

Optimiser la gestion des excreta

Conseils pour prévenir la transmission croisée

CClin-Arlin/Grephh

Avril 2017

Groupe de travail :

- Dr Karine Blanckaert, *pilote du groupe*, Arlin Hauts de France
- Evelyne Boudot, Arlin Languedoc-Rousillon
- Marie-Alix Ertzscheid, CClin Ouest, membre du Grephh
- Dr Pascal Fascia, Arlin Rhône-Alpes-Auvergne
- Dr Sandra Fournier, EOH centrale APHP
- Dr Marine Giard, *pilote du groupe*, CClin Sud Est
- Graziella Guerre, Arlin Bourgogne-Franche-Comté
- Sylvie Jourdain, Arlin Bretagne
- Dr Catherine Laland, Arlin Charente-Poitou, membre du Grephh
- Danièle Landriu, *pilote du groupe*, CClin Paris Nord, membre du Grephh
- Fabienne Lyonnet, cadre hygiéniste, Roannes (42)
- Dominique Matouk, cadre hygiéniste, Nantes (44)
- Brigitte Peltre, cadre hygiéniste, Sarralbe (57)
- Dr Emilie Poirier, Arlin Lorraine

Relecteurs membres du Grephh :

- Dr Martine Aupée, CClin Ouest
- Véronique Delannoy, CClin Sud Ouest
- Nathalie Jouzeau, CClin Est
- Elisabeth Laprugne Garcia, CClin Sud Est
- Dr Loïc Simon, CClin Est
- Dr Delphine Verjat-Trannoy, CClin Paris Nord

Optimiser la gestion des *excreta* en ES et ESMS

Contexte

Les précautions standard (PS) s'appliquent quel que soit le statut infectieux du patient ou du résident. Ce sont les mesures de base de la prévention de la transmission croisée de microorganismes. L'hygiène des mains (HDM), le port de gants, la protection de la tenue professionnelle sont en sont les principes fondamentaux à respecter.

En 2010, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a formulé des recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries productrices de Bétalactamase à spectre étendu (EβLSE) et lutter contre leur dissémination. Il préconise de définir une stratégie de gestion des *excreta* dont la maîtrise de la bio-contamination (1). Ces points critiques sont également rappelés par le HCSP dans les recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHRe) (2).

Un audit national réalisé en 2014 sur la mise en place (organisation, moyens, formation, connaissance) des précautions complémentaires (PC) dont les précautions contact (PCC) a donné des résultats très insuffisants sur les conditions d'élimination des *excreta* (absence de protocole et de formation notamment) ce qui renforce le constat que ce sujet est insuffisamment traité.

Par ailleurs la gestion des *excreta* et de l'environnement, en établissement de santé (ES) et en établissement et structure médico-social (ESMS), est une action prioritaire inscrite dans le programme d'actions et de prévention des infections associées aux soins (Propias) paru en 2015. L'axe 2/thème 2 du Propias indique qu'il est nécessaire de prendre en compte le « péril fécal » dans les différents secteurs de soins (3).

Il apparaît nécessaire de préciser quels sont les éléments indispensables pour la gestion des *excreta*, tant sur le plan matériel qu'au décours des pratiques de soins. Les soins de toilettes ou de changes des patients/résidents dépendants sont fréquents et sont à risque de transmissions croisées. Des études descriptives ont mis en évidence que la proportion de patients/résidents nécessitant ce type de soins varie de 10 à 80% selon les types de service (4).

I. Locaux

Des locaux possédant une ergonomie adaptée contribuent à une meilleure observance des PS et limitent la transmission croisée de microorganismes.

1. Chambre

Tout patient est susceptible d'être porteur d'une bactérie multi-résistante dans son tube digestif, le partage des sanitaires favorise la transmission croisée.

Chambres individuelles : lors de la conception ou de la restructuration des ES ou ESMS, les services doivent être dotés d'un nombre de chambres individuelles suffisant pour prendre en charge tout patient/résident porteur de micro-organismes multi résistants ou à fort potentiel épidémique (E β LSE, *Clostridium difficile*, BHRé,...).

En l'absence de chambres à un lit, il est possible de regrouper des patients présentant la même pathologie infectieuse ou le même risque infectieux (2, 5-9).

La politique d'attribution des chambres doit être anticipée en lien avec les équipes en charge de la prévention du risque infectieux associé aux soins pour tenir compte des contraintes architecturales de l'établissement, de son activité prévisible et de l'accessibilité aux chambres à un lit (9).

Les matériaux (revêtement de sols, murs,...) et les **équipements** sont choisis afin d'optimiser les opérations de bio nettoyage. Les surfaces sont lisses, planes, facilement nettoyables, maintenues en bon état. Il est recommandé d'être vigilant sur l'étanchéité des revêtements et des joints siliconés (10).

La chambre doit être équipée de dispositifs permettant la distribution de produits hydro alcoolique (PHA) pour l'HDM à destination des soignants et des patients/résidents (11).

Les sanitaires : chaque chambre individuelle doit être équipée de sanitaire (12). On entend par sanitaire, un local comprenant une douche, des toilettes à l'usage exclusif du patient/résident et un lavabo (10).

2. Sanitaires individuels et communs

Une attention particulière doit être portée à la conception des sanitaires, lors de constructions nouvelles ou de restructurations. Il est conseillé d'utiliser :

- des WC suspendus, facilitant les opérations de bio nettoyage, et adaptés aux personnes à mobilité réduite.
- les abattants doivent être amovibles, afin de rendre leur entretien par immersion ou en laveur désinfecteur de bassin possible.
- les douchettes de rinçage au sein des sanitaires sont proscrites en raison du risque de dissémination de micro-organismes par projection et aérosolisation des liquides biologiques (2, 8, 10, 13-15). Si des douchettes sont encore présentes au sein des sanitaires des chambres d'hébergement, un plan de retrait doit être envisagé avec la direction de l'établissement en ayant soin d'éviter la création de bras morts fonctionnels favorables à la prolifération de légionnelles (2, 15).

L'utilisation des équipements sanitaires individuels de la chambre (toilettes, douche) est exclusivement réservée à l'usage du patient/résident.

Des toilettes publiques sont disponibles, et signalées pour les visiteurs (entretenues et approvisionnées en papier savon et essuie-mains).

3. Local vidoir/ laveur désinfecteur de bassin

Les équipes en charge de la prévention du risque infectieux associé aux soins doivent être consultées lors de la conception ou de la rénovation des locaux « vidoir » ou utilitaires sales (6). Il est impératif de veiller à la présence d'au moins un local de type « vidoir » équipé d'un laveur désinfecteur de bassin par service de soins ou par unité architecturale ou unité de vie.

On entend par « local vidoir » un espace dédié au nettoyage et à la désinfection du matériel de soins, de nursing et à l'élimination des *excreta*.

Selon les établissements et les contraintes architecturales, 2 conceptions des locaux existent :

- deux pièces distinctes : une salle de désinfection et un local vidoir (à privilégier)
- un seul local faisant office de salle de désinfection et de local vidoir, (agencé selon le principe de la marche en avant)

Une analyse ergonomique doit être réalisée afin de définir notamment leur emplacement, le risque de contamination environnementale lors de l'élimination des *excreta* et d'adapter au mieux ces locaux « utilitaires sales » (2).

L'aménagement du local doit permettre la séparation « du propre et du sale ». La superficie est adaptée à l'équipement choisi. Il comporte :

- un plan de travail,
- des bacs de trempage,
- un vidoir,
- un laveur désinfecteur de bassin,
- un poste de lavage des mains ;
- des collecteurs de déchets et de linge sale,
- des distributeurs de PHA.

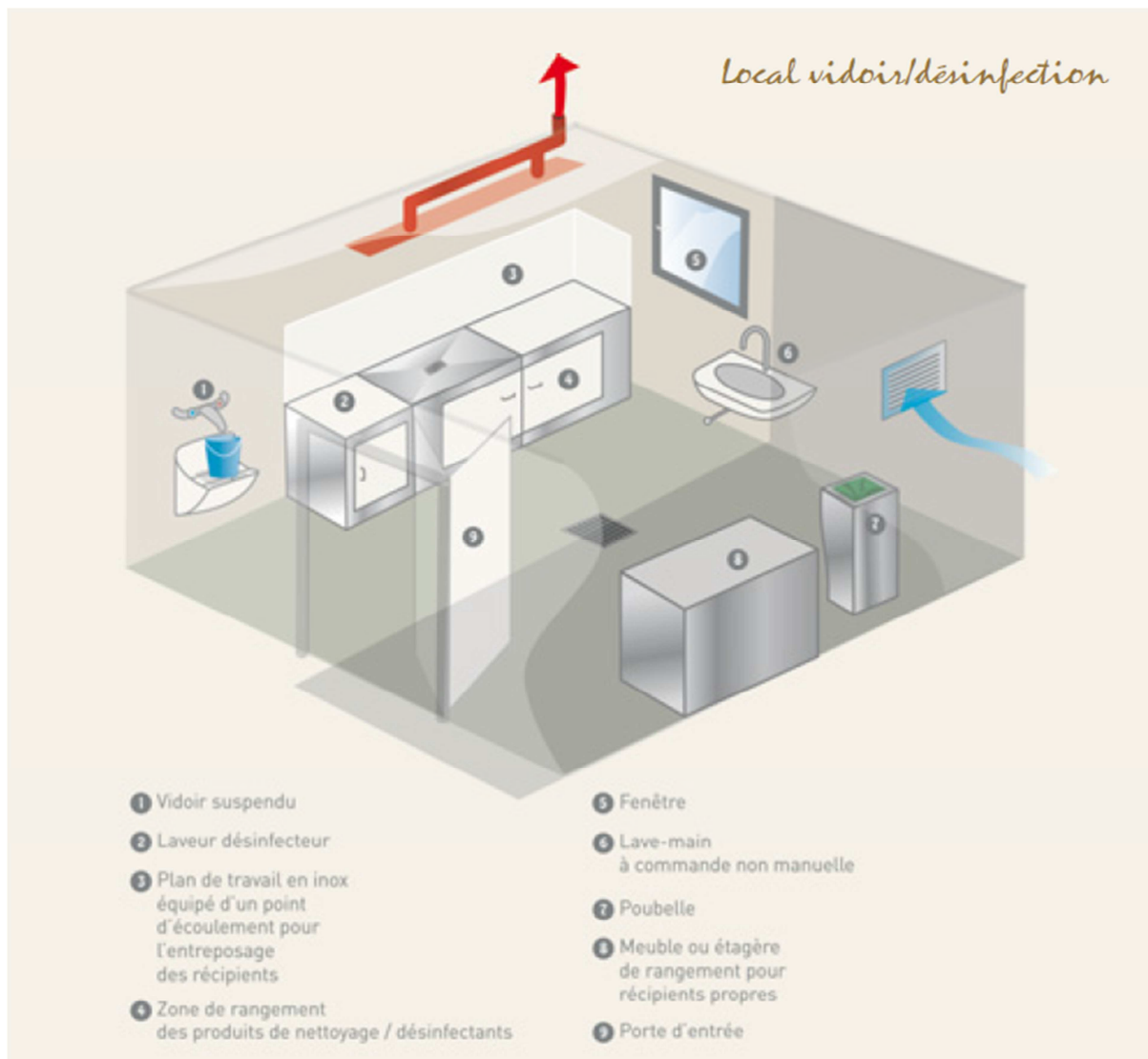
Comme pour les sanitaires et les chambres, des matériaux (revêtements de sol et mur) sont choisis afin d'optimiser les opérations de bio nettoyage.

L'aération est indispensable avec un taux de renouvellement d'air suffisant pour tenir compte des risques inhérents aux émanations des produits désinfectants (fenêtre, ventilation) (8, 13, 15).

Il est conseillé d'aménager un plan de décharge temporaire du matériel à proximité du laveur désinfecteur de bassin. Une zone propre sera aménagée comportant des étagères pour le rangement du matériel propre : accessoires, bassins, urinaux ...

Il est prévu au sein de ce local la mise à disposition d'équipements de protection pour le personnel pour le respect des PS : lunettes, gants, tabliers, distributeurs de PHA. Un affichage des procédures (hygiène des mains, bionettoyage...) et la traçabilité des pratiques est prévu. (5, 14, 16).

Les robinets et les tuyaux de rinçage ne doivent pas générer d'aérosols. Les douchettes sont à proscrire y compris dans le local vidoir (2, 8, 10, 13-15).



Exemple d'agencement d'un local vidoir. Source : INRS, Conception et rénovation des Ehpad. 2012

II. Matériel / ressources

1. Bassins

a. Bassins réutilisables/seaux/urinaux

Le terme bassin signifie le réceptacle et son couvercle.

Les bassins de lit et les fauteuils hygiéniques (chaises percées, chaises rehausseurs réglables) doivent être disponibles en nombre suffisant pour l'activité du service (5).

L'évaluation des besoins des services de soins, en consommables et en matériels, doit être effectuée régulièrement. Tout matériel (bassin, seau, urinal) abîmé et dont la surface est altérée, ne peut pas être entretenu efficacement même en laveur désinfecteur de bassin et sera donc systématiquement remplacé (2, 5).

En l'absence de laveur désinfecteur de bassin, il est conseillé d'utiliser des sacs protecteurs (Cf. §3) et d'attribuer bassin, chaise percée, urinal au patient ou au résident tout le temps de son séjour (un bassin = un patient) en particulier si celui-ci est porteur d'un risque infectieux avéré (GEA, ICD...). (16)

b. Broyeurs de bassins/urinaux à UU

En l'absence de laveur désinfecteur de bassin, l'usage unique (UU) est une autre alternative qui permet de diminuer le risque de transmission croisée, en particulier pour les patients ou résidents présentant un risque infectieux identifié (GEA, colonisation ou infection à BHRe, ICD,...). L'utilisation de bassin et urinal à UU nécessite un broyeur spécifique à ce type de matériel. Il est alors conseillé de prendre en compte les contraintes techniques d'installation. (2, 5, 14, 16, 17)

L'utilisation de bassins ou urinaux à usage unique solutionne les problèmes de renouvellement et d'entretien. Il s'agit cependant d'un procédé coûteux mais qui peut être privilégié dans certains secteurs (radiologie, hospitalisation en ambulatoire...). Ces dispositifs à UU nécessitent un espace de stockage adapté.

2. Laveur désinfecteur de bassin et la maintenance

Les laveurs désinfecteurs de bassin (communément appelés lave-bassins : LVB) sont des appareils permettant la vidange, le nettoyage et la désinfection des bassins.

Les équipes en charge de la prévention du risque infectieux doivent être associées au choix et à l'achat des laveurs désinfecteurs de bassin (5).

L'utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin pour le traitement des seaux, chaises, bassins, urinaux, boccas à urines est recommandée en priorité pour limiter le risque infectieux pour le professionnel et maîtriser la contamination de l'environnement de soins. Aucun autre moyen ne peut efficacement s'y substituer (5, 6, 16, 18).

Le groupe de travail conseille le choix d'un procédé de désinfection thermique conforme à la norme NF EN ISO 15883-3 qui définit les exigences applicables aux laveurs désinfecteurs de bassins (19).

La norme NF EN ISO 15883-3 garantit une capacité minimale d'inactivation des microorganismes (par l'atteinte en 1 minute d'une température de 80°C ou 6 secondes à 90°C), ce qui permet de s'assurer de l'efficacité du traitement en laveur désinfecteur de bassin vis-à-vis d'un grand nombre de microorganismes fécaux, notamment *E. faecalis* ou poliovirus.

Néanmoins certaines études montrent que des souches d'*E. faecium* peuvent survivre à ce niveau de traitement. Il est donc possible de choisir un laveur désinfecteur de bassin atteignant une capacité d'inactivation supérieure à celle recommandée par la norme (atteinte en 18 secondes d'une température de 90°C ou 3 minutes à 80°C) (20, 21)

En complément de l'action thermique, certains dispositifs nécessitent l'utilisation d'un détergent et/ou d'un anticalcaire pour la phase du nettoyage du lave-bassin.

Lors de l'achat, la compatibilité des dispositifs de recueil (bassins, urinaux, seaux...) avec le modèle de laveur désinfecteur de bassin doit être vérifiée (support, panier, forme, résistance à la chaleur, disposition des buses....) (2). Les opérations de maintenance préventives et curatives doivent être prévues dès l'achat et figurer dans le contrat (2, 12, 18).

Le laveur désinfecteur de bassin est installé au sein d'un local spécifique de l'unité de soins (local vidoir Cf. § 1-3). Il est recommandé de disposer d'un nombre suffisant de laveur désinfecteur de bassin. Ce

chiffre est à évaluer en fonction du nombre de patients/résidents. Dans la littérature, on estime 1 laveur désinfecteur de bassin pour 12 lits (2, 5, 10, 22, 23).

Chaque professionnel doit bénéficier d'une formation à son utilisation lors de son installation, de rappels réguliers et d'évaluation de sa pratique (exemple : charge maximale respectée, pas de vidange au préalable...) (19). Le respect du protocole d'utilisation du laveur désinfecteur de bassin est impératif pour assurer son efficacité. La conduite à tenir en cas de panne doit être connue de tous les professionnels.

Le laveur désinfecteur de bassin doit faire l'objet d'un nettoyage quotidien qui comprend l'entretien des parois extérieures avec un détergent/désinfectant de surfaces.

De façon hebdomadaire, il est nécessaire de prévoir une vérification :

- o de l'intégrité des tuyaux d'alimentation en produits,
- o du niveau des produits détergent, anticalcaire (désinfectant si LDB chimique),
- o du bon fonctionnement des buses (absence de tartre),
- o de l'activation du programme d'auto nettoyage si l'appareil en est équipé, ou à défaut d'un cycle de lavage à vide (17, 24).

3. Sacs protecteurs

L'utilisation d'un sac protecteur contenant un produit ou un tampon gélifiant permet de diminuer la contamination des bassins ou des urinaux (14, 15, 17). Il peut notamment être recommandé dans les situations suivantes :

- ponctuellement lorsque le laveur désinfecteur de bassin est défectueux (le temps de résoudre le problème) apparaît insuffisant,
- en routine en alternative au laveur désinfecteur de bassin ou au broyeur,
- de façon ciblée pour des patients à risque infectieux particuliers.

Après fermeture le sac sera éliminé dans la filière des déchets appropriée.

Après élimination du sac protecteur, le bassin est nettoyé soit avec une lingette imprégnée de détergent-désinfectant soit dans un laveur désinfecteur de bassin.

*N.B. : En cas d'ICD la lingette sera imprégnée d'un produit ayant une activité sporicide ou d'un produit actif sur les spores de *Clostridium difficile*.*

L'utilisation de sac protecteur de bassin peut faire l'objet d'une étude de coût pour envisager son déploiement (par exemple : en radiologie, hémodialyse etc. (2).

4. Brosses pour cuvette de WC

Certaines recommandations proposent que les brosses ne soient pas réutilisées entre deux patients.

L'utilisation de brosses à patient unique est à privilégier en cas d'épidémie (5).

5. Evaluation médico économique

Une analyse de l'efficacité des systèmes de désinfection des bassins est effectuée avant l'achat. Des études de coûts pourront être réalisées pour aider au choix de la méthode de gestion des *excreta* en particulier le recours à l'UU (achat et installation du broyeur, stockage des consommables) en comparaison de l'achat d'un laveur désinfecteur de bassin (local d'installation, entretien, maintenance, compatibilité des supports pour les différents accessoires) (2).

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, la gestion des *excreta* fait l'objet de contrôles et d'évaluations réguliers (formation, consignes pour les nouveaux arrivants, suivi des consommables, suivi des pannes, opérations de maintenance, suivi d'épidémies (5, 21).

III. Personnel

1. Effectif et charge en soins

En ce qui concerne les tâches de bio nettoyage de l'environnement, prévoir un effectif suffisant concourt à garantir la qualité de la prestation. La planification des tâches fait l'objet de protocoles. L'attribution des responsabilités est connue de l'équipe afin de garantir la qualité des opérations. En cas de précautions complémentaires de type contact en particulier, la communication entre le service de soins et les équipes chargées du bio nettoyage doit être assurée (5).

L'encadrement paramédical en lien avec les directions des soins, doit mener un travail d'évaluation de la charge en soins (nombre de patients dépendants, d'aides à la toilette, de changes réalisés par poste, d'aides aux repas, etc.) et des tâches de bio nettoyage pour adapter le ratio soignants/soignés tous les jours y compris les week-ends et jours fériés (2)

2. Procédure et évaluation

La gestion des *excreta* doit faire l'objet de procédures écrites et validées par les équipes en charge de la prévention du risque infectieux associée aux soins. La formalisation de ces procédures permet l'homogénéisation des pratiques de soins au sein d'un même établissement. L'actualisation de ces procédures est régulièrement réalisée pour tenir compte des modifications du matériel et des recommandations en vigueur (2, 9).

Des évaluations régulières des pratiques doivent être réalisées avec nécessité de mettre en place un plan d'actions pour corriger les écarts. (2).

3. Formation, information

Il est important de sensibiliser les acteurs de soins aux respects des recommandations en matière de gestion des *excreta*. Des programmes de formation doivent être élaborés et mis en œuvre pour les soignants en ce qui concerne la gestion des *excreta* et en particulier l'utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin et l'entretien des dispositifs de recueil en général (2, 5, 24).

Des programmes complémentaires de formation devraient aussi être élaborés et mis en œuvre pour les responsables, personnels techniques et les personnes en charge du bio nettoyage. Les consignes d'utilisation des gants, des tabliers plastiques et les opportunités d'HDM (respect des PS) devront leur être rappelées au décours de ces formations (2, 6).

Des outils de la gestion des risques, *a priori* (analyse de scénario, simulation) et *a posteriori* (revue morbidité mortalité, analyse des causes, fiches retour d'expérience) peuvent être utiles dans le cadre de cette sensibilisation ou pour adapter les organisations et les pratiques. Les outils mis à disposition par le réseau CClin/Arlin (CPias) peuvent être utilisés dans ce cadre (2, 14).

Les risques particuliers pour la gestion de patient avec GEA, ICD, BHRe,... seront inclus au sein de ces formations.

L'information et la formation des patients sont des points forts de la prévention. Les consignes d'HDM devront leur être rappelées ainsi qu'aux familles et aux aidants, et aux intervenants extérieurs d'autant plus si le patient présente un risque infectieux avéré (GEA, ICD, BHRe,...) (9). La commission de relation avec les usagers peut, à cette fin, être sollicitée.

IV. Tenue

1. Tenue professionnelle

Le port d'une tenue professionnelle (pantalon et tunique à manches courtes) est recommandé pour réaliser des soins aux patients/résidents. L'entretien de la tenue professionnelle est à la charge de l'ES et/ou de l'ESMS. Le soignant doit disposer d'un nombre suffisant de tenues afin de pouvoir en changer quotidiennement (6).

Les soignants ont accès à des équipements de protections individuelles (EPI) à savoir des tabliers et des gants à usage unique pour respecter les PS dans la réalisation des soins souillants/mouillants (2, 5, 15, 25, 26).

2. Gants

Des gants à usage unique (UU) non poudrés doivent être portés pour tout risque de contact avec des selles et des urines.

Il est indispensable de retirer les gants avant de réinstaller le patient (dès la fin de soins de change et au retrait du bassin, seau...) (2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 16-18, 24-27). Une HDM est requise dès le retrait des gants (11).

Une nouvelle paire de gants doit être portée pour transporter le bassin (ou seau...) jusqu'au laveur désinfecteur de bassin (17).

Le port de gants n'est pas recommandé pour le contact avec l'environnement proche du patient, même en cas de colonisation ou d'infection à BMR ou BHRe, à l'exception de patient ou résident présentant une infection à *Clostridium difficile*, (5, 7-9).

3. Tablier et surblouse à UU

La réalisation de soins de nursing (soins de change, de stomie, toilette) et plus généralement la gestion des *excreta* (manipulation des bassins, urinaux,...) ainsi que le bio nettoyage des sanitaires nécessitent systématiquement une protection de la tenue de travail. Le personnel doit disposer d'un nombre suffisant de tabliers imperméables à UU (6, 14, 17, 25, 28).

Lors de la prise en charge de patients/résidents présentant un risque infectieux type ICD, il est recommandé de mettre à disposition du personnel soignant des surblouses à UU à manches longues portées dès l'entrée dans la chambre (7-9, 29) complétées si besoin par le port d'un tablier UU imperméable.

Ces équipements de protection à UU doivent être changés entre chaque patient/résident. Ils doivent être ôtés et jetés avant de sortir de la chambre (5, 7, 14, 24).

Dans le cadre des PCC, les équipements de protection sont idéalement situés à l'entrée de la chambre du patient/résident.

4. Autres équipements individuels

Dans certains cas, il peut être nécessaire de porter un masque de soins et une protection oculaire dans le strict respect des PS et PCC. Ces EPI sont mis à la disposition des soignants dans les services de soins (25) et seront nettoyés après usage s'ils ne sont pas à UU (lunettes).

V. Hygiène des mains

Le succès des politiques de promotion d'HDM dépend :

- de la qualité des produits hydro alcooliques utilisés, notamment du respect des normes en vigueur (en particulier l'efficacité sur le norovirus).
- de leur implantation,
- des programmes de formation,
- des évaluations régulières et de leur restitution aux différents intervenants (11).

Lors de la réalisation des soins, l'HDM est la composante essentielle de la prévention de la transmission croisée. L'utilisation des PHA doit être privilégiée conformément aux recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière. Le geste d'HDM est effectué au plus près du soin, après contact avec l'environnement et avant contact avec le patient ou le résident. Il est effectué avant et après le port des gants. Dans certaines indications (ICD) il est précédé d'un lavage simple des mains à l'eau et au savon doux.

Une attention particulière sera portée aux pratiques d'HDM du patient ou du résident dans les actes de la vie courante (l'accès aux sanitaires, avant de prendre les repas et lors des activités communes...). (11, 5-9, 14, 16, 17, 24). Ils bénéficient d'une éducation concernant les risques associés aux *excreta* à l'aide de supports ou de tout autre moyen approprié choisis avec l'aide des équipes en charge de la prévention des IAS (4, 6, 14, 15).

VI. Pratiques

Les patients/résidents continents utilisent uniquement les toilettes de leur chambre. L'évacuation des *excreta* est assurée par le réseau d'assainissement de l'établissement (14).

Dans le cas particulier des services de rééducation ou encore des établissements médico-sociaux, des sanitaires collectifs à usage exclusif des patients/résidents sont disposés à proximité des lieux de vie ou d'activités communes et sont nettoyés plusieurs fois par jour.

1. Circuit et traitement d'un bassin et urinal

L'utilisation du laveur désinfecteur de bassin pour l'entretien des pots, seaux, etc... est privilégiée. Les dispositifs de recueil ne doivent pas être vidés dans les sanitaires de la chambre.

Les récipients (bassin, seau, urinal, bocal à diurèse) sont transportés pleins, le plus rapidement possible après utilisation, munis de leur couvercle jusqu'au local où se situe le laveur désinfecteur de bassins et sont placés directement dans l'appareil de façon à ce qu'ils se vident à la fermeture de la porte. Les couvercles bénéficient du même cycle de désinfection que le récipient proprement dit (17).

Cette pratique permet de maîtriser la transmission croisée en limitant la contamination de l'environnement. En fin du cycle, le bassin est stocké soit dans le local sur une étagère propre dédiée ou directement dans la chambre du patient.

En l'absence de laveur désinfecteur de bassin ou de broyeur, il est recommandé d'utiliser des sacs protecteurs. La solidification des *excreta* proposée avec ce type de dispositif limite les risques de projection et permet de sécuriser l'évacuation des *excreta* via le circuit approprié des déchets. Pour les patients à risque infectieux telle qu'une ICD, l'évacuation des sacs protecteurs de bassins souillés doit se faire via le circuit des Dasria (8, 17, 25).

Des situations exceptionnelles (fièvre hémorragique virale) font l'objet de recommandations spécifiques (26, 29, 30).

La procédure visant à nettoyer et à désinfecter manuellement un bassin doit être abandonnée en raison d'un très haut risque d'exposition aux liquides biologiques et de contamination de l'environnement. Il est donc nécessaire de disposer de sacs protecteurs de bassins comme alternative au laveur désinfecteur de bassin. (8).

2. Change d'un patient dépendant

Le change d'un patient dépendant ou incontinent est un soin fréquent réalisé plusieurs fois par jour. Il s'agit souvent de soins en série à haut risque de transmission croisée (20). Pour ce faire, un approvisionnement adéquat en EPI ainsi que des sacs à déchets doivent être accessibles au plus près du soin.

Avant la réalisation du change, le plan de travail dans la chambre doit être propre. Lors du soin, les PS doivent être respectées Cf §IV (24, 27, 30).

Les chariots de nursing sont équipés avec le matériel et les produits strictement nécessaires à leur période d'utilisation. Il s'agit de chariots uniquement réservés à cet usage ne contenant que du matériel propre. En fin de journée, les chariots sont vidés, nettoyés et reconditionnés. Le linge restant sur les chariots ne doit pas être remis en lingerie. Leur entretien s'effectue par essuyage humide à l'aide d'un détergent/désinfectant.

Il faut préférer un chariot uniquement dédié au propre, le linge sale étant déposé directement dans un collecteur de tri séparé (27,30, 31).

La toilette et le change sont réalisés à l'aide de gants de toilette à UU ou à utilisation unique : éliminés immédiatement, respectivement en filières déchets ou linge sale. L'entretien du linge de toilette du résident est à la charge de l'établissement (32).

1. Gestion du linge souillé

La manipulation du linge souillé s'effectue avec des gants à UU, un tablier plastique à UU, en évitant tout contact avec la tenue professionnelle. D'une manière générale, le linge ne sera pas posé sur le sol. Il sera évacué de façon rapide vers le lieu d'enlèvement pour le nettoyage (9, 15, 16, 31). Un conditionnement en double emballage n'est pas indispensable. Lorsque le linge d'un patient/résident est traité par la famille en ESMS, celui-ci peut être mis immédiatement en sacs plastiques afin d'éviter la manipulation avant le traitement en machine. Le linge sale est transporté en sac fermé et étanche (14, 16). En blanchisserie, le personnel respecte les PS Cf. § IV

Le linge souillé ne doit pas faire l'objet de prétraitements ou de manipulations en chambre. Le traitement industriel du linge plat suffit à assurer sa désinfection (8, 12, 31).

2. Filière des déchets (protection, sacs protecteur, poches de stomie...)

Les protections pour incontinence, les alèses à UU sont éliminées dans la filière DAOM y compris pour un patient porteur de bactérie multi résistant, à l'exception d'infections telles que infection à *Clostridium difficile*, salmonellose... où les déchets sont éliminés dans la filière Dasria. (6-8, 16, 18, 25, 27, 33-35).

La protection usagée est éliminée dans un emballage primaire étanche en veillant à ne pas souiller l'environnement immédiat. Le tablier plastique et les gants sont éliminés dans ce même emballage. Une fois les gants retirés et le sac fermé, procéder à une désinfection des mains (27).

Les poches à urines (en cas de sondage, attention : ne jamais déconnecter la poche de la sonde) sont vidées régulièrement dans un pot de recueil vidé et nettoyé dans le lave-bassin. Les urines doivent être éliminées au fur et à mesure. Si leur conservation est exceptionnellement nécessaire, le pot de recueil est fermé hermétiquement (16).

3. Prélèvements de matières fécales

Il est régulièrement nécessaire d'effectuer des prélèvements de selles ou des écouvillons rectaux afin d'identifier des agents pathogènes à visée diagnostique ou de dépistage. Ces prélèvements de selles ou écouvillons sont transportés dans le respect des PS et des consignes du laboratoire (double emballage) (6).

Certaines spécialités médicales nécessitent de peser les selles. Ces pratiques sont à haut risque de contamination pour le personnel et de l'environnement. Elles nécessitent le strict respect des précautions standard notamment le port d'équipement de protection du visage Cf. § IV-4.

VII. Entretien

1. Environnement

L'entretien des sanitaires de la chambre du patient/résident est réalisé quotidiennement. Les actions de bio nettoyage doivent être tracées et périodiquement vérifiées par l'encadrement des services.

Lors du changement de draps, un entretien du matelas est réalisé au moyen de lingettes imprégnées de détergent/désinfectant.

Une attention particulière doit être portée aux surfaces fréquemment en contact avec les mains du patient/résident et du personnel soignant (adaptables, poignées de portes, mains courantes, barres de lits, téléphones,...). Les chambres et le mobilier font l'objet d'un entretien soigneux avec un détergent/désinfectant à la sortie du patient (une méthode de désinfection utilisant la vapeur peut être utilisée en complément). En cas de souillures (vomissements, diarrhées,...) les surfaces doivent être immédiatement nettoyées et désinfectées (2, 12, 14, 21, 25, 30).

Le choix d'un détergent/désinfectant virucide est recommandé dans le cas de pathologies infectieuses virales et en particulier dans le cadre de GEA à norovirus. En l'absence d'un produit de ce niveau d'efficacité, le bio nettoyage est réalisé par détergence suivie d'un rinçage et d'une désinfection par l'eau de javel (6). Pour un patient présentant une ICD une détergence suivie d'une désinfection à l'eau de javel est recommandée (2, 5-9, 12).

En cas d'épidémie, les procédures de bio nettoyage peuvent être ajustées et les fréquences augmentées (2, 25).

Le bio nettoyage et l'approvisionnement des sanitaires communs ouverts au public doivent être organisés et vérifiés au moins une fois par jour.

2. Matériel (sauf bassin, urinal, seau...)

Il est nécessaire de nettoyer immédiatement les salissures dues aux vomissements et aux diarrhées.

Tout le matériel réutilisable nécessaire aux soins et en contact direct avec le patient ou résident (lève-malade, matériel de rééducation...), et a *fortiori* avec les *excreta*, doit être nettoyé et désinfecté après utilisation et avant d'être utilisé pour un autre patient.

S'il est nécessaire d'utiliser une chaise percée, celle-ci doit être nettoyée et désinfectée après chaque utilisation (2, 6, 16).

Pour les patients/résidents en PCC, le matériel à UU doit être privilégié et les petits matériels réutilisables sont dédiés dans la mesure du possible (patient/résident unique) (6, 9, 12, 14, 19).

Les procédures d'entretien de tous les équipements et matériels doivent être envisagées dès l'achat avec les équipes en charge de la prévention des IAS.

Références

- (1) HCSP. Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries β LSE et lutter contre leur dissémination. 2010 ; 71 pages.
- (2) HCSP. Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRe). 2013 ; 79 pages.
- (3) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Programme de prévention des infections associées aux soins (Propias). 2015 ; 42 pages.
- (4) Lepainteur M, Nérome S, Bendjelloul G, *et al.* Evaluation of excreta management in a large French multi-hospital institution. J Hosp Infect 2015; 91(4): 346-50.
- (5) Agence de la santé publique du Canada. Infection à *Clostridium difficile*. Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections pour la gestion dans les établissements de soins de longue durée. 2013.
- (6) Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction DGS/RI1/DGCS n°2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées.
- (7) HCSP. Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français. 2008 ; 11 pages.
- (8) CCLin-Arlin. Maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social. Fiche technique – Conduite à tenir chez les résidents porteurs de *Clostridium difficile* en période de diarrhée chez un ou plusieurs résidents. 2013 ; 7 pages.
- (9) APIC. Guide to preventing *Clostridium difficile* infections. 2013 ; 100 pages.
- (10) Coterehos, Drass Rhône-Alpes. Hygiène et architecture dans les ES : aide à la conception et à la rénovation des unités de soins. 1997 ; 58 pages.
- (11) SF2H. Recommandations pour l'hygiène des mains. 2009 ; 102 pages.
- (12) Agence de Santé Publique du Canada. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins. 2014 ; page 76.
- (13) INRS. Conception et rénovation des Ehpad – bonnes pratiques de prévention. 2012 ; 68 pages.
- (14) CCLin Paris-Nord. Accueil d'un résident porteur ou ancien porteur de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) en établissements médico-sociaux (EMS). 2014 ; 2 pages.
- (15) Infection Prevention and Control Nova Scotia. Guidelines for Management of Human Waste and Body Fluids in Long Term Care and Acute Care Facilities, 2nd Edition. 2014 ; 2 pages.

- (16) CCLin Paris-Nord. Gestion des *excreta* dans les établissements de santé et médico-sociaux. 2010 ; 2 pages.
- (17) CCLin Paris-Nord. Conduite à tenir pour l'élimination des *excreta*. 2013 ; 2 pages.
- (18) SF2H, ORIG. Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Consensus formalisé d'experts. 2009 ; 92 pages.
- (19) Afnor. Norme NF EN ISO 15883-3 - Laveurs désinfecteurs - Partie 3 : exigences et essais pour laveurs désinfecteurs destinés à la désinfection thermique de récipients à déjections humaines.
- (20) Diab-Elschahawi M, Fürnkranz U, Blacky A, Bachhofner N, Koller W. Re-evaluation of current AO value recommendations for thermal disinfection of reusable human waste containers based on new experimental data. J Hosp Infect 2010; 75(1): 62-5.
- (21) CDC. Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. 2008 ; 158 pages.
- (22) CCLin-Arlin. Maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social. Fiches techniques. 2016.
- (23) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.
- (24) SRLF, Lucet JC, Jonquet O. Prévention de la transmission croisée en réanimation. Réanimation 2002; 11: 248-9.
- (25) HCSP. Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées. 2010 ; 77 pages.
- (26) CCLin Sud-Est. Les tenues professionnelles dans les établissements de santé. 2008 ; 64 pages. CCLin Sud-Ouest. Recommandations pour une tenue vestimentaire des personnels soignants adaptée à la maîtrise du risque infectieux. 2008 ; 26 pages.
- (27) Arlin Nord-Pas de Calais. Change au lit d'un patient dépendant dans les établissements de santé et médico sociaux. 2014 ; 1 page.
- (28) CCLin Paris Nord – Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion des gastro-entérites aiguës (GEA) virales saisonnières dans les établissements de santé et sanitaires et sociaux. 2008 ; 2 pages.
- (29) Ministère de la santé et de la solidarité. Circulaire n°DGAS/SD2C/DHOS/E2/DGS/5C/5D/2006/404 du 15 septembre 2006 relative aux recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements hébergeant des personnes âgées et dans les unités de soins de longue durée.
- (30) SF2H, Ministère de la santé, HCSP. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. 2010 ; 180 pages.

- (31) Arlin Lorraine. Prévention de la transmission croisée : toilette et/ou change d'un patient/résident dépendant. 2014 ; 1 page.
- (32) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique. Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- (33) Ministère de l'emploi et de la solidarité. Elimination des déchets d'activités de soins à risque - guide technique, annexe 2. 1999.
- (34) SFHH. Prévention de la transmission croisée. Précautions complémentaires contact. 2009 ; recommandation R111.
- (35) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pour une bonne gestion des déchets produits par les établissements de santé et médico-sociaux. Déchets issus de médicaments, déchets liquides. 2016 ; 138 pages.