

## SOMMAIRE

<b>EVALUATION DE LA REVUE NOSO-NEWS .....</b>	<b>1</b>
<b>LE CONGRES DE LA SFHH A PARIS EN JUIN 2003.....</b>	<b>3</b>
<b>LE SOIGNANT PORTEUR DU VIRUS DE L'HEPATITE C.....</b>	<b>4</b>
<b>LA GALE NOSOCOMIALE ET L'IVERMECTINE.....</b>	<b>6</b>
<b>PRINCIPAUX TYPES DE GANTS .....</b>	<b>8</b>
<b>INFORMATIONS DU C.CLIN-OUEST.....</b>	<b>10</b>
<b>AGENDA.....</b>	<b>11</b>

## EVALUATION DE LA REVUE NOSO-NEWS

Dans le cadre des évaluations et de la relation « clients-fournisseurs », le C.CLIN-Ouest a voulu évaluer l'impact de la revue NOSO-NEWS. Un questionnaire était joint dans le dernier numéro de la revue (n°27) et destiné aux lecteurs des 976 exemplaires adressés. Dans la mesure où éventuellement une revue peut être lue par plusieurs lecteurs, des photocopies des questionnaires étaient possibles. La saisie a été faite par Jocelyne Bourgeois et l'exploitation par Bernard Branger. Les pourcentages sont arrondis à l'unité.

105 réponses ont été reçues soit 11 % des 976 envois. La figure 1 montre les fonctions des répondants. Il s'agit essentiellement de présidents de CLIN et d'hygiénistes. Les autres fonctions se répartissaient de la manière suivante : cadre, documentaliste, IBODE, médecin inspecteur ou conseil....

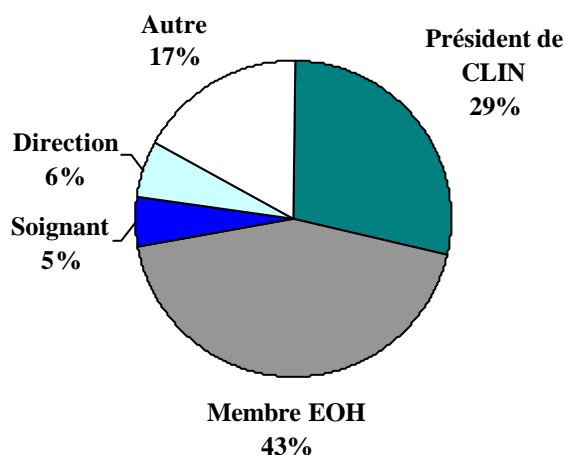
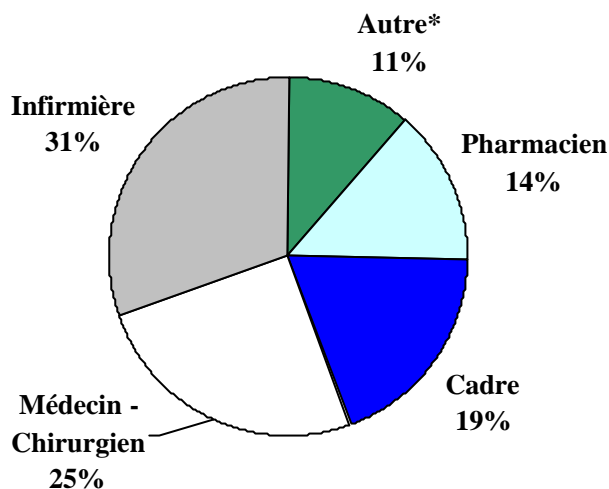


Figure 1 : Fonctions des 105 répondants

Les établissements des personnes ayant répondu étaient les suivants : 61 % un établissement public, 8 % un établissement PSPH et 27 % établissement privé. Dans l'ordre de fréquence, il s'agissait d'un CH (37 %), d'une clinique MCO ou d'un établissement de psychiatrie (12 %), d'un hôpital local (10 %), d'un CHU (8 %), d'un établissement de SSR (7 %), ou d'un autre type (centre anti-cancéreux, HAD avec 9 %).

La figure 2 montre les professions des répondants. Ce sont essentiellement des cadres et des infirmières et, dans une moindre mesure, des médecins qui ont répondu.

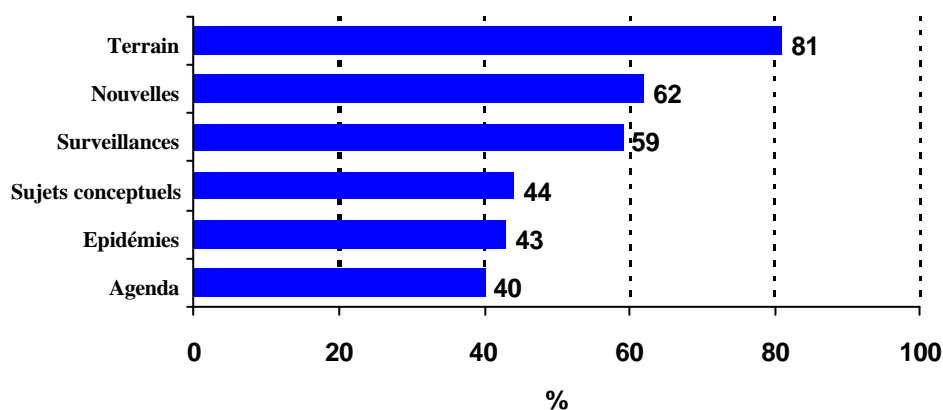


\* Aide-soignante, équipe de direction, directeur, cellule qualité

**Figure 2 : Activité des répondants**

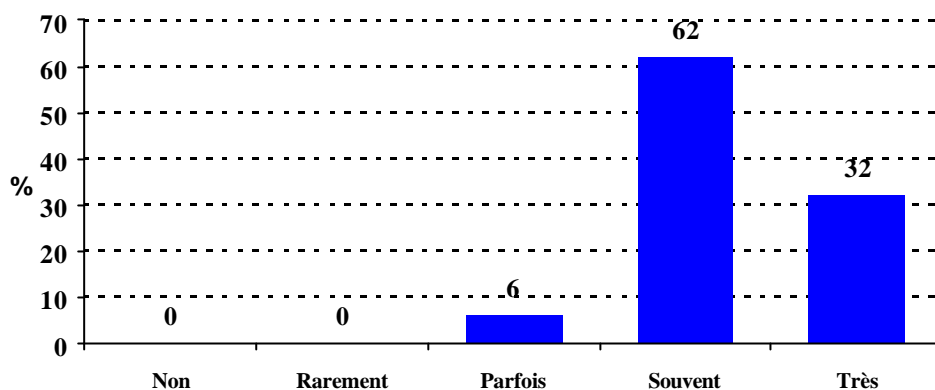
Dans 85 % des cas, la revue est reçue à titre personnel et dans 15 % par l'intermédiaire d'autres personnes comme la direction, ou le président de CLIN. D'autre part, une fois reçue, la revue est transmise dans 62 % des cas à d'autres personnes (président de CLIN dans 8 cas, EOH dans 19 cas, direction dans 5 cas, documentation dans 18 cas et autres services dans 17 cas).

Les sujets qui intéressent les lecteurs sont montrés à la figure 3. Les pourcentages sont établis pour chaque critère sur les 105 répondants. Ce sont essentiellement les articles de terrain (expériences, aspects opérationnels) et les nouvelles qui retiennent l'attention.



**Figure 3 : Sujets qui intéressent les lecteurs**

Dans l'ensemble, sur une échelle de 1 à 5, NOSO-NEWS recueille la note de 4,3 (figure 4) avec 94 % de «souvent intéressant » et « très intéressant ». Il n'y a pas de différences d'appréciation selon le type d'établissement ou la fonction du lecteur, ni si le lecteur reçoit directement ou non, ni s'il a Internet ou non.



**Figure 4 : NOSO-NEWS est-il intéressant ?**

Le format papier, qui est lourd à gérer, pourrait évoluer sur un support télématique, d'autant qu'un annuaire électronique des correspondants du C.CLIN-Ouest est en cours (courrier de mai dernier et page 4). Si NOSO-NEWS n'était disponible que sur Internet, 24 % le consulteraient régulièrement, 52 % le liraient mais voudraient être avertis de sa parution, 12 % ne pourraient pas le lire en l'absence d'accès Internet et 10 % restent attachés au format papier.

D'autre part, 47 personnes ont répondu que certains sujets les intéresseraient : sur les 37 sujets évoqués, on trouve la formation, l'architecture, la bactériologie, des expériences concrètes, la surveillance, l'isolement, les procédures. Enfin, 8 personnes pourraient proposer des articles dans les mois à venir.

En conclusion, le taux de réponses faible (11 %) pose question. Il est difficile de savoir si les non-répondants lisent ou non la revue reçue, ou s'ils sont satisfaits ou indifférents, ou bien s'ils n'ont pas pris le temps de répondre, ou encore si la revue leur paraît correspondre à leur attente...

Cependant, les rédacteurs de la revue peuvent être satisfaits des réponses apportées et la revue doit continuer à paraître avec son rythme de 4 numéros par an. Le format papier doit être maintenu, même si un format électronique, pour ceux qui ont un accès Internet, pourrait être proposé. Les expériences et les articles de terrain suscitent le plus d'intérêt : alors, mesdames, messieurs du terrain, à vos plumes (ou votre clavier...) pour nous faire part de votre travail, de vos succès et, peut-être même, de vos échecs ?

*Bernard Branger, C.CLIN-Ouest*

### **LE CONGRES DE LA SFHH A PARIS EN JUIN 2003**

L'équipe du C.CLIN-Ouest a sélectionné, de manière subjective, quelques sujets qui l'ont intéressée. N'hésitez pas à nous faire des remarques pour le prochain numéro.

**La préparation cutanée de l'opéré** est en pleine réflexion. Les recommandations élaborées depuis une dizaine d'année restent d'actualité, mais des preuves basées sur des articles scientifiques doivent être apportées. C'est le sens de l'étude de J. Hajjar avec une revue de la littérature sur ce sujet. Les points retenus restent les suivants : les taux d'infections de site opératoire les plus bas sont observés chez les patients n'ayant pas eu de dépilation et, chez les malades dépilés, lorsque la dépilation a eu lieu juste avant l'intervention. La toilette pré-opératoire avec un savon antiseptique réduit certainement la quantité de microbes au niveau de la zone opératoire, mais il n'y a pas de preuve indiscutable de la réduction des taux d'ISO. La désinfection du champ opératoire doit privilégier les antiseptiques majeurs (iode,

chlorhexidine, produits chlorés) et si possible alcooliques ; la déterision préalable est indispensable.

**Les normes pour les salles d'opération** sont actualisées avec la révision de la norme NF S 90-351 parue précédemment en 1987 et qui a été entièrement refaite en juin 2003\*. M. Guey des Hospices Civils de Lyon a longuement exposé les principaux points de cette norme. Seul point de regret : il n'y a pas de normes faisant correspondre un niveau d'asepsie de la chirurgie, des exigences de niveau de particules ou de micro-organismes dans l'air et le traitement d'air nécessaire. En d'autres termes, ce sera aux CLIN de décider pour la pose de prothèses de hanche, par exemple, le niveau d'exigence de contamination de particules dans l'air et le traitement d'air correspondant à cette exigence... Rappelons enfin que c'est désormais la classification dite ISO (de 1 à 9) qui régit le classement de la propreté de l'air dans les salles propres pour les particules de 0,1 µ à 5 µ.

**La biocontamination des surfaces** commence à être mieux connue et analysée en fonction de la qualité des matériaux, des propriétés physico-chimiques de surface des cellules microbiennes, des supports.. L'étude des produits détergents ou désinfectants en est le corollaire. La présentation était de Mme Bellon-Fontaine de l'INRA.

**Des communications** ont traité les sujets suivants : épidémies d'hépatites C en hémodialyse et au bloc opératoire (produits d'anesthésie), mortalité liée aux infections nosocomiales, laveurs-désinfecteurs (cahier des charges), légionellose dans un hôpital neuf, les représentations par les soignants des infections nosocomiales..

**Des posters** nous ont marqués : un prix du poster a été obtenu par le RHC du Centre sur l'évaluation des pratiques d'hygiène en anesthésie. D'autres sujets ont été relevés : le double nettoyage des endoscopes, le portage nasal des patients en réanimation (26 % à l'entrée et 25 % des non-porteurs à la sortie, sur 81 patients) et en moyen séjour (90 % à l'entrée chez les malades dépendants), des otites à *P aeruginosa* chez des nouveau-nés en maternité, des *Legionella pneumophila* dans des fontaines réfrigérantes, différence entre l'observation (12 % des opportunités) et la déclaration (28 %) de l'utilisation des SHA en réanimation, sous-estimation des ISO en gynécologie-obstétrique (2,8 % à la sortie et 4,0 % après rappel téléphonique). Le texte résumé des communications et des posters sont disponibles au C.CLIN.

**Dans les stands**, nous avons remarqué un outil pédagogique pour l'application de solutions hydro-alcooliques (SHA) : une lumière ultra-violette permet de repérer les zones où la friction de SHA (imprégnée de poudre visible aux UV) n'a pas été pratiquée. Dans un autre domaine, un nouveau procédé au gaz plasma permettrait de désinfecter ou même de stériliser les dispositifs thermo-sensibles ; il est en attente de validation, en particulier sur les prions.

*Bernard Branger, Hélène Sénéchal, Marie-Alix ERTZSCHEID,*

\* Rappelons que le C.CLIN-Ouest ne peut pas transmettre le texte des normes AFNOR : elles sont disponibles, moyennant un paiement, auprès de l'AFNOR (voir à [www.afnor.fr](http://www.afnor.fr)).

## **LE SOIGNANT PORTEUR DU VIRUS DE L'HEPATITE C**

Le C.CLIN-Ouest a été sollicité à plusieurs reprises pour donner un avis sur la conduite à tenir en cas de soignant (infirmière, médecin, chirurgien) porteur du virus de l'hépatite C (HCV). La question généralement posée est la suivante : est-ce que le soignant peut continuer à soigner ? Si oui, dans quel type de poste et avec quelles précautions ? Les différentes instances officielles ont des difficultés pour répondre sur un cas précis. En effet, s'il est établi que le soignant ne peut pas faire des soins en raison du risque de contamination, alors il faut dépister tous les soignants des établissements de soins en France (600 000 personnes..). Si, a contrario, le soignant peut continuer à soigner, alors en

cas de contamination d'un patient, la responsabilité des autorités est engagée. Alors, que peut-on en penser ?

### **Un risque réel mais variable**

Les données de la littérature permettent de documenter le risque d'un chirurgien HCV + à un patient opéré. Les facteurs de transmission semblent être l'importance de l'intervention (il s'agit le plus souvent d'interventions dites lourdes comme la chirurgie cardiaque ou l'orthopédie), le statut viral du praticien et sans doute l'existence d'un accident d'exposition au sang (AES). Le taux de transmission va de 0.00018 % en cas de risque inconnu à 0.014 % si le chirurgien est ARN positif jusqu'à 0.36 % et 0.48 %<sup>1</sup> dans d'autres publications (soit de 1 risque pour 500 000 interventions à 1 risque pour 200 interventions, à moduler en fonction des intervalles de confiance). Le risque lié aux soins en dehors des interventions chirurgicales n'est pas connu.

Les textes réglementaires en vigueur sont nombreux mais ne répondent pas directement à la question. Ce sont essentiellement la loi du 4 mars 2002, la Décision du 19 avril 2000 du directeur de l'Institut de veille sanitaire relative à l'informatisation de la surveillance des contaminations professionnelles VIH et VHC chez le personnel de santé, la Circulaire 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, la Circulaire DH/SI2-DGS/VS3 n° 554 du 1er septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés, la Circulaire DGS/DH - N° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé, et les « 100 recommandations » du CTIN.

Les articles consultés dans la littérature montrent que, jusqu'à récemment, aux USA un chirurgien HCV + pouvait opérer par analogie avec le cas de chirurgiens HBV + mais Ag Hbe négatif. Cependant, dans un article de 2000<sup>2</sup>, les auteurs se demandent si cette attitude ne devrait pas être revue, mais ils ne franchissent pas le pas qui consisterait alors à tester tous les chirurgiens pour connaître leur statut viral HCV. Au total, ils concluent que des précautions habituelles de prévention doivent être prises pour limiter la transmission (précautions standard).

D'autres questions se posent également. Selon la loi du 4 mars 2002, les patients doivent être informés du risque de transmission d'hépatite C avant l'intervention. Une telle exigence représenterait une difficulté de mise en œuvre « ingérable ». En effet, l'information du statut viral du praticien auprès du patient pourrait rentrer dans le cadre du devoir d'information et un contrôle sérologique du patient à distance vis-à-vis du virus HCV pourrait s'envisager. Il faut mesurer les conséquences de telles décisions, d'une part, vis-à-vis du chirurgien et de la confidentialité de sa maladie, et d'autre part, vis-à-vis du patient averti de cet état de fait. D'autre part, en cas d'AES, la procédure habituelle est à entreprendre vis-à-vis du patient avec le suivi sanguin.

De plus, lorsqu'est découverte la positivité HCV d'un soignant, on peut penser que des patients ont pu être contaminés précédemment au cours de soins ou d'interventions réalisés par ce soignant, et ce dans des proportions inconnues en l'absence de données sur le risque et sur l'évolution du statut viral du soignant. Le rappel de patients exposés à ce risque peut se proposer.

### **Continuer à soigner ?**

La reprise ou la continuité du travail pourrait être conditionnée par exemple aux éléments suivants : la charge virale du soignant doit être faible ou nulle (avec ou sans traitement) avec un contrôle régulier selon un rythme à décider avec les hépatologues. S'il s'agit d'un chirurgien, les pratiques chirurgicales peuvent être essentiellement endoscopiques ce qui permet d'être plus à distance du lit vasculaire du patient et de limiter les AES, assertion non argumentée par des données scientifiques si ce n'est l'absence de transmission publiée en cas de coeliochirurgie. D'autre part, il n'y a pas d'autres précautions à prendre que les précautions standard pendant les interventions puisque aucune recommandation

n'est préconisée en l'absence de connaissance du statut viral des opérateurs en France en général. Le port de double gants semble limiter cependant le risque de perforation<sup>3</sup>.

Enfin, puisque le risque de séroconversion HCV chez un patient est possible, les responsabilités doivent être déterminées à l'avance avec la direction et la compagnie d'assurance de l'établissement pour le public ou celle du soignant pour le privé. La décision d'information de sa direction et de sa compagnie d'assurance doit être aussi pesée en raison, là aussi, de la confidentialité de la maladie et du risque de décision irrévocable d'une ou des deux compagnies (rupture de contrat..).

Au total, le cas du soignant porteur HCV, en particulier l'IBODE ou le chirurgien, représente une difficulté réelle pour les hygiénistes, les médecins du travail, les hépatologues et les virologues, et un cas de conscience terrifiant pour le soignant lui-même. L'absence de réponse consensuelle actuelle a pour conséquence l'ignorance du statut viral des soignants et l'ignorance du risque pour le patient - c'est-à-dire la politique de l'autruche, et un consensus national ou même international semble nécessaire.

*Bernard BRANGER, C.CLIN-Ouest, Rennes*

#### Références citées

<sup>1</sup> Ross RS et al. Phylogenetic analysis indicates transmission of hepatitis C virus from an infected orthopedic surgeon to a patient. J Med Virol 2002 ;66 :461-7

<sup>2</sup> Cockcroft A. Surgeons who test positive for hepatitis C should not be transferred to low risk duties. Rev Med Virol 2000 ;10 :79-82

<sup>3</sup> Aarnio P et al. Glove perforation rate in vascular surgery : a comparison between single and double gloving. Vasa 2001 ;30 :122-4

## **LA GALE NOSOCOMIALE ET L'IVERMECTINE**

En raison d'une recrudescence des cas de gale dans les établissements de santé et la prise en charge d'une épidémie importante dans notre unité de long séjour, nous avons été amenés sur le Centre Hospitalier Jacques Cœur (Bourges) à revoir la prise en charge de cette pathologie et l'utilisation précoce de l'ivermectine. Utilisée en médecine vétérinaire contre les ectoparasitoses animales depuis de nombreuses années, l'ivermectine possède actuellement trois indications en médecine humaine : la microfilarémie à *Wuchereria bancrofti*, l'onchocercose à *Onchocerca volvulus*, la strongyloïdose (anguillulose) gastro-intestinale. Suite à l'observation anecdotique de l'action de l'ivermectine sur la gale humaine chez des patients atteints de cette maladie mais traités pour onchocercose, des études ont été réalisées afin de connaître l'efficacité de ce principe actif en tant qu'anti-scabieux. Ces recherches ont montré une grande efficacité de l'ivermectine notamment chez les patients atteints de gale croûteuse - pathologie en recrudescence chez les sujets immunodéprimés.

### **1. Diagnostic**

*Sarcoptes scabiei* est un parasite provenant obligatoirement de l'homme, ne se multipliant que sur la peau humaine. Le diagnostic de la gale humaine dans la forme classique est évoqué par un prurit, signe fonctionnel majeur. Il est pratiquement constant, nocturne ou à prédominance nocturne (chaleur du lit), d'abord localisé puis généralisé avec exacerbation aux sites de prédilection, épargnant la face. Les signes physiques sont de deux types : parasitaires et immuno-allergiques. Les signes parasitaires sont les sillons et les vésicules, papules, et sillons scabieux ; ils sont pathognomoniques de la gale humaine avec des traits fins, sinueux de 5 mm de long, de couleur grisâtre ou blanchâtre. Leur topographie est caractéristique dans les espaces interdigitaux et face latérale et dorsale des doigts, bordure palmaire, à la face antérieure des poignets ou à la face postérieure des coudes dans les creux axillaires, les régions sous-mammaires, l'aréole des seins, la région ombilicale, la région fessière (pli sous-fessier), le fourreau de la verge et le gland, et les chevilles.

En fait les signes cliniques les plus fidèles sont la recrudescence vespérale ou nocturne, la topographie antérieure et

symétrique des lésions de grattage et la notion de prurit dans l'entourage. Le diagnostic peut d'aider du prélèvement biologique.

## **2. Le traitement externe du patient**

- SPREGAL® à base de Pyrèthre

Pulvériser sur tout le corps, sauf le visage et le cuir chevelu, en tenant le flacon éloigné de 20 à 30 cm. Pulvériser de haut en bas sur le tronc, les membres de façon à recouvrir toute la surface corporelle, y compris les organes génitaux, sans laisser d'espace non traité (les régions correctement imprégnées devenant immédiatement luisantes). En cas de lésions du visage, les frotter avec un coton imbibé de la solution.

Garder le produit pendant 12 heures, en évitant toute toilette, y compris celle des mains. Au terme des 12 heures, et seulement après 12 heures, se savonner et se rincer abondamment (douche ou bain) pour se débarrasser du produit. En général, un seul traitement suffit. Toutefois, le prurit peut persister pendant 8 à 10 jours après une sédation initiale momentanée; ce prurit postscabieux ne doit pas conduire à des applications répétées. Si passé ce délai, les signes cliniques persistent, il est possible de procéder à une deuxième pulvérisation.

Attention pour les femmes enceintes et les jeunes enfants, le temps de contact des produits doit être adapté. Le traitement de l'environnement de l'agent ainsi que sa famille est à envisager uniquement si l'agent lui-même a la gale. Levée de l'isolement 48 heures après le début du traitement.

- ASCABIOL®

1<sup>ère</sup> application à l'aide de compresses sur la totalité de la surface corporelle y compris les organes génitaux externes, en insistant particulièrement sur les plis, les mains, les espaces interdigitaux, les ongles. 2<sup>ème</sup> application 24 H après la 1<sup>ère</sup> application. Procéder de la même manière que précédemment.

Il faut traiter l'environnement complet de la personne y compris le matelas, les oreillers et le traversin. Le linge de literie, de corps et de toilette de la personne est complètement changé. Après la 2<sup>ème</sup> application d'ascabiol, procéder à une douche ou un bain avec un savon neutre. Rincer soigneusement et sécher de la peau. La levée de l'isolement se fait 48 heures après le début du traitement.

## **3. Le traitement systémique par l'ivermectine (Stromectol® 3 mg)**

L'AMM a été obtenue en avril 2002 dans l'indication « gale sarcoptique ». Ce médicament doit être utilisé seulement lorsque l'infestation parasitaire est certaine ou fortement suspectée. L'ivermectine, lactone macrocyclique structurellement proche des antibiotiques macrolides mais dépourvue d'activité. C'est en 1992 qu'elle a été proposée dans le traitement de la gale chez l'homme, faisant suite à une étude en double aveugle, réalisée en Polynésie Française, comparant une dose unique d'ivermectine, avec un traitement local d'une solution de 10% de benzoate de benzyle. Les résultats étaient étonnants puisque en un mois 70% des malades traités par voie systémique étaient guéris contre 48% des malades traités localement. Les précautions d'emploi sont les suivantes : ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse et en cas d'allaitement, la prescription ne pourra être faite qu'une semaine après la naissance de l'enfant.

La prise du médicament se fait à jeun ( ou au moins 2 heures après la prise de nourriture) ; la posologie est de 200 µg/kg en une prise à jeun par voie orale. La posologie identique de 4 comprimés à 3 mg pour un adulte de 50 à 75 kg. Adapter la posologie au poids pour les personnes <à 50 kg et > à 75 kg. Ne pas prendre de nourriture dans les 2 heures qui suivent son administration. La levée de l'isolement se fait 8 heures après la prise du Stromectol®, et après la douche. Le traitement externe du patient n'est pas nécessaire, mais le traitement des effets personnels est obligatoire.

#### 4. Le traitement des effets personnels du patient et de la chambre

- APAR® : traiter le linge contact et renouveler la literie dans son ensemble. Temps de contact : 2 à 3 heures pour le linge, 12 heures pour la literie

#### Conclusion

Associée à une simplicité d'utilisation (une à deux administrations orales, à une semaine d'intervalle), comparée aux traitements scabicides habituels fort contraignants, les avantages de l'ivermectine semble posséder une grande facilité d'administration, une relative innocuité, une rapidité d'action et une bonne observance par rapport aux autres thérapeutiques.

*O. LEHANI, Centre Hospitalier Jacques Cœur, Bourges*

### PRINCIPAUX TYPES DE GANTS

#### 1. Gants chirurgicaux stériles en latex



**Caractéristiques** : présentation par paire en poche portefeuille, boîte de 50 paires, 8 tailles, forme anatomique main droite+main gauche, manchettes longues, bord roulé ou droit, pré-poudrés ou sans poudre, aspect laiteux.

Indication de coût : 0,43 €

**Avantages** : résistance et solidité, indice de microporosité contrôlé, ajustement à la forme des mains, permet l'exécution de gestes de précision.

**Limites d'utilisation** : possibilité de réactions allergiques à type d'eczéma, d'allergies respiratoires et générales, indications limitées aux actes de chirurgie (bloc opératoire, secteur interventionnel), coût le plus élevé des gants médicaux.

N.B. : Il existe des gants chirurgicaux stériles **sans** latex, ou comportant des traitements particuliers : l'enduction interne en polyuréthane, la chlorination qui facilitent leur mise en place (se renseigner auprès du fournisseur).

#### 2. Gants médicaux stériles en latex



**Caractéristiques** : présentation par paire sous double sachet pelable, forme anatomique main droite+main gauche, manchettes longues et courtes, bords droits, poudrés, aspect laiteux.

Indication de coût : 0,23 €

**Avantages** : résistance et solidité, indice de porosité satisfaisant, ajustement à la forme des mains, permet l'exécution de gestes précis.

**Limites d'utilisation** : possibilité de réactions allergiques à type d'eczéma, d'allergies respiratoires et générales, indications limitées aux gestes aseptiques tels que la réfection des pansements.

N.B. : Il existe des gants médicaux stériles **sans** latex (se renseigner auprès du fournisseur).

#### 3. Gants de soins ou d'examens non stériles en vinyl



**Caractéristiques** : conditionnés en boîte distributrice, gants ambidextres à usage unique, sans poudre ou poudrés, manchettes courtes, lâches, bords ourlés, aspect transparent.

Indication de coût : 0,06 €

**Avantages** : pas de réactions allergiques retardées à type d'eczéma, pas de protéines allergisantes.

**Limites d'utilisation** : possibilité d'allergies à la poudre (amidon de maïs), plus rarement aux plastifiants. Risque de rupture (plus fragile et moins résistant que le latex), pas de demi taille (moins bon ajustement aux mains que le latex), manchettes courtes et baillantes.

#### 4. Gants de soins ou d'examen non stériles en latex



**Caractéristiques** : conditionnés en boîte distributrice, gants ambidextres à usage unique, non poudrés, manchettes courtes, bords droits, aspect laiteux.

Indication de coût : 0,06 €

**Avantages** : résistance et solidité, ajustement à la forme des mains, permet l'exécution de gestes précis.

**Limites d'utilisation** : possibilité de réactions allergiques à type d'eczéma, d'allergies respiratoires et générales, indications pour certains actes nécessitant une dextérité (exemple : prélèvements veineux)..

#### 5. Gants d'examen et de soins non stériles en nitrile



**Caractéristiques** : conditionnés en boîte distributrice, manchettes longues, sans poudre ou pré-poudrés, en nitrile (latex synthétique) gants ambidextres à usage unique, bords roulés, aspect opaque, (coloris bleu, vert).

Indication de coût : 0,10 €

**Avantages** : résistance aux produits chimiques, très bonne qualité de toucher, évite les problèmes d'allergies liées au latex de caoutchouc naturel.

**Limites d'utilisation** : coût plus élevé que les gants non stériles en latex (plus de 66% environ), gants réservés en cas d'allergies au latex et aux gestes nécessitant une protection renforcée, exemple : manipulation de produits chimiques.

#### 6. Gants de protection non stériles en polyéthylène



**Caractéristiques** : présentés individuellement, manchettes longues, plaqué sur une feuille papier, taille unique, gants ambidextres à usage unique, bords soudés, aspect transparent. Indication de coût : 0,03 €

**Avantages** : réservés aux gestes brefs, tels que le change de protection anatomique, l'aspiration endotrachéale.

**Limites d'utilisation** : risque de rupture (le plus fragile de tous les gants), ne conviennent pas pour les gestes de longue durée, pas d'ajustement possible sur les mains.

#### 7. Gants de protection réutilisables en latex dits "gants de ménage"



**Caractéristiques** : distribués par paire, réutilisables ou à usage unique, avec ou sans revêtement intérieur, divers coloris, manchettes longues.

Indication de coût 0,23 €(sans intérieur coton) à 0,91€(avec intérieur coton).

**Avantages** : résistance aux produits chimiques, solidité, souplesse, protection des avant-bras, gants individualisés (inscrire les initiales sur le revers de la manchette).

**Limites d'utilisation** : transpiration et macération selon les modèles et la durée d'utilisation, irritation voire allergie aux composants latex, contraintes d'entretien (rinçage, séchage sur l'envers, lieu de stockage), problème d'hygiène si non individualisés.

N.B. : ce type de gant existe à usage unique.

#### Normes de référence des gants

- Norme AFNOR NF EN 455-1/A1. Gants médicaux non réutilisables. Partie 1 : Détection des trous : prescription et essais, Juin 1998.
- Norme AFNOR NF EN 455-2/A1. Gants médicaux non réutilisables. Partie 2 : Propriétés physiques : prescription et essais, Juin 1998.
- Norme AFNOR NF EN 455-3. Gants médicaux à usage unique. Partie 3 : Exigences et essais pour évaluation biologique, 2000.

*Pour le groupe de travail : Marie-Alix ERTZSCHEID, C.CLIN-Ouest*

#### INFORMATIONS DU C.CLIN-OUEST

- **Groupes de travail en cours** : le document « *Hygiène des soins en urologie* » est en relecture. Le groupe « *Hygiène en maternité* » est en cours . Le groupe « *Plaies et pansements* » est en cours avec trois réunions le 4 et le 18 septembre et le 6 novembre. Les relais régionaux organisent également des groupes de travail; les contacter pour plus de détails.

- **NOSO-DOC n° 23 du 2<sup>ème</sup> trimestre 2003 est paru** : il est disponible auprès des documentalistes et sur Internet.

- **De nouveaux présidents de CLIN** vont être élus à la suite du renouvellement des CME : qu'ils pensent à se faire connaître au C.CLIN-Ouest dès leur élection.

- **Un référentiel d'harmonisation des pratiques en hygiène hospitalière** est en préparation sous la forme d'un guide à l'attention des évaluateurs et des étudiants. Un groupe de travail s'est constitué en 2000 à l'initiative d'Isabelle Le Meur, Infirmière Hygiéniste au CHU de Brest, pour élaborer un outil de référence destiné à harmoniser les pratiques d'évaluation en hygiène lors des mises en situation professionnelle des étudiants infirmiers. Cet outil évolutif est limité aux mesures d'hygiène hospitalière et à la prévention des infections nosocomiales lors de la réalisation des soins techniques pour les patients. Le choix des thèmes a été motivé par les situations ambiguës relevées par le groupe de travail concernant des difficultés d'appréciations tant pour l'étudiant que pour l'évaluateur.

Parmi les thèmes retenus, on peut citer l'hygiène des mains avant et après le soin, la tenue vestimentaire, la prévention des accidents d'exposition au sang, l'utilisation des antiseptiques, le traitement des dispositifs médicaux... Une trame identique a été retenue pour la présentation de l'ensemble des thèmes : objectifs ou principes généraux, critères développés pour les indications et les méthodes. Les indications et méthodes pour chaque thème sont développées en terme de pratiques conformes, acceptables et non conformes. Des fiches informatives viennent compléter ce guide. La fiche informative des principaux types de gants est présentée à titre d'exemple et complète la thématique développée pour le port de gants.

- Des **journées de formation à EPI-INFO 2002** seront organisées en 2003 et 2004 : prendre contact avec B. Branger

### Rappels

- **Communiquez votre adresse électronique** au C.CLIN-Ouest : vous serez mis au courant rapidement des textes parus ou de recommandations. A l'heure actuelle, 250 adresses nous ont été communiquées à la suite de notre courrier de mai 2003. Il en manque certainement.

- **Site web** : <http://www.cclinouest.com>

N'hésitez pas à le consulter et nous faire part de vos remarques. Les diapositives sur le signalement sont actualisées régulièrement. Un forum de discussion y est ouvert; s'inscrire auprès de B. Branger.

- **Pour vos messages au C.CLIN-Ouest**

Lorsque vous adressez un mail à un membre du C.CLIN-Ouest, pensez à mettre votre adresse complète et vos autres coordonnées (téléphone, fax) pour pouvoir vous joindre rapidement. Le mieux est de mettre tous ces renseignements, avec votre nom, comme signature automatique (par défaut dans tous vos messages. Sous Outlook, cliquer « Outils », puis « signature automatique » et écrivez votre nom et vos coordonnées.

### AGENDA

→ **Les isolements septiques en cas de BMR** le *mardi 7 octobre 2003* à Caen. Soirée organisée par le RRH de Basse-Normandie.

→ **Le risque infectieux lié aux prions** le *mardi 14 octobre 2003* à Montlouis en présence de D. Dormont parmi d'autres intervenants. Journée organisée par le RHC du Centre.

→ Journée organisée par l'Association de perfectionnement de l'enseignement de la **vidéo-chirurgie** de l'Ouest (APECO) les 16 et 17 octobre 2003 à la faculté de médecine de Rennes.

→ **XIV<sup>èmes</sup> journées de la Société des infirmiers et infirmières hygiénistes hospitalières de France (SIHHF)** à Lyon les jeudi 23 et vendredi 24 octobre 2003.

→ **Journée d'Hygiène de Brest** le *vendredi 14 novembre 2003*.

→ **Journée « Hygiène en Psychiatrie »** le *jeudi 27 novembre 2003* à Bonneval en Eure-et-Loir. Informations auprès du C.CLIN-Ouest et du Centre Henri Ey – Mme Talbot – 32, rue de la Grève – 28800 BONNEVAL – Tel : 02 37 44 76 00 et auprès de l'Association nationale des hospitaliers pharmaciens et psychiatres (ANHPP).

→ **RICAI** le jeudi 4 et le vendredi 5 décembre 2003 à Paris.

→ **Journées d'Hygiène de Strasbourg** le *lundi 8 et mardi 9 décembre 2003*.

→ Journées francophones des infirmières hygiénistes les 23 et 24 mai 2004 au Luxembourg.

→ **Congrès de la SFHH** à Montpellier les *jeudi 10 et vendredi 11 juin 2004*.

**NOSO-NEWS** : Bulletin du C.CLIN-Ouest. Trimestriel.

**Directeur de la publication** : Pr J. Chaperon.

**Secrétaire de Rédaction** : B. Branger

C.CLIN-Ouest - Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalières - CHU Pontchaillou - 2, rue Henri Le Guilloux - 35033 Rennes cedex 9 - Tel 02 99 28 43 62 – Fax 02 99 28 43 65. E-mail : [bernard.branger@chu-rennes.fr](mailto:bernard.branger@chu-rennes.fr). Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 3<sup>ème</sup> trimestre 2003