide d'une tierce personne compétente » art 69, et « qu'ils doivent veiller à la stérilisation et décontamination des dispositifs médicaux utilisés ainsi qu'à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Le professionnel ne doit pas exercer dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux, ou la sécurité des personnes examinées... » Art. 71.

Ces responsabilités sont à la fois disciplinaires, civiles et pénales.

Les 2 premières (disciplinaires et civiles) ont été réaménagées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé.

De ce fait le professionnel libéral se doit d'assurer la formation de son personnel aux risques sanitaires et aux bonnes pratiques dans ce domaine.

Il s'agit de toutes les précautions « standard » : hygiène des mains, port de vêtements de protection, gestion du matériel souillé, entretien des surfaces souillées, conduite à tenir en cas de contact avec du sang ou autres produits biologiques, règles d'asepsie et antiseptie et précautions face à certains patients porteurs d'agents infectieux, d'où découle la conduite de l'entretien des locaux et de l'entretien des dispositifs médicaux.

Cette formation peut être réalisée par le praticien lui-même (qui a reçu durant son 2^{ème} cycle un enseignement théorique de l'hygiène) ou par une personne désignée, elle-même formée.

Des fiches techniques à partir des principales recommandations pourront être fournies, voire même affichées à un endroit stratégique du local, pour optimiser les bonnes pratiques d'hygiène

FICHE PRATIQUE LA FORMATION DES EMPLOYÉS

Les responsabilités des professionnels découlent du décret 95-100 du code de déontologie du 6 septembre 1998,

« L'assurance au patient de soins consciencieux, dévoués, et fondés sur des données acquises par la science, **y compris avec l'aide d'une tierce personne compétente** » art 69

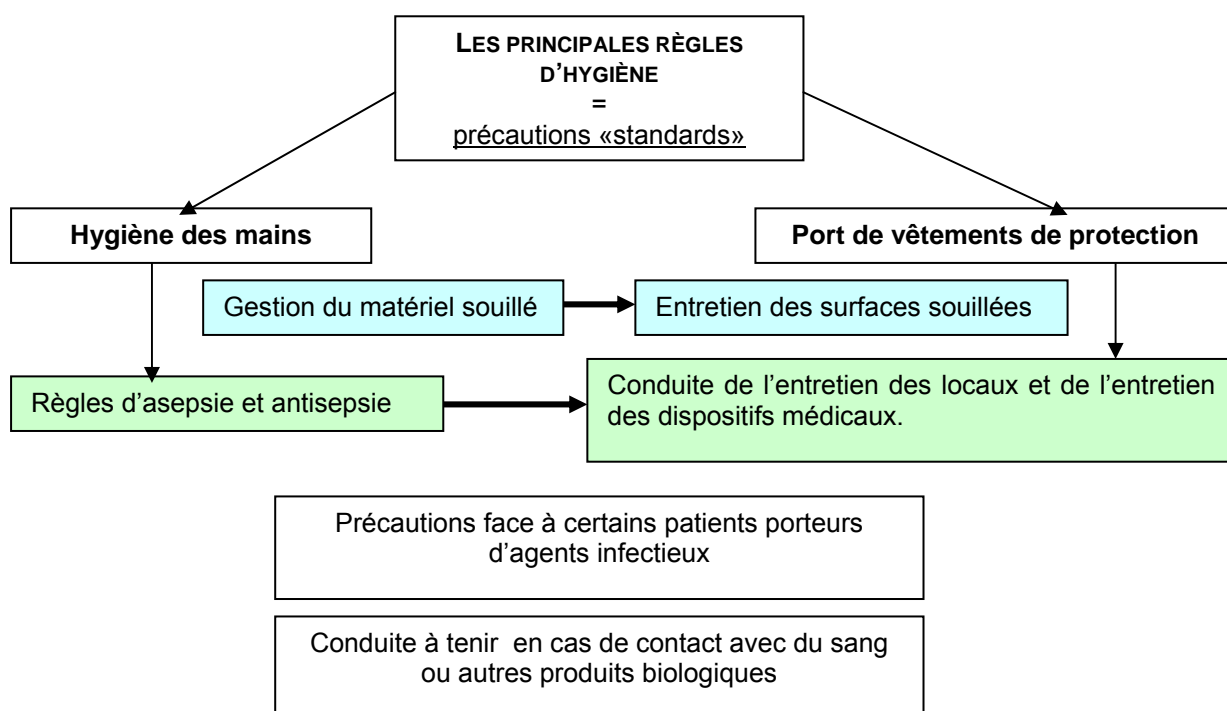
« Ils doivent veiller à la stérilisation et décontamination des dispositifs médicaux utilisés ainsi qu'à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires ».

Le professionnel ne doit pas exercer dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux, ou **la sécurité des personnes examinées...** » Art. 71

Ces responsabilités sont à la fois disciplinaires, civiles et pénales.

Les 2 premières (disciplinaires et civiles) ont été réaménagées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé : Le professionnel libéral se doit **d'assurer la formation de son personnel aux risques sanitaires** et aux bonnes pratiques dans ce domaine.

Doivent être connues et respectées par tous les personnels et adaptées à l'exercice de chacun



* Cette formation peut être réalisée par le praticien lui-même (qui a reçu durant son 2^{ème} cycle un enseignement théorique de l'hygiène) ou par une personne désignée, elle-même formée.

* Des fiches techniques à partir des principales recommandations pourront être fournies, voire affichées à un endroit stratégique du local, pour optimiser les bonnes pratiques d'hygiène.

CONCLUSION

Ce guide synthétique se veut utile et pragmatique.

En effet les risques liés aux soins en ambulatoire doivent être prévenus, lorsqu'on connaît bien leurs origines et les facteurs favorisant leurs apparitions.

LES ORIGINES DES CONTAMINATIONS à éliminer sont :

- **Les contaminations directes**

de patient à patients au sein du cabinet libéral, qui peuvent être limitées par l'isolement des patients à risques. Les patients entrant au cabinet et qui toussent ou sont en éruption cutanée, devront avoir quelques sièges hors la salle d'attente.

- **Les contaminations indirectes**

Celles « manu portées » qui sont les plus fréquentes (sous les ongles, dans les bijoux) et qui apportent des germes connus et repérés (staphylococcus auréus, streptococcus viridans, l'entérobactérie klebsiella, le clostridium difficile, et les rhinovirus), pourront être éliminées par des lavages de mains selon une routine rigoureuse avant et après chaque manipulation de patients.

Celles liées à la ventilation seront éliminées par un nettoyage adapté faisant partie du protocole écrit dans les procédures de ménage et notées sur le planning par le responsable du ménage formé aux risques infectieux ;

Celles liées aux dispositifs médicaux

Qu'il s'agisse de cathéters, sondes urinaires, appareils de dialyse, appareils de ventilation mécanique ou encore endoscope, aérosol-doseur, injecteur sans aiguille, tensiomètre, ou stéthoscope, seront éliminées par une désinfection routinière de différents niveaux, ou une stérilisation spécifique, mais toujours avec une traçabilité notable.

Celles plus rares liées à l'environnement (l'eau avec ses légionelloses ou ses cryptosporidiums, l'air avec ses pseudomonas aeruginosas, et enfin les surfaces diverses avec les cortèges de virus respiratoires ou rotovirus) seront éliminées à la fois par une bonne surveillance, une aération des locaux fréquente, et un ménage techniquement irréprochable.

LES FACTEURS FAVORISANT les contaminations restent encore aujourd'hui :

- les salles d'attentes mal aérées
- les patients à risques mal identifiés
- le lavage des mains inexistant ou inadéquat
- l'absence de barrière : gants, masque, blouses, etc et l'utilisation des matériels médicaux limités
- les stérilisations et désinfections inadéquates
- le personnel soignant et employé insuffisamment formé sur l'hygiène.

De ces simples observations découlent les notions de prévention classique grâce à **l'application de techniques d'hygiène en routine quotidienne** lors de l'exercice libéral. :

- Un geste clé : le lavage des mains
- Des gestes techniques : le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables.
- L'utilisation croissante de matériaux à usage unique et jetables.
- Un entretien du local professionnel (bien aménagé) : facile, fréquent, désinfectant, surveillé, et avec une bonne aération
- Une gestion des déchets à risques infectieux, respectueuse des normes et décrets les rendant contractuellement traçables.
- **Un repérage et une prise en charge exemplaire des patients à risques** : Nourrissons de moins de 12 mois, personnes âgées, femmes enceintes, diabétiques, splénectomisés et immunodéprimés, obèses, alcooliques, insuffisants rénaux, malades en période postopératoire, et/ou longuement hospitalisés.

ADDENDUM

I / LOIS ET DECRETS OFFICIELS A CONNAITRE

A / RELATIFS A L'HYGIENE ou a tout ce qui en découle

Loi n°75-633 du 15 juillet 1975 modifiée relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux. Journal Officiel du 16 juillet 1975.

Loi n°92-646 du 13 juillet 1992 relative à l'élimination pour les déchets ainsi qu'aux installations classées par la protection de l'environnement.

Décret n°93-139 du 3 février 1993 relatif aux plans d'élimination des déchets ménagers et assimilés.

Décret n° 97-1048 du 6/11/1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de santé publique.
Code de la Santé Publique (2ème partie : Décrets en Conseil d'Etat) JO du 18 novembre 1997 page 16675 à 16676

Décret n°97-1048 du 18/11/1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

Circulaire DH/SI2-DGS/VS3 n°554 du 1 /09/ 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés. Bulletin Officiel MES 98/39 p. 135-139.

2 Arrêté du 7/09/01999

Relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques et relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques. JO n° 230 du 3/10/1999 page 14685-14691

Arrêté du 11 /12/2000 modifiant l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié (dit« arrêté ADR ») relatif au transport des marchandises dangereuses par route.
JO du 27 décembre 2000 p. 20671

Circulaire n°DGS/VS3/DPPR/2000/322 du 9 /06/ 2000 relative à l'acceptation en déchetterie des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) produits par les ménages et par les professionnels exerçant en libéral.
Non parue au Journal Officiel

13. **Arrêté du 5 décembre 1996** relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit arrêté ADR) modifié par l'arrêté du 1/06/2001. Journal Officiel du 30 juin 2001 n°150. + modifié par l'arrêté du 5 décembre 2002 (**JO du 27 décembre 2002**).

Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n°2005/34 du 11 /01/ 2005 relative au conditionnement des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés

B / RELATIFS A LA MATERIOVIGILANCE

Les Directives Européennes relatives à la mise sur le marché des DM (90/385/CEE et 93/42/CEE) définissent l'organisation de la matériovigilance en Europe avec une transposition en droit international pour chaque état membre.

- Loi 94/43 du 18 janvier 1994

- Loi 95/116 du 4 février 1995

- Décret 95-292 du 16 mars 1995

- Décret 96-32 du 15 janvier 1996 (matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux).

C/ RAPPEL SUR LES TERMES DE LA RESPONSABILITE MEDICALE

La responsabilité médicale **Code de déontologie** :

1/ article 32 : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient **des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science**, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

2/ article 71 : « (...) Il doit notamment **veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise** et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent **compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées**. (...) »

- Le décret du 6 septembre 1995 dispose que le médecin doit "veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires." Cette obligation est reportée dans le Code de déontologie médicale (article 71).

3/ Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 « délit non intentionnel » Article 1erLe troisième alinéa de l'article 121-3 du code pénal est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

- « Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas **de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement**, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.

- « ... les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »

4/ Loi du 4 mars 2002: droits des usagers - Art. L. 1110-5. – « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

5/ La loi du 30 décembre 2002 : les infections entraînant le décès du malade ou une IPP d'au moins 25 % sont à la charge de l'Oniam ; les autres sont prises en charge par les assureurs de responsabilité médicale.

6/ LOI du 9 août 2004 : Article L 1413-14 du code de santé publique "Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente...."

D/ INTEGRALITE DU DÉCRET SUR LES DÉCHETS MÉDICAUX

Décret no 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat)

LE JO du 18/11/9 NOR : MESP9722279D Décrète:

Art.1er.- Au titre 1er du livre 1er du code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat), il est créé un chapitre V-III ainsi rédigé:

Chapitre V-III

Dispositions relatives aux déchets d'activités de soins et assimilés et aux pièces anatomiques

Section 1 : Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

Art.R.44-1. - Les déchets d'activités de soins sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.

Parmi ces déchets, sont soumis aux dispositions de la présente section ceux qui:

1/ Soit présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants;

2/ Soit, même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories

suivantes: Matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique; Produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption; Déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables. Sont assimilés aux déchets d'activités de soins, pour l'application des dispositions de la présente section, les déchets issus des activités d'enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie, lorsqu'ils présentent les caractéristiques mentionnées aux 1o ou 2o ci-dessus.

Art.R.44-2.

I.- Toute personne qui produit des déchets définis à l'article R.44-1 est tenue de les éliminer. Cette obligation incombe:

- à l'établissement de santé, l'établissement d'enseignement, l'établissement de recherche ou l'établissement industriel, lorsque ces déchets sont produits dans un tel établissement;

- à la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce son activité productrice de déchets; Dans les autres cas, à la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets.

II.- Les personnes mentionnées au I ci-dessus peuvent, par une convention qui doit être écrite, confier l'élimination de leurs déchets d'activités de soins et assimilés à une autre personne qui est en mesure d'effectuer ces opérations.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'environnement fixe les stipulations que doivent obligatoirement comporter ces conventions.

III.- Les personnes mentionnées au I ci-dessus doivent, à chaque étape de l'élimination des déchets, établir les documents qui permettent le suivi des opérations d'élimination.

Ces documents sont définis par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'environnement après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Art.R.44-3. - Les déchets d'activités de soins et assimilés définis à l'article R.44-1 doivent être, dès leur production, séparés des autres déchets.

Art.R.44-4. - Les déchets d'activités de soins et assimilés sont collectés dans des emballages à usage unique. Ces emballages doivent pouvoir être fermés temporairement, et ils doivent être fermés définitivement avant leur enlèvement. Les emballages sont obligatoirement placés dans des grands récipients pour vrac, sauf dans les cas définis par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'environnement. Le conditionnement, le marquage, l'étiquetage et le transport des déchets d'activités de soins et assimilés sont soumis aux dispositions réglementaires prises pour l'application

de la loi no 42-263 du 5 février 1942 relative au transport des matières dangereuses et de l'article 8- 1 de la loi no 75-633 du 15 juillet 1975 modifiée relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux, auxquelles peuvent s'ajouter des prescriptions complémentaires définies par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'environnement et de l'agriculture, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Art.R.44-5. - Les modalités d'entreposage des déchets d'activité de soins et assimilés, notamment la durée d'entreposage ainsi que les caractéristiques et les conditions d'entretien des locaux d'entreposage, sont définies par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'environnement, pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Art.R.44-6. - Les déchets d'activités de soins et assimilés doivent être soit incinérés, soit prétraités par des appareils de désinfection de telle manière qu'ils puissent ensuite être collectés et traités par les communes et les groupements de communes dans les conditions définies à l'article L. 2224-14 du code général des collectivités territoriales. Les résidus issus du prétraitement ne peuvent cependant être compostés. Les appareils de désinfection mentionnés à l'alinéa précédent sont agréés par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la santé et de l'environnement. Les modalités de l'agrément et les conditions de mise en œuvre des appareils de désinfection sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la santé, de l'environnement et de l'industrie, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Section 2 : Elimination des pièces anatomiques

Art.R.44-7. - Les pièces anatomiques sont des organes ou des membres, ou des fragments d'organes ou de membres, aisément identifiables par un non- spécialiste, recueillis à l'occasion des activités de soins ou des activités visées au dernier alinéa de l'article R.44-1.

Art.R.44-8. - Les articles R.44-2 à R. 44-5 sont applicables à l'élimination des pièces anatomiques.

Art.R.44-9. –

I.- Les pièces anatomiques d'origine humaine destinées à l'abandon doivent être incinérées. L'incinération a lieu dans un crématorium autorisé conformément à l'article L.2223-40 du code général des collectivités territoriales et dont le gestionnaire est titulaire de l'habilitation prévue à l'article L.2223-41 de ce code.

Les dispositions des articles R.361-42 à R.361-45-1 du code des communes ne leur sont pas applicables. L'incinération est effectuée en dehors des heures d'ouverture du crématorium au public. Les cendres issues de l'incinération des pièces anatomiques d'origine humaine peuvent être collectées et traitées par les communes et les groupements de communes dans les conditions définies à l'article L.2224- 14 du code général des collectivités territoriales.

II.- Les pièces anatomiques d'origine animale destinées à l'abandon sont acheminées vers les établissements d'équarrissage autorisés conformément aux dispositions des articles 264 et 265 du code rural.

Section 3 Dispositions diverses

Art.R.44-10. - Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales sont chargées de veiller à l'application des dispositions du présent chapitre et de celles des arrêtés ministériels qu'il prévoit, sous réserve des cas dans lesquels les lois et règlements donnent compétence à d'autres services.

Les personnes visées au I de l'article R.44-2 doivent tenir à la disposition des agents de contrôle de ces services la convention et les documents de suivi mentionnés aux II et III du même article.

Art.R.44-11. - Les personnes visées au I de l'article R.44-2 sont tenues d'informer leur personnel des mesures retenues pour l'élimination des déchets d'activités de soins et assimilés et des pièces anatomiques.

Art.2.- Le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'équipement, des transports et du logement, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement, le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, le secrétaire d'Etat à la santé et le secrétaire d'Etat à l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 6 novembre 1997 J.O. Numéro 230 du 3 Octobre 1999 page 14686

E / INTEGRALITE DE L ARRETE SUR LES FILIERES D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS

Arrêté du 7 /09/1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

NOR : MESP9922896A

La ministre de l'emploi et de la solidarité, la ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1, L. 48, L. 49, R. 44-2 et R. 44-8 ;

Vu la loi no 75-633 du 15 juillet 1975 modifiée relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux, notamment l'article 8 ;

Vu l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques ; Vu l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses par route, dit « arrêté ADR » ; Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en date du 8 septembre 1998,

Arrêtent :

TITRE I : DISPOSITIONS CONCERNANT LES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES INFECTIEUX ET ASSIMILES

Art. 1. - On entend par regroupement de déchets l'immobilisation provisoire dans un même local de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés provenant de producteurs multiples.

Art. 2. - Tout producteur de déchets d'activités de soins à risques infectieux qui confie ses déchets en vue de leur élimination à un prestataire de services doit établir avec celui-ci une convention comportant les informations listées en annexe I. Toute modification des conditions d'élimination fait l'objet d'un avenant établi dans les mêmes formes.

Art. 3. - Lors de la remise de ses déchets au prestataire de services et en l'absence de regroupement, le producteur dont la production est supérieure à 5 kilogrammes par mois émet un bordereau conforme au bordereau de suivi « Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux » (CERFA no 11351*01). Ce bordereau accompagne les déchets jusqu'à l'installation destinataire qui peut être une installation d'incinération ou de prétraitement par désinfection.

Document précédent / Document suivant / Retour à la liste

12/09/01 <http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/pagetail.ow?heure2=121040103031&rang=4>

Art. 4. - Qu'il y ait ou non regroupement, lorsque la production est inférieure ou égale à 5 kilogrammes par mois, les dispositions de l'article 5 s'appliquent.

Art. 5.

1° Lors de la remise de déchets au prestataire de services assurant le regroupement, le producteur émet un bon de prise en charge comportant les informations listées en annexe

II. En cas d'apport des déchets par le producteur sur une installation de regroupement automatique, le bon de prise en charge est émis automatiquement ou envoyé dans les meilleurs délais par le prestataire.

2° Le prestataire de services assurant le regroupement émet ensuite un bordereau de suivi «Élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux avec regroupement» (CERFA no 11352*01). Il joint à ce bordereau la liste de tous les producteurs.

Ces deux documents accompagnent les déchets jusqu'à l'installation destinataire qui peut être une installation d'incinération ou de prétraitement par désinfection.

Art. 6. - Dans un délai d'un mois, l'exploitant de l'installation destinataire est tenu de renvoyer à l'émetteur le bordereau signé mentionnant la date d'incinération ou de prétraitement par désinfection des déchets.

Art. 7.

- En cas de regroupement de déchets de producteurs produisant plus de 5 kilogrammes par mois, dès la réception du bordereau mentionné à l'article 6 du présent arrêté et dans un délai d'un mois, le prestataire ayant assuré le regroupement envoie une copie à chaque producteur.

- En cas de regroupement de déchets de producteurs produisant moins de 5 kilogrammes par mois, le prestataire ayant assuré le regroupement envoie annuellement à chaque producteur un état récapitulatif des opérations d'incinération ou de prétraitement par désinfection de ses déchets.

Art. 8. Toute création d'une installation de regroupement fait l'objet d'une déclaration en préfecture par son exploitant. Cette déclaration sur papier libre précise le lieu d'implantation, les coordonnées de l'exploitant et les modalités techniques de fonctionnement de l'installation. Les installations existantes sont déclarées dans un délai de six mois à compter de la publication au Journal officiel de la République française du présent arrêté.

TITRE II DISPOSITIONS CONCERNANT LES PIÈCES ANATOMIQUES D'ORIGINE HUMAINE

Art. 9. Tout producteur de pièces anatomiques doit établir, en vue de leur élimination, une convention comportant les informations listées en annexe III avec l'exploitant du crématorium et, le cas échéant, le transporteur. Toute modification des conditions d'élimination fait l'objet d'un avenant établi dans les mêmes formes.

Art. 10.

1° Chaque pièce anatomique d'origine humaine doit faire l'objet d'une identification garantissant l'anonymat qui, lors de la remise au prestataire, sera reportée sur le bordereau de suivi « Élimination des pièces anatomiques d'origine humaine » (CERFA

no 11350*01) émis par le producteur. Ce bordereau accompagne les pièces anatomiques jusqu'au crématorium et est renvoyé signé à l'émetteur dans un délai d'un mois. Page 2 de 6 Legifrance, l'essentiel du Droit français

12/09/01 <http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/pagetail.ow?heure2=121040103031&rang=4>

2° L'établissement de santé consigne sur un registre les informations suivantes :

- identification de la pièce anatomique
- date de production
- date d'enlèvement
- date de crémation.

3° L'exploitant du crématorium consigne sur un registre les informations suivantes :

- identification de l'établissement producteur
- identification de la pièce anatomique

- date de la crémation.

Ces registres sont tenus à la disposition des services de l'Etat compétents territorialement.

TITRE III DISPOSITIONS GENERALES

Art. 11. - Les bordereaux, les bons de prise en charge et les états récapitulatifs prévus aux articles 3, 5 à 7 et 10 sont conservés pendant trois ans et tenus à la disposition des services de l'Etat compétents territorialement. Les conventions visées aux articles 2 et 9 du présent arrêté sont tenues à la disposition des services de l'Etat compétents territorialement.

Art. 12. - En cas de refus de prise en charge des déchets d'activités de soins ou des pièces anatomiques, pour non-compatibilité avec la filière d'élimination, l'exploitant de l'installation destinataire prévient sans délai l'émetteur et lui renvoie le bordereau de suivi mentionnant les motivations du refus. Le producteur prend alors toutes les dispositions nécessaires pour éliminer ses déchets dans le délai réglementaire précisé dans l'arrêté du 3 septembre 1999 susvisé et applique les dispositions imposées par les articles 3 ou 5 du présent arrêté pour l'émission d'un nouveau bordereau de suivi.

Le bordereau mentionnant le refus de prise en charge est joint au document de suivi nouvellement émis. L'exploitant de l'installation destinataire signale sans délai tout refus de prise en charge aux services de l'Etat compétents territorialement.

Art. 13. - L'utilisation des documents prévus par le présent arrêté est rendue obligatoire dans un délai de six mois après publication du présent arrêté au Journal officiel de la République française ou, pour les conventions visées aux articles 2 et 9, lors du renouvellement d'un contrat.

Art. 14. - Le directeur général de la santé, le directeur des hôpitaux et le directeur de la prévention des pollutions et des risques sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 7 septembre 1999. La ministre de l'emploi et de la solidarité, Pour la ministre et par délégation : Par empêchement du directeur général de la santé :

Le chef de service, E. Mengual La ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement,

Page 3 de 6 Legifrance, l'essentiel du Droit français

12/09/01 <http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/pagetail.ow?heure2=121040103031&rang=4>

Pour la ministre et par délégation : Le directeur de la prévention des pollutions et des risques, P. Vesseron

La secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, Pour la secrétaire d'Etat et par délégation : Le directeur des hôpitaux, E. Couty

ANNEXE 1

INFORMATIONS DEVANT OBLIGATOIREMENT FIGURER DANS LA CONVENTION VISEE A L'ARTICLE 2

1° Objet de la convention et parties contractantes :

- a) Objet de la convention
- b) Coordonnées administratives du producteur et du prestataire de services
- c) Durée du service assuré par le prestataire.

2° Modalités de conditionnement, d'entreposage, de collecte et de transport :

- a) Modalités de conditionnement. Description du système d'identification des conditionnements de chaque producteur initial
- b) Fréquence de collecte
- c) Modalités de transport
- d) Engagement du prestataire de services à respecter des durées pour la collecte et le transport fixées au préalable et permettant au producteur de se conformer aux délais qui lui sont imposés pour l'élimination des déchets qu'il produit.

3° Modalités du prétraitement ou de l'incinération :

- a) Dénomination et coordonnées de la ou des installations de pré-traitement ou d'incinération habituelles ;
- b) Dénomination et coordonnées de l'installation de prétraitement ou d'incinération prévue en cas d'arrêt momentané des installations habituelles ;
- c) Engagement du prestataire de services à prétraiter ou à incinérer les déchets dans des installations conformes à la réglementation.

4° Modalités de refus de prise en charge des déchets.

5° Assurances :

- a) Engagement du prestataire de services sur le respect de la législation en vigueur concernant l'exercice de sa profession, notamment en matière de sécurité du travail
- b) Polices d'assurance garantissant la responsabilité civile au titre de la convention.

6° Conditions financières :

- a) Coût établi, précisant, d'une part, l'unité du calcul du prix facturé au producteur et, d'autre part, ce qu'il englobe, notamment le conditionnement, le transport, le prétraitement ou l'incinération
- b) Formules de révision des prix.

7° Clauses de résiliation de la convention.

ANNEXE 2

INFORMATIONS DEVANT OBLIGATOIREMENT FIGURER SUR LE BON DE PRISE EN CHARGE VISE A L'ARTICLE 5

Dénomination du producteur.

Ses coordonnées.

Page 4 de 6 Legifrance, l'essentiel du Droit français

12/09/01 <http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/pagetail.ow?heure2=121040103031&rang=4>

Code professionnel. Date de l'enlèvement (ou du dépôt) des déchets.

Dénomination du collecteur. Ses coordonnées. Code professionnel.

Dénomination du prestataire assurant le regroupement. Ses coordonnées. Code professionnel.

Dénomination de l'installation d'incinération ou de prétraitement par désinfection. Ses coordonnées.

Code professionnel.

Signatures du producteur et du prestataire ayant pris les déchets en charge (sauf dans le cas d'un apport sur une installation de regroupement automatique avec émission automatique du bon).

ANNEXE 3

INFORMATIONS DEVANT OBLIGATOIREMENT FIGURER DANS LA CONVENTION VISEE A L'ARTICLE 9

1° Objet de la convention et parties contractantes :

- a) Objet de la convention
- b) Coordonnées administratives du producteur et du prestataire de services
- c) Durée du service assuré par le prestataire.

2° Modalités de conditionnement, d'enlèvement, de transport et de réception par le crématorium.

3° Modalités de la crémation :

- a) Dénomination et coordonnées du ou des crématoriums habituels
- b) Dénomination et coordonnées du crématorium prévu en cas d'arrêt momentané des installations habituelles
- c) Engagement du prestataire de services à pratiquer la crémation des pièces anatomiques dans des installations conformes à la réglementation.

4° Assurances :

- a) Engagement du prestataire de services sur le respect de la législation en vigueur concernant l'exercice de sa profession, notamment en matière de sécurité du travail

b) Polices d'assurance garantissant la responsabilité civile au titre de la convention.

5° Conditions financières :

- a) Coût établi, précisant, d'une part, l'unité de calcul, du calcul du prix facturé au producteur et, d'autre part, ce qu'il englobe, notamment le conditionnement, le transport, le traitement ;
- b) Formules de révision des prix.

6° Clauses de résiliation de la convention.

Vous pouvez consulter le cliché dans le JO n° 230 du 03/10/1999 page 14686 à 14692

Vous pouvez consulter le cliché dans le JO n° 230 du 03/10/1999 page 14686 à 14692

Vous pouvez consulter le cliché dans le JO n° 230 du 03/10/1999 page 14686 à 14692 Page 5 de 6

Legifrance, l'essentiel du Droit français

II / LES NORMES OFFICIELLES

A / NORMES POUR LE CHOIX D'UN PRODUIT POUR L'HYGIÈNE DES MAINS

(Extrait de la Liste Positive des Désinfectants 2002. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). HygièneS 2002 X(2) : 77-93.

Le professionnel de santé devra choisir un produit sur lequel figureront les numéros de normes correspondant à son utilisation. Ils peuvent également figurer dans les dossiers techniques ou sur les notices d'utilisation. Ces indications garantissent que des tests ont été réalisés en laboratoire pour qualifier le produit de "produit bactéricide" par exemple.

• Traitement hygiénique des mains par lavage

- Norme NF EN 1040 (T 72- 152) (Activité bactéricide de base)
- Norme NFT 72-170/171 (Activité bactéricide en présence de substances interférentes de référence) ou prEN 12054.
- Norme NF EN 1499 (T 72-501) (Lavage hygiénique des mains : méthode in vivo qui définissent l'activité du produit par rapport à un produit de référence, après avoir pratiqué une contamination artificielle des mains de personnes volontaires)
- Eventuellement (non exigées) :
- Norme NF EN 1275 (T 72-202) (Activité fongicide de base)
- Norme NFT 72-180 (Activité virucide vis-à-vis des virus des vertébrés)

• Désinfection chirurgicale des mains par lavage

- Norme NF EN 1040 (T 72- 152) (Activité bactéricide de base)
- Norme NFT 72-170/171 (Activité bactéricide en présence de substances interférentes de référence) ou prEN 12054.
- Norme NF EN 1499 (T 72-501), temps supérieur à 1 minute pouvant atteindre 5 minutes (Lavage Hygiénique des mains : méthode in vivo qui définissent l'activité du produit par rapport à un produit de référence, après avoir pratiqué une contamination artificielle des mains de personnes volontaires). Elle sera remplacée par EN 12791 (T 72-503) (désinfection chirurgicale des mains).
- Eventuellement (non exigées) :
- Norme NF EN 1275 (T 72-202) (Activité fongicide de base)
- Norme NFT 72-180 (Activité virucide vis-à-vis des virus des vertébrés)

• Traitement hygiénique des mains par frictions

- Norme NF EN 1040 (T 72- 152) (Activité bactéricide de base)
- Norme NFT 72-170/171 (Activité bactéricide en présence de substances interférentes de référence) ou pr EN 12054.
- Norme NF EN 1500 (T 72-502) pour un temps inférieur ou égal à 1 minute (Traitement hygiénique des mains par frictions : méthode in vivo qui définissent l'activité du produit par rapport à un produit de référence, après avoir pratiqué une contamination artificielle des mains de personnes volontaires)
- Eventuellement (non exigées) :
- Norme NFT 72-180 (Activité virucide vis-à-vis des virus des vertébrés)

• Désinfection chirurgicale des mains par friction

- Norme NF EN 1040 (T 72- 152) (Activité bactéricide de base)
- Norme NFT 72-170/171 (Activité bactéricide en présence de substances interférentes de référence) ou prEN 12054.
- Norme NF EN 1500 (T 72-502) pour un temps supérieur à 1 minute pouvant atteindre 5 minutes (Traitement hygiénique des mains par frictions). Elle sera remplacée par EN 12791 (T 72-503) (désinfection chirurgicale des mains).
- Norme NF EN 1275 (T 72-202) (Activité fongicide de base)
- Eventuellement (non exigée) :
- Norme NFT 72-180 (Activité virucide vis-à-vis des virus des vertébrés)

B / Normes pour le choix de gants

La qualité des divers gants proposés dans le commerce peut être appréciée en fonction de leur conformité aux normes européennes :

- Norme NF EN 455-1-Mai 1994 : Gants médicaux non réutilisables -Détection des trous - Prescriptions et essais, qui fixe les prescriptions et les méthodes d'essai des gants médicaux non réutilisables en vue de déterminer l'absence de trous.
- Norme NF EN 455-2-Avril 1995 : Gants médicaux non réutilisables - Propriétés physiques : Prescriptions et essais, qui fixe les prescriptions et les méthodes d'essai relatives aux propriétés physiques des gants médicaux non réutilisables. En particulier, elle définit la résistance des gants.
- Norme NF EN 455-3-Mai 2000 : Exigences et essais pour évaluation biologique qui décrit les méthodes classiques de détermination quantitative des protéines contenues dans les gants en latex. Certains fournisseurs ont choisi d'adopter, en plus de ces normes, le **label NF Médical** qui correspond à un engagement à ne fournir que des lots conformes aux normes en vigueur.

III / BIBLIOGRAPHIE GENERALE

Cette bibliographie **non exhaustive** a été construite à l'aide de parutions faites sur internet ou dans les différentes revues compulsées.

GENERALITES

1. Seveignes S, Garcia E. Une démarche pour la qualité des soins à domicile. Elaboration et évaluation de fiches techniques de soins. Hygiènes 2001 ; IX : 38-40.
2. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit médical. ANAES, mars 1993.

AMENAGEMENT ET ENTRETIEN DES LOCAUX

1. Anonyme. Aménagement des locaux, entretien des locaux et du linge : L'attention portée aux détails. Prescrire, Décembre 2000 ; 20, 212 (supplément risque), 896-902.
2. Association Médicale de Perfectionnement post-Universitaire de Meurthe-et-Moselle (AMPPU). Comment réduire le risque infectieux au cabinet médical . Nancy, 1990.
3. C-CLIN OUEST. Réduire le risque infectieux au cabinet médical. Octobre 1999.
4. Fédération Régionale de Formation Médicale Continue, Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales de l'Ouest. Réduire le risque infectieux au cabinet médical. Janvier 1996.
5. Le Coz-Iffenecker A, Mallaret MR, Pautin N. Guide d'hygiène et soins ambulatoires. Editions Frison-Roche, Paris, Juin 2000.
6. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie. Paris, Décembre 1997.
7. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Paris, Mai 1998.
8. Liste Positive Désinfectants 2005. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). HygièneS 2005 volume XIII numéro 3 ou sur internet : sfhh. net.
9. Guide du Bionettoyage (Commission centrale des marchés GPEM/SL n° 5670 : p 1à 81.)
10. Troillet N, Widmer SA. Infections nosocomiales en pratique ambulatoire. Swiss-Noso 1999 ; 6 : 1-6.
11. Schalm SW, Van Wijngaarden K. Doctor to patient transmission of viral hepatitis B : is it a problem ,is there a solution ? J Viral Hepatitis 2000 ; 7 : 245-9.
12. Courtois X. Risques infectieux des thérapeutiques ambulatoires avec effraction cutanée. Press Med 1991 ; 20 :1786-7.
13. Vautravers P, Vautravers MJ, Meyer R, Goetz, Kunnert JE, Kieffer D, Frey M, Lecocq J, Kuntz JL. Prévention du risque septique dans les infiltrations péri et intradurales. Rhumatologie 1993 ; 45, 6 : 123-8.
14. Lettre circulaire N°96-4785 du 2/9/1995 portant sur la sécurité d'utilisation des dispositifs autopiqueurs utilisés dans la détection de la glycémie capillaire et du risque potentiel de contamination par voie sanguine Afssaps.
Reactovigilance du 24/05/02 "Recommandations aux professionnels de santé pour l'utilisation partagée des lecteurs de glycémie."
15. Johnson I. An outbreak of hepatitis B associated with reusable subdermal electroencephalogram electrodes. Car Med Assoc J. 2000 ; 44 : 37-41.
16. Harkins KJ. Bacterial contamination of inhalers. J Hosp Infect 1999 ; 43 : 321.
17. Azar MJ, Dhaliwal DK. Possible consequence of shaking hands with your patients with epidemic keratoconjunctivitis. Am J Ophthalmol 1996 ; 6 : 711-2.
18. Mac Kay, Gillespie TA. Bacterial contamination of children's toys used in a general practitioner's surgery. Scott Med J 2000 ; 45 : 12-3.
19. Danzing LE. Bloodstream infections associated with needleless intravenous infusion system in patients receiving home infusion therapy. JAMA 1995 ; 273 : 1862-4.
20. Nafziger DA, Lundstrom T, Chandra S, Massanari M. Infection control in ambulatory care. Infect Dis Clin N Am 1997 ; 11 : 279-96.
21. Eveillard M, Lescure F.X, EB F, Schmit J.L. Portage, acquisition et transmission de staphylococcus aureus résistant à la méticilline en milieu communautaire. Conséquence en terme de politique de prévention et d'antibiothérapie. Med.Mal.Inf.2002 ; 32 : 717-24
22. Herold BC, Immergluck JC, Maranan MC et al. Community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus in children with no identified predisposing risk. JAMA 1998 ; 593-8.

23. Lorenzen AN, Itkin DJ. Surveillance of infection in home care. Am J Infect Control 1992 ; 20 : 326-9.
24. White MC. Infections and infection risks in home care settings. Infect Control Hosp Epidemiol 1992 ; 13 : 525-29.
25. White MC, Smith W. Infection control in home care agencies. Am J Infect Control 1993 ; 21 : 146-50.

MAINS – GANTS - masque

1. J Fleurette, J. Freney, ME. Reverdy, F. Tissot Guerraz Guide pratique de l'antisepsie et de la désinfection Editions ESKA – Paris – 1997.
2. Salisbury D. The effect of rings on microbiol load of health care workers' hands. Am J Infect Control 1997 ; 25, 1 : 24-7.
3. Ducl G, Chapon JL. Le séchage des mains. La méthode choisie a-t-elle une influence sur le résultat. Techniques Hospitalières 1998 ; 630 : 39-44.
4. SFHH Recommandations pour la désinfection des mains Collection Hygiènes 2002.edition Health and Co 31 Chemin des Balmes BP69144 Rilleux Crepeux.
5. Mast ST, Woolwine JD, Gerberding JL. Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury. J Infect Dis 1993 ; 24 : 117-21.
6. Guide ADF "Protection des mains au cabinet dentaire" de la commission des dispositifs médicaux de l'Association Dentaire Française 2001.
7. Schollammer M, Guillet MH, Guillet G. Les dermatoses de contact aux gants médicaux. Dermatol Venereol 1991 ; 118 : 731-5.
8. Risques infectieux en milieu de soins. Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire : quel matériel choisir Fiche pratique de sécurité ED 4136 INRS, AFSSAPS, DGS, DRT, www.inrs.fr
9. Guide des matériels de sécurité, GERES, INRS., Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés Edition -2004.
10. Rabaud C, Simon L, Naja M, Blech MF, Hartemann P. Quel masque ? Pour quel usage ? Hygiènes 1998 ; VI : 112-8.

ANTISEPTIE

1. Blech MF, Hartmann P. Les antiseptiques : familles, critères d'efficacité et règles d'emploi. Concours Médical 1986 ; 108 (31) : 2505-14.
2. Fleurette J. Les antiseptiques. Des règles précises d'utilisation. La revue du praticien. Médecine générale 1996 ; 353 : 11-3
3. L'Antiseptoguide. Guide d'utilisation des antiseptiques. Badikrian L, Boïko-Alaux V, Laveran H, Chopineau J. Edition Tabloïd Communication, Juin 1998.
4. Fleurette J, Freney J, Reverdy Antiseptie et désinfection. Editions ESKA – Paris – 1995.
5. Fleurette J, Freney J, Reverdy ME, Tissot Guerraz F Guide pratique de l'antisepsie et de la désinfection. Editions ESKA – Paris – 1997.

BRM

1. Antoniotti G. Epidémiologie des SARM en médecine de ville. Bulletin du CCLIN Sud Est N°16 octobre 2000,
2. En direct de l' ONERBA Un aperçu de la résistance bactérienne hors de l'hôpital L infect. 2000 ;4 :158-64
3. Dufour P et al Community acquired methicillin-resistant staphylococcus in France : emergence of a single clone that produces Pantone-Valentine Clin Infect Dis 2002 Oct 1 ; 35 (7) : 819-24
4. British Society for Antimicrobial Chemotherapy and Hospital Infection Society. Guidelines on the control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in the community. J Hosp Infect 1995 ; 31 : 1-12.

MALADIES A PRIONS

- 1- Circulaire n° 138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.
- 2- Circulaire N°DGS/SD5C/DHOS/E2/DRT/CT1/CT2/2004/382 du 30 juillet 2004 relative aux précautions à observer dans les services d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie,

les chambres mortuaires et les laboratoires de biologie spécialisés ATNC, vis à vis du risque de transmission des agents conventionnels (ATC) et non conventionnels (ATNC)

3- Dormont D. Les maladies à prions maladies émergentes et risques pour la santé publique. XIVème journée de l'Ordre des pharmaciens Bulletin de l'ordre des pharmaciens 373 décembre 2001 : 471-481. <http://www.ordre.pharmacien.fr>

4- La Revue Prescrire. Maladies à prions première partie . 2002 ;226 :204-15. Deuxième partie 2002 ; 228 : 361-72. Troisième partie 2002 ; 233 :755-68.

5- WHO Guidelines on Transmissible Spongiform Encephalopathies in relation to biological and pharmaceutical products. February 2003 WHO/BCT/QSD/03.01

6- Hilton DA, Fathers E, Edwards P, Ironside JW, Zajicek J. Prion immunoreactivity in appendix before clinical onset of variant Creutzfeldt- Jakob disease. Lancet 1998 ; 352 :703-04

7- Les maladies à prions sur le web :

Recherche : <http://www.inserm.fr/prions>. Surveillance (Institut National de veille sanitaire InVS) : http://www.invs.sante.fr/publications/mcj/intro_mcj.html

Travaux de l'Afssaps : <http://www.afssaps.sante.fr> (Rubrique : rôle et mission / Groupes de travail : Evaluation des dispositifs médicaux vis à vis du risque de transmission des agents transmissibles non conventionnels (ATNC). Dossier et foire aux questions concernant la circulaire n°138 du 14 mars 2001 : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/vache/index1.htm> (dossier ESST).

MATERIEL A USAGE UNIQUE

1. Vanaquier M-F. Audit sur l'hygiène du cabinet médical en médecine générale. Thèse Poitiers 1994.
2. Segard L. Propositions sur les aspects qualitatifs, pratiques et économiques de la désinfection et de la stérilisation des instruments de sutures et des spéculums dans les cabinets de médecine générale. Thèse Paris 12 Créteil 1997.
3. Baudriller N. Hygiène en médecine générale : commencer par décontaminer. Rev Prat Médecine générale. 2001 ; 551:1833-6.
4. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France – Comité technique national des infections nosocomiales. Désinfection des dispositifs médicaux. Guide de bonnes pratiques. 1998. 133 p.
5. Circulaire n°DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.
6. Art. L 5211-1 du Code de la Santé Publique (définition du dispositif médical).
7. Circulaire DGS/SQ3/DGS/PH2-DH/EM1 n°51 du 29 décembre 1994, relative à l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique.
8. Lettre-circulaire n°964785 du 2 septembre 1996 relative aux dispositifs auto-piqueurs utilisés pour la détermination de la glycémie capillaire et risque potentiel de contamination par voie sanguine.
9. Note de l'Afssaps du 24 mai 2002 (Réactovigilance) - Recommandations aux professionnels de santé pour l'utilisation partagée des lecteurs de glycémie.

DESINFECTION ET STERILISATION

1. . Liste Positive Désinfectants 2005. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). HygièneS 2005 ,volume XIII, numéro 3 ou sur sfhh.net
2. Parneix P. Est-il licite d'utiliser un stérilisateur type Poupinel en médecine de ville. Le Concours Médical 1999 ; 981-2.
3. Arrêté du 11 décembre 1998 relatif aux stérilisateurs à billes.
4. Bonnes pratiques de Stérilisation : CCM-GPEM/SL. Stérilisateurs à la vapeur d'eau pour charges à protection perméable. Guides et documents type annexe : Bonnes pratiques de stérilisation. Fascicule n°5708. Journaux Officiels, 1993.
5. Le décret n°2001-1154 du 5 décembre 2001 relatif à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité des dispositifs médicaux
6. Norme NF EN 554 : Validation et contrôle de routine pour les stérilisateurs à vapeur d'eau (indice de classement S 98-105). Octobre 1994.
7. Norme NF EN 867-3 : Systèmes non biologiques destinés à être utilisés dans des stérilisateurs : partie 3 :Spécifications pour les indicateurs de la classe B destinés à être utilisés dans l'essai de Bowie-Dick (Indice de classement S 98-003). Juin 1997.
8. Projet de norme pr EN 867-4 : Systèmes non biologiques destinés à être utilisés dans des stérilisateurs :partie 4 : Spécifications relatives aux indicateurs utilisés en alternative à l'essai de Bowie-Dick pour la détection de la vapeur d'eau (Indice de classement S 98-006). Février 2001.

9. Décision du 18 juin 2001 portant interdiction de réutilisation des pinces à biopsie endoscopique digestive J.O. Numéro 150 du 30 Juin 2001 page 10403.
10. Le Coz A., Mallaret M.R., Pautin. : Traitement des dispositifs médicaux p45-62 dans Guide d'hygiène et soins ambulatoires Editions Frison-Roche
11. Décret n°1199 du 13 décembre 1999 relatif aux équipements sous pression.
12. Norme EN 13060
13. Afssaps : Contrôle du marché des laveurs-désinfecteurs d'endoscopes www.afssaps.sante.fr/infos/recos du 17/02/2004
14. Afssaps : Contrôle du marché des désinfectants à base d'acide peracétique pour la désinfection manuelle des dispositifs médicaux thermosensibles www.afssaps.sante.fr/infos/recos du 19/05/2004

DESINFECTION

1. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France – Comité technique national des infections nosocomiales. Désinfection des dispositifs médicaux. Guide de bonnes pratiques. 1998. 133 p.
2. Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5/2003 N°591 du 17/12/2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclaves dans les lieux de soins.
3. Circulaire n° DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.

DIFFERENTS SOINS

1. Comité Technique National des Infections Nosocomiales, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'Etat à la Santé. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Paris : CTIN ; 1999.
2. Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Recommandations pour la pratique clinique médicale et infirmière. Dispositifs intra-veineux de longue durée. Sites implantables – cathéters à émergence cutanée. Paris : APHP ; 1995.
3. Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Les guides de l'AP-HP : Hygiène hospitalière, Fiches techniques. Ed. Lamarre ; 1999.
4. Lettre circulaire DH/EM1 96-6225 du 28 octobre 1996 relative à la sécurité des dispositifs médicaux. Utilisation des chambres à cathéters implantables et des aiguilles.
5. Hugard L. Hygiène et soins infirmiers, Ed. Lamarre ; 2000, 152 pages.
6. Guide des matériels de sécurité, GERES, INRS., Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés Edition -2004.
7. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Paris, réédition 2003
8. Recommandations en matière d'hygiène et de désinfection pour la prise en charge des patients insuffisants respiratoires à domicile par les SARD. ANTADIR 2000 (<http://www.antadir.asso.fr>).
9. Bonnes pratiques relatives à l'utilisation des canules de trachéotomie à domicile. ANTADIR 2000 (<http://www.antadir.asso.fr>).
10. Recommandations professionnelles pour les pratiques de soins : Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation à domicile. Mai 2000 ANAES.
11. CCLIN Ouest Hygiène des soins infirmiers en ambulatoires version 2002

EXPOSITION AU SANG ET MATERIEL PIQUANT ET TRANCHANT

1. Bouvet E., Casalino E, Calvez V, Laporte A, Tarantola. Accidents d'exposition au VIH. Bases scientifiques et recommandations pour la prise en charge. Editions Bash Paris, 1999.
2. Dormont J. prise en charge des personnes atteintes par le VIH in Rapport 1996, Edition Flammarion 1996 ;118-131.
3. Circulaire DGS/DHOS/DRT n°2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antiretroviral après exposition au risque de transmission du VIH et circulaire DGS/DH N°98/249 du 20 avril 1998 relative à la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
4. Evans BG, Abiteboul D. Bilan des infections professionnelles par le VIH dans le monde. Les données de la littérature jusqu'en 1997. Eurosurveillance 1999, vol 4.
5. Lot F, De Benoist A, Tarantola A, Yazdantah Y, Domart M. Infections professionnelles par le VIH et leVHC en France chez le personnel de santé. Le point au 30/06/1999. BEH 1999 ; 18 : 69-70.

7. Comité technique National des Infections Nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, 2ème édition, 1999.
8. Circulaire DH/SI2-DGS/VS3 n°554 du 1er septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés.
9. Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n°2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés.
10. Calendrier vaccinal 2005 avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France BEH du 5 juillet 2005 n°29/30
11. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
12. Circulaire DGS/DH/DRT n°99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.
13. Guide VIH et hépatites : Prévention du VIH et des hépatites chez les professionnels de santé – 100 questions que se posent les soignants. AP-HP, GERES, VIH Info Soignants. Publication MNH, novembre 1999.
14. Les Accidents d'exposition au sang HYGIENES volume XI n°2 Mai 2003.
15. Guide des matériels de sécurité, GERES, INRS., Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés Edition -2004

DASRI

1. F.Van Ingen: Généralistes, comment jeter vos dix kilos annuels de déchets de soins ». Impact médecin Hebdo,2001 ;557 :75-76.
2. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction générale de la Santé – Direction des hôpitaux « Elimination des déchets d'activités de soins à risques. Guide technique » Paris, décembre 1998 : 45 pages.
3. AFNOR « Norme NF X30-501-Emballage des déchets d'activités de soins - Sacs pour déchets mous à risques infectieux- Essais et spécifications »février 2001 : 18 pages.
4. AFNOR « Norme NF X30-500-Emballage des déchets d'activités de soins - Boîtes et mini-collecteurs pour déchets perforants - Spécifications et essais »décembre 1999 : 16 pages.

IV / BIBLIOGRAPHIE : ARTICLES RÉALISÉS PAR LA REVUE PRESCRIRE

1 Revue Prescrire. **Les infections liées aux soins ambulatoires : recommandations pour la pratique.** N° 212 décembre 2000.

2 La Revue Prescrire. **Maladies à prions** première partie . 2002 ;226 :204-15. Deuxième partie 2002 ; 228 : 361-72. Troisième partie 2002 ; 233 :755-68.

3 Prescrire-rédaction « infections liées aux soins. Première partie : « **Situations à risques et sources de contamination** » 2000 ; 20 (212) : 839-847.

4 Prescrire-rédaction « infections liées aux soins. Deuxième partie : « **reconnaître les patients à risques élevés** » 2000 ; 20 (212) : 847-852.

5 Prescrire-rédaction « **Limiter le risque d'hépatite B.** Revue prescrire 1999 ; 19 (198) : 607

6 Revue Prescrire. « **Les vaccinations obligatoires des personnels de santé** ». 1999;19 (201) :869

7 Revue Prescrire. « **Les chambres d'inhalation en pratique**». 1994;14 (143) : 486-488.

8 Prescrire-rédaction « **Circulaire : Attention aux boîtes de déchets médicaux perforants**» 1999 ; 19 (194) : 303.

9 Prescrire-rédaction «**Déchets médicaux : modalités d'entreposage et de sous-traitance** » 2000 ; 20 (202) : 66.

10 Prescrire-rédaction «**Élimination des Déchets médicaux en ville** : en attendant le décret ... » 1997; 17 (169) : 50-53.

11 Prescrire-rédaction «**Médicaments non utilisés** : détruire ou recycler ? » 1997; 17 (176) : 599-603.

12 Prescrire-rédaction «**l'hypochlorite de sodium une arme majeure contre le HIV**» 1996; 16 (158) : 8-9.

V / TRAVAUX REALISES PAR LES URML

La qualité de l'accueil dans les cabinets de médecine générale en région Rhône-Alpes
URML Rhône-Alpes 20 rue barrier 69006 Lyon site : <http://www.urmlra.org>

Guide technique du Ministère de l'emploi et de la solidarité sur l'élimination des déchets d'activité de soins à risques Déchets médicaux URML Aquitaine - réalisation en cours
Partenaires : Conseil Général, CUB Etudes URML Aquitaine. Site : <http://www.urmla.org>

Déchets médicaux : mise en place d'une filière d'élimination des DASRI URML - Basse Normandie - 1997-2000

Implantation en Basse-Normandie 16 points de collecte en apport volontaire permettant, au moindre coût, le dépôt à volonté des déchets produits par les professionnels de santé libéraux de la région.
Partenaires : ADEME, DRASS et DDASS, CITE+ et SITA Document disponible format papier.
Etudes URML Basse Normandie. Site : <http://www.urml-bn.org/index.htm>

Guide sur la collecte et le traitement des déchets médicaux en région Centre URML Centre - 1997 - 1999

- Sensibilisation des médecins à l'obligation d'élimination des déchets de soins.
- Après appel d'offres auprès des collecteurs, faire part aux médecins du mieux disant avec les tarifs proposés.
Document disponible format papier.
Etudes URML Centre. Site : <http://www.urml-centre.org/>

Déchets d'activité de soins URML Champagne-Ardenne - 1997

Etat des lieux de la filière d'élimination des déchets de soins par les médecins libéraux
Partenaire : Préfecture
Etudes URML Champagne-Ardenne. Site : <http://www.upml.fr/cham-ardennes/>

Convention de collecte et de transport de déchets d'activités de soins à risques infectieux URML Limousin - 1996-2000

Participation de l'URML au coût d'enlèvement à domicile des déchets d'activités de soins des médecins libéraux.
Partenaire : La Boîte à Papiers (entreprise d'insertion)
Document disponible format papier.
Etudes URML limousin. Site : <http://www.caducee.net/limousin>

Elimination des déchets médicaux URML Picardie - 1998

Elaboration d'une plaquette sur les obligations des professionnels de santé et recensement des prestataires de services dans ce domaine.
Etudes URML Picardie. Site : <http://www.upml.fr/picardie/index.html>
Le recensement du travail des URML sur le sujet est également disponible sur le site Internet de l'URML-IDF : <http://www.urml-idf.org> (mise à jour du 2 mars 2001).

VI / GUIDES ET OUVRAGES A LIRE

- 1 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Guide de prévention de la transmission des maladies infectieuses. Stomatologie - Odontologie, Décembre 1997.
- 2 Comité Technique National des Infections Nosocomiales, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'Etat à la Santé. Isolement technique. Recommandations pour les établissements de soins, 1998.
- 3 Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France – Comité Technique National des Infections Nosocomiales, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. **Guide de bonnes pratiques – Désinfection des dispositifs médicaux**, 1998. 133 pages
- 4 Comité Technique National des Infections Nosocomiales, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'Etat à la Santé. **100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales**. Paris : CTIN , 1999.
- 5 Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, Comité Technique des Infections Nosocomiales. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes au antibiotiques. Recommandations pour les établissements de santé, 1999.
- 6 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Guide technique : Elimination des déchets d'activités de soins à risques, 1999. 45 pages
- 7 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, GERES, INRS. **Guide des matériels de sécurité**, Edition 2004.
- 8 **Guide juridique sur l'élimination des déchets d'activité des soins produits par le médecin libéral**. <http://www.urml.idf.org> rubriques études.
- 9 Association Médicale de Perfectionnement post-Universitaire de Meurthe-et-Moselle (AMPPU) **Comment réduire le risque infectieux au cabinet médical** Nancy, 1990.
- 10 Fédération Régionale des Associations de Formation Médicale Continue de Bretagne, (UNAFORMEC) et Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales de l'Ouest. **Réduire le risque infectieux au cabinet médical**. 1996.
- 11 CCLIN Ouest. Réduire le risque au cabinet médical 1999, 40 p.
- 12 Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie. Paris, Décembre 1997.
- 13 Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH) Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Paris, Mai 1998.
- 14 L'Antiseptoguide. Guide d'utilisation des antiseptiques. Badikrian L, Boïko-Alaux V, Laveran H, Chopineau J. Edition Tabloïd Communication, Juin 1998.
- 15 Fleurette J, Freney J, Reverdy Antiseptie et désinfection. Editions ESKA Paris, 1995.
- 16 Fleurette J, Freney J, Reverdy ME, Tissot Guerraz F **Guide pratique de l'antisepsie et de la désinfection**. Editions ESKA Paris, 1997.
- 17 Le Coz-Iffennecker A, Mallaret M R, Pautin N « **Guide d'hygiène et soins ambulatoires** » Editions Frison- Roche, Paris, Juin 2000.
- 18 Hugard L. **Hygiène et soins infirmiers**. Editions Lamarre, 2001.
- 19 Philippe L. Hygiène et stérilisation en cabinet de podologie : recommandations de pratique courante. Fédération Nationale des Podologues.
- 20 Liste Positive Désinfectants 2005. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). Hygiènes 2005 volume XIII numéro 3 ou sur internet : sfhh.net.
- 21 CCLIN Ouest « **Hygiène des soins infirmiers en ambulatoires version 2002** »
- 22 Lucas-Baloup « **Infections nosocomiale 40 questions sur les responsabilités encourues** » disponible auprès de l'appel du livre, 105 rue de Charonton 75012 PARIS
- 23 Lucas-Baloup «**50 questions sur La matériovigilance** » Edition SCROF Evreux 1996 384 pages
- 24 Cariou S. et coll « **Décontamination, bionettoyage, désinfection, stérilisation** » MASSON, paris 2000 ;96-123
- 25 Le Coz-Iffennecker A. et coll « architecture et hygiène de l'environnement » in « guide d'hygiène et soins ambulatoires » Edition Frison Roche 2000 : 65-70

VII / ADRESSES UTILES

Comité technique national de lutte contre les infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS)

Président Professeur Gilles Beaucaire Chef de service de gestion du risque infectieux Pavillon Christiaens Hôpital A. Calmette CHRU DE LILLE Bvd du Professeur Gilles Leclercq 59037 LILLE CEDEX tél. : 03.20 44.52.54.
fax. : 03.20 44.49.42. e-mail : g-beaucaire@chru-lille.fr

Cellule nationale des infections nosocomiales

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.
Direction Générale de la Santé/Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
14 avenue Duquesne 75350 PARIS 07SP tél. : 01.40.56.51.38 fax. : 01.40.56.50.56 ou
01.40.56.50.89 e-mail : DGS-SD5C-CELL-NOSOCOMIALE@sante.gouv.fr <http://www.sante.gouv.fr>

Institut National de Veille Sanitaire

12, rue du Val d'Oise 94415 Saint- Maurice cedex <http://www.invs.sante.fr/>

Centre interrégional de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

C-CLIN Sud-Est Pavillon 1M Centre hospitalier Lyon-Sud 69495 Pierre-Bénite cedex tél :
04.78.86.19.71 fax : 04.78.86.33.31 e-mail : cclinse@uheim.univ-lyon 1.fr

Nosobase

Base documentaire inter C-CLIN
<http://www.univ-lyon 1.fr/LyonSud/nosobase/nosobase.htm>

Haute Autorité de Santé (HAS)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex Tél. direct : 01 55 93 71 09 –Fax :
01 55 93 74 34 - <http://www.has-sante.fr>

Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES)

Faculté de médecine Xavier Bichat 16, rue Henri Huchard BP 416 75870 Paris cedex 18
tél : 01.44.85.61.83 fax : 01.44.85.62.45 E-mail : geres@imaginnet.fr <http://www.geres.org>

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps)

Département des dispositifs médicaux Unité d'évaluation 143/147 Boulevard Anatole France 93200
SAINT DENIS Cedex
tél. : 01.55.87.30.00 fax : 01.55.87.36.12 <http://www.afssaps.sante.fr>

AFNOR

Pôle NORM'INFO 11 avenue Francis de Pressensé 93571 Saint-Denis la Plaine
<http://www.norinfo@afnor.fr>

Direction des Journaux Officiels

26 rue Desaix 75 725 Paris cedex 17 <http://www.info@journal-officiel.gouv.fr>

Fédération ANTADIR <http://www.antadir.asso.fr>