

# Réunion EOH- RTH - CPias

11/01/2024



# Ordre du jour

- Actualités
- Epidémie de BHRe
- Infections respiratoires aiguës
  - Tableau PRIMO
  - Masque FFP2
  - Mycoplasma
- Infection à strepto A
- Questions diverses :
  - Contrôle microbiologique des endoscopes critiques
  - Contrôles environnementaux au bloc
  - Retex utilisation de la micro fibre
  - Linge et précautions complémentaires
  - Signalisation des PC
  - Autres questions
- Programme du Cpias 2024
- Refondation du site internet



# Actualités



# Textes depuis fin septembre

- Décembre :
  - HCSP – rapport relatif à la liste des maladie infectieuses prioritaires
  - SFM - Recommandations relatives aux indications de l'utilisation des tests quadriplex (virus influenza A/B, RSV et SARS-CoV-2) et tests multiplex étendus pour le diagnostic des viroses respiratoires dans le contexte hospitalier et établissement de soins
  - Mycoplasme :
    - HAS : réponses rapide de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pneumonies atypiques à *mycoplasma pneumoniae* en ambulatoire
    - SF2H : Avis relatif à la prévention croisée de *mycoplasma pneumoniae* en milieu de soins
    - DGS Urgent
  - SFAR - Antibioprophylaxie en chirurgie interventionnelle (*Cpias : synthèse courant janvier*)
  - MinSAN CAT autour d'un ou plusieurs cas IISGA (*reprends les modif du HCSP*)
- Novembre :
  - ANSM : Chlorhexidine : attention au risque de réaction allergique immédiate grave
  - Ministère : Guide technique Traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux : FAQ 3



# Textes depuis fin septembre

- Novembre (suite)
  - Feuille de route interministérielle 2023 - 2033 : Prévention et réduction de l'antibiorésistance, lutte contre la résistance aux antimicrobiens
  - SF2h : Avis relatif à la prévention de la transmission des viroses respiratoires en période d'épidémies hivernales
  - Mission SPIADI : résultat de la surveillance 2021
  - HCSP - Avis relatif à la conduite à tenir face aux accidents d'exposition aux prions et aux propagons et dans le cadre des soins comportant des actes invasifs
- Octobre
  - FHF Notes juridiques sur les obligations applicables aux hôpitaux et ESMS publics en matière de transition écologique
  - Fiche Repias PRIMO : BMR- BHRe soins à domicile + signalement EMS
  - HCSP : Avis relatif aux mesures de prévention des infections respiratoires virales



# Questions sur les actualités

- Est-ce qu'il y a de grands changements sur la feuille de route interministérielle ?
  - Non, la feuille est plus large et plus synthétique que la stratégie nationale.
- Faut-il modifier les premiers soins lors des AES avec le risque Prion ?
  - Non, pas de modification des premiers soins.
- Va-t-il y avoir un texte de loi qui va évoluer, ou est-ce juste un texte du Haut Conseil sur les Prions ?
  - Le doc du Haut Conseil a été rédigé sous saisine du Ministère.

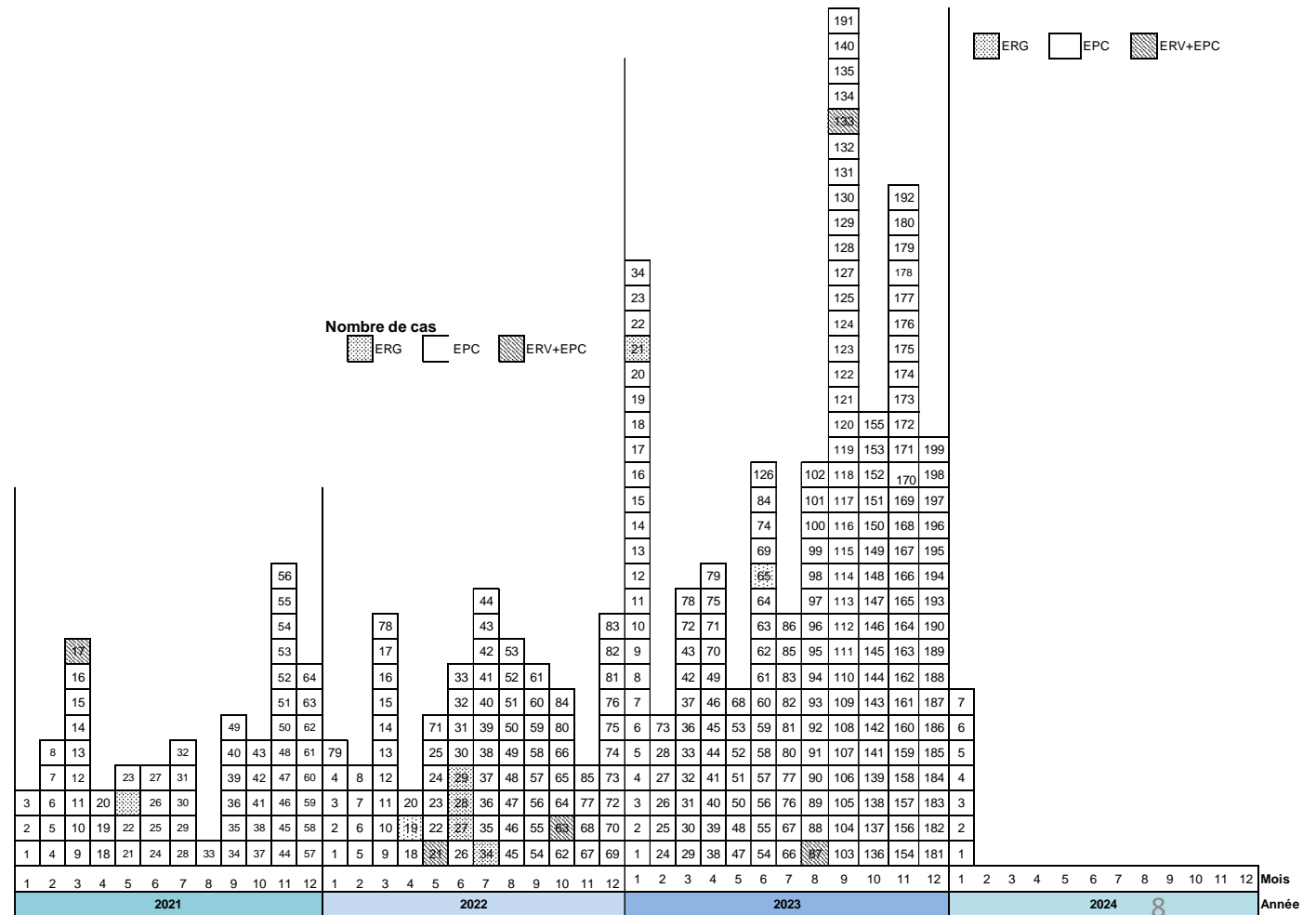


# Épidémie de BHRe



# BHRe

- Point sur la situation
- Actualisation des fiches réflexes
- Difficultés pour le parcours patients porteurs







# Question sur les BHRe

- Comment se faire rembourser les prélèvements ?
  - Condition : prendre en charge un patient connu porteur issu d'un service en épidémie (MCO vers SMR mais pas SMR vers MCO)
  - Prendre contact avec le CPIas qui fera le lien avec l'ARS.
- Quelle est la durée de portage des BHRe :
  - La durée de portage est hétérogène. La médiane est estimée à 6 mois. 50% ne sont plus porteurs à 6 mois Il faut cependant 5 dépistages négatifs en 12 mois.
- L'augmentation des cas de BHRe est-elle régionale ou nationale ?
  - Nationale : terreau assez fertile à la BHRe en France depuis septembre 2022. La stratégie nationale reste la même. Il y a des bouffées épidémiques et il faut essayer de les résoudre.
- Qui informer en cas de transfert de contacts ?
  - Dans l'idéal, transfert d'info à tous les niveaux : clinicien avec clinicien, et hygiéniste avec hygiéniste. Pour au moins les contacts à risque élevés et moyens, parce que le risque est là, que ce soit des établissements de MCO, SMR et HAD. HAD, le risque de transmission croisée est moindre, mais il faut quand même que l'information passe. Les contacts, c'est d'autant plus important de prévenir les EOH et à mettre systématiquement dans la lettre de liaison.
- Remarques : attention aux sensibilité des méthodes de laboratoire qui peuvent jouer sur les découvertes.



# IRA



## Equipements de protection individuelle (EPI) recommandés pour la prise en charge de **résident suspect/confirmé d'infection respiratoire aiguë**

Etablissements	Contexte d'entrée en chambre	Tablier plastique jetable	Surblouse à usage unique	Masque chirurgical	Masque FFP2	Lunettes/visière de protection	Gants à usage unique	Exemples
Etablissements et services médico-sociaux  EHPAD, EAM, FAM, MAS, SSIAD...	<b>Sans contact avec le résident</b> <i>Précautions standard et gouttelettes</i>	✗	✗	✓	✗	✗	✗	Distribution des repas, Distribution des médicaments...
	<b>Avec contact mais SANS risque d'exposition aux produits biologiques d'origine humaine</b> <i>Précautions standard et gouttelettes</i>	✗ <small>si absence de symptômes resp.</small>	✗	✓	✗	✗ <small>si absence de symptômes resp.</small>	✗	Lever, mise au fauteuil, Retournement, Prise des constantes...
	<b>Avec contact ET risque d'exposition aux produits biologiques d'origine humaine</b> <i>Précautions standard et gouttelettes</i>	✓	ou ✓ <small>si risque d'expo. majeure</small>	✓	✗	✓	✓	Mettre/ôter une prothèse dentaire, Soins de bouche, Toilette, change, Vomissements...
	<b>Procédures à risque d'aérosolisation</b> <i>Précautions standard + aérosolisation</i>	✗	✓*	✗	✓	✓	✓ <small>si risque d'expo.</small>	Kinésithérapie respiratoire, Soins de trachéotomie

\* à défaut tablier si surblouse à usage unique non disponible ou non déperlante

L'utilisation des équipements de protection individuelle doit être impérativement associée à une observance stricte de l'hygiène des mains





# IRA

Indication du masque FFP2 dans les PS :

Lors des gestes à risques d'aérosolisation :

- SF2H : pour les patients suspects ou atteints d'une IRA
- HCSP : pour tout patient

= Remarques :

La liste des gestions à risque d'aérosolisation doit être revue et allégée. Certains gestes sont sous controverses et le resteront probablement.



# Mycoplasma

- Pas de système national de surveillance spécifique en place à ce jour
- La Spilf travaille avec le siège SPF et la DGS pour mener des enquêtes de description de signalement.
- Critères de signalement : situation en lien avec cette alerte susceptible de présenter une gravité ou une sensibilité particulière
  - cas groupés communautaires en collectivité de personnes vulnérables.
  - Ne pas signaler les cas individuels



# Strepto A



# Biblio

- **Juillet 2023** : Avis du HCSP - Relatif à la CAT autour d'un ou plusieurs cas **d'infection invasive** ainsi que les **cas groupés** d'infection non invasive à strepto A ( saisine = actualiser l'avis de 2005)
- **Décembre 2022** : SPIF - CAT autour d'un cas **d'infection invasive** à strepto A
- **Janvier 2022** : GERES-INRS : **EFICATT** Infection à strepto A
- **2015** : CCLIN SUD Est – Retour d'expérience **cas groupés infection post partum** à strepto A
- **Mars 2010** : CCLIN Sud Est - CAT en cas de suspicion d'infection à strepto A en **service de gynéco obstétrique et maternité**
- **Novembre 2006** : CTINILS CSHPF - Guide de la prévention et l'investigation **des infections hospitalières** à strepto A
- **Novembre 2005** : Avis du CSHPF - avis relatif à la CAT autour **d'un ou plusieurs cas, d'origine communautaire**, d'infection à strepto A



# Description

- Réservoir = Homme
  - Rhinopharynx ( +/- peau et muqueuse)
    - 20% des enfant en age scolaire
    - 5 % adultes
  - + environnement des porteurs ou infectées
- Transmission :
  - gouttelettes
  - contact avec des mains ou des objets fraîchement souillés par les sécrétions oropharyngées ou les lésions cutanées d'un sujet infecté ou porteur.
- Incubation
  - Angine : courte 2-4 jours
  - Infections cutanées : variable.
    - présent sur la peau 1 à 2 semaines avant l'apparition de l'impétigo et la même souche apparaît dans la gorge en même temps que l'impétigo
  - Post partum: 4/5 dans les 7 jours
- Contagiosité jusqu'à 24-48h après le début d'un TT adapté





# Formes non invasives

- Angine
- Scarlatine
- Impétigo
- Erysipèle



# Formes invasives

- isolement dans un **prélèvement habituellement stérile**
- Infection de la peau et des tissus mous (adultes) :
  - dermohypodermite éventuellement nécrosante,
  - Myosite...
- Infections respiratoires basses (enfants) :
  - Pneumonie
  - Pleurésie
- Syndrome de choc toxique streptococcique
- Létalité : 20%



# épidémio

- l'incidence des infections invasives stable jusqu'en 2015
  - = jusqu'en 2015 stable 2,5 et 3 cas / 100 000
  - ↗ 2016-2019 : 4,1 cas / 100 000 = 2626 cas
  - ↘ 2020-2021 : 2,4 et 1,5 / 100 000
  - Recrudescence européenne : 3<sup>ème</sup> trimestre 2022

Figure 4. Nombre de souches invasives de SGA reçues par le CNR-Strep chez les enfants (Enf) et adultes (Ad), par année, France, 2017-2023 (données au 25/01/2023)

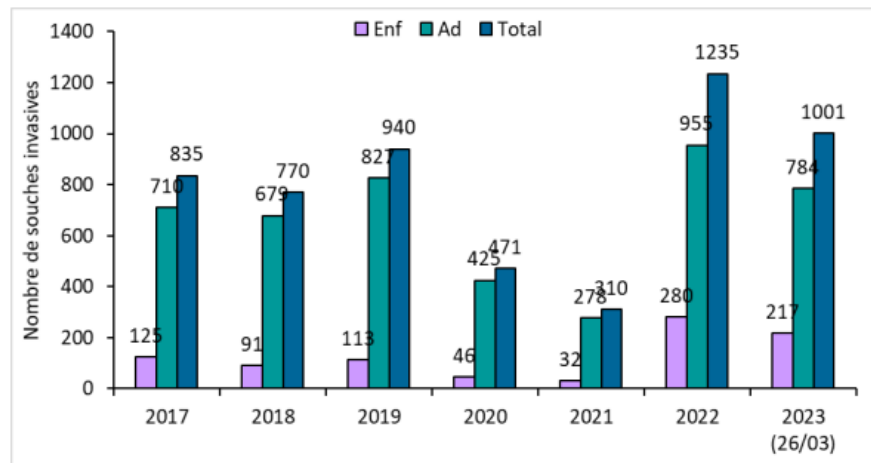
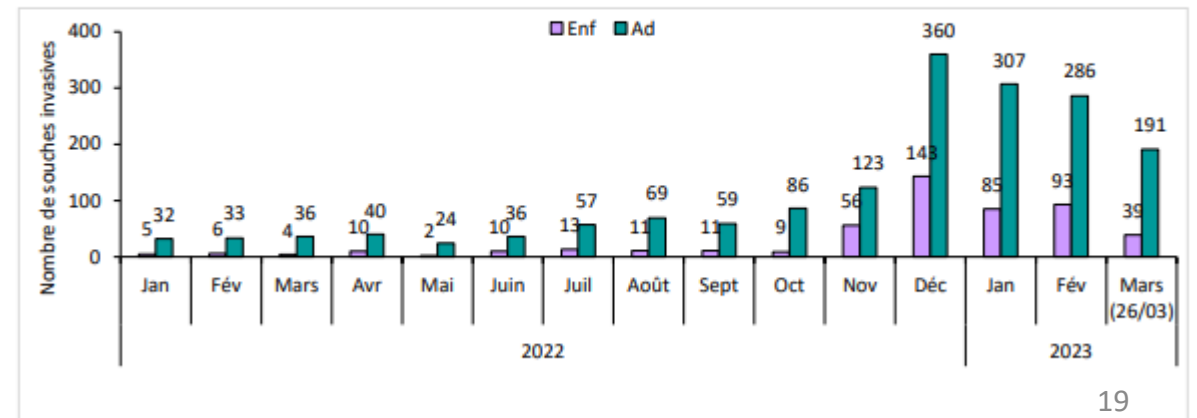


Figure 5. Nombre de souches invasives de SGA reçues par le CNR-Strep chez les enfants (Enf) et adultes (Ad), par mois, France, 2022-2023 (données au 25/01/2023)



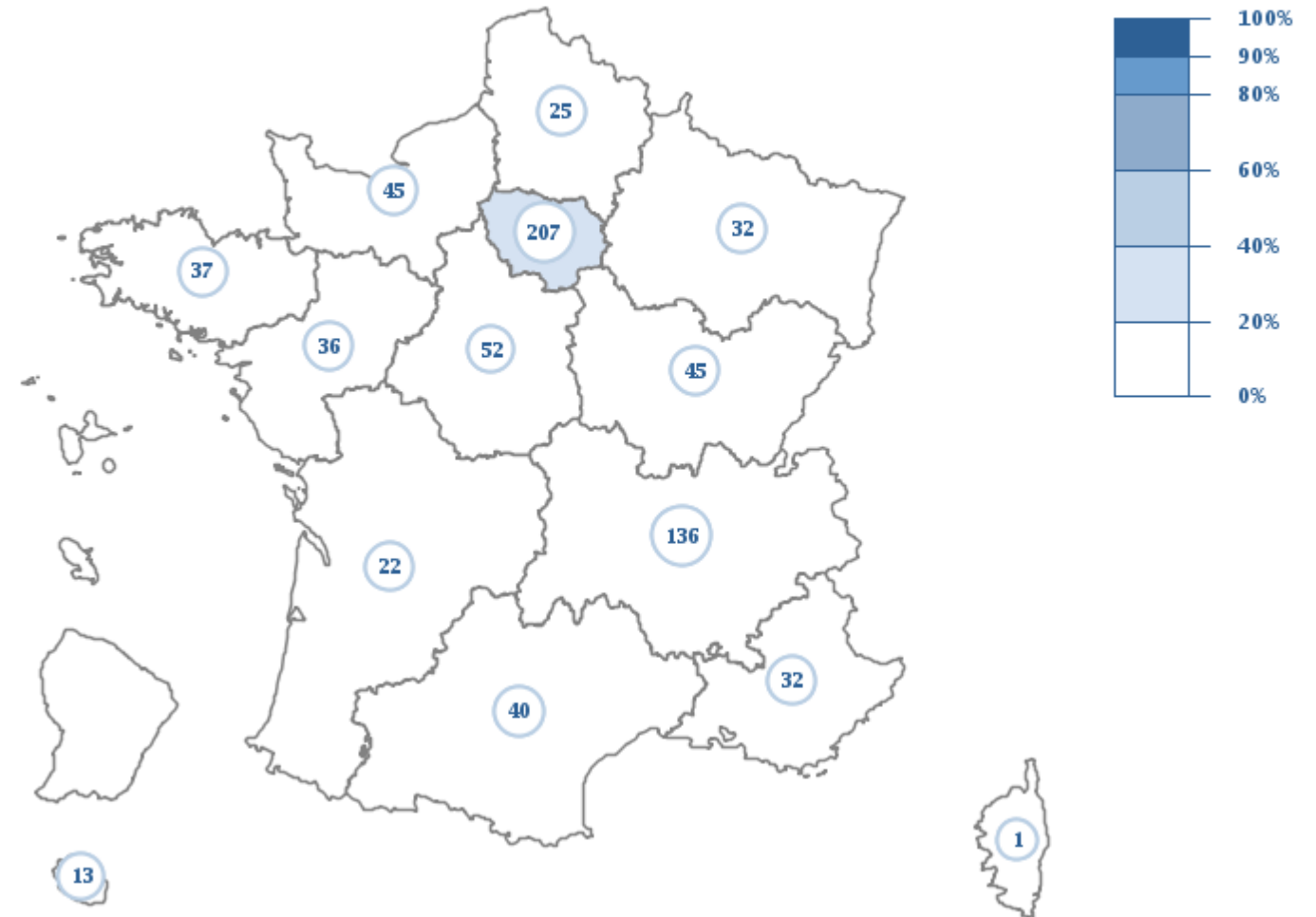
# Signalement : 2014-2024

## IAS :

- en moyenne de 77 par an
- plus élevé en 2015, 2017, 2018
- ½ = cas groupés
  - + svt gynécologie/obstétrique
- rares cas de transmissions professionnelles
  - +svt formes cliniques bénignes

## DISTRIBUTION PAR RÉGION DU NOMBRE DE CAS SIGNALÉS : TOTAL FRANCE : N=723

Rappel des critères : Période du 01/01/2014 au 10/01/2024 | Micro-organisme (détaillé) : Streptococcus pyogenes [ Streptocoque A]



Fermer

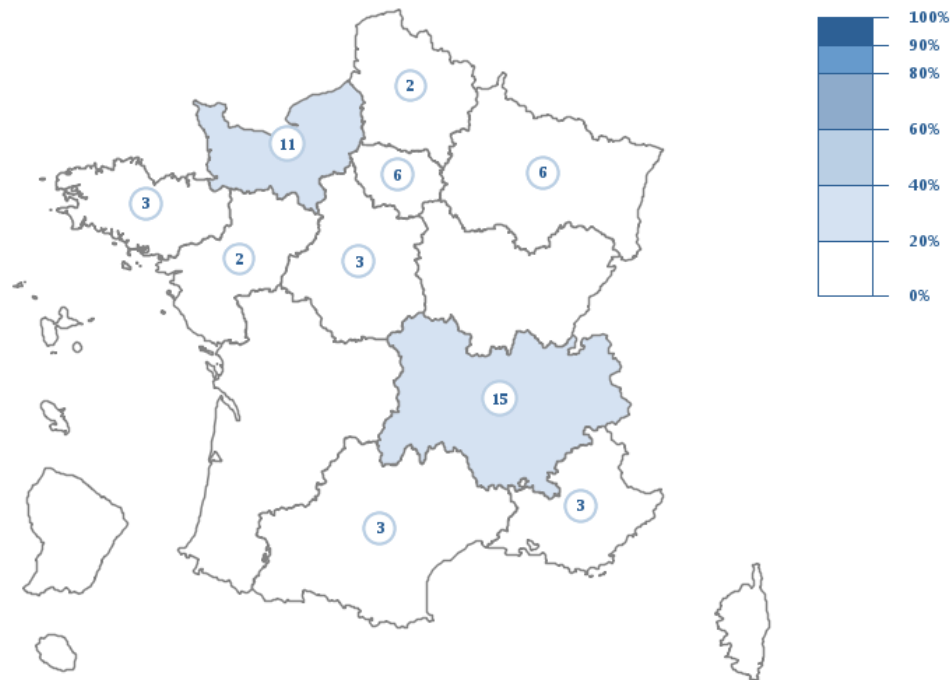


# Pays de la Loire

**2022 = 2**

DISTRIBUTION PAR RÉGION DU NOMBRE DE CAS SIGNALÉS : TOTAL FRANCE : N=54

Rappel des critères : Période du 01/01/2022 au 01/01/2023 | Micro-organisme (détaillé) : Streptococcus pyogenes [Streptocoque A]

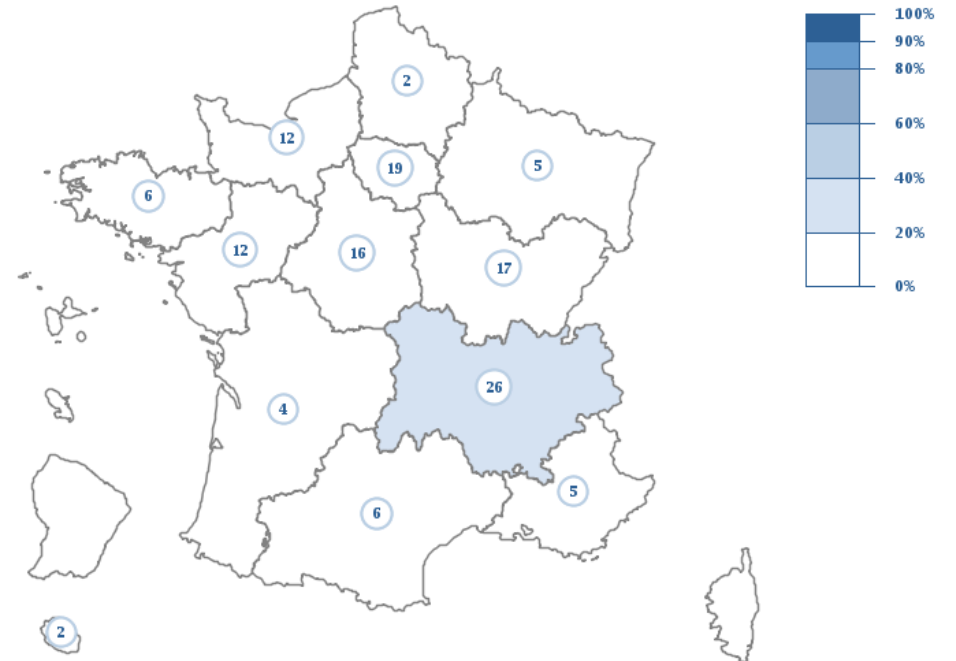


**2023 = 12**

2023 = 5<sup>ème</sup> région Française

DISTRIBUTION PAR RÉGION DU NOMBRE DE CAS SIGNALÉS : TOTAL FRANCE : N=132

Rappel des critères : Période du 01/01/2023 au 10/01/2024 | Micro-organisme (détaillé) : Streptococcus pyogenes [Streptocoque A]



#### Envoi au CNR :

- souches invasives pédiatriques et adultes
- cas groupés

## Quand signaler via E-sin

- Cas noso unique si invasif ( non invasif contexte particulier)
- Cas noso groupés (invasif ou non invasif)

## Quand signaler directement à l'ARS

- Cas groupés
- Personnes contacts à risque en collectivité (autre que l'établissement)

## Quand signaler directement à SPF

- Infection invasive pédiatrique hospitalisé en soins critiques



# Définition cas groupés IISGA

- Texte 2005 et 2022 : Communauté
    - 2 cas en moins d'un mois
  - Texte 2023 : collectivité dont ETS de soins
    - 2 cas dans une même collectivité à moins de 10 jours d'intervalle ET
    - mise en évidence de contacts rapprochés prolongés ou répétés entre cas (connu ou possible)
- Texte de 2006, 2010 : secteur hospitalier
    - 2 cas en moins de 6 mois (dans attente de la comparaison de souche)



# Devant un cas de forme invasive

- S'assurer PCG ou PCC (jusqu'à 24h après TTT)
- Validation + Description du cas (fiche d'investigation CCLIN sud ouest)
- Identifier son parcours (dont extra hospitalier (soins ville))
- Identification des cas contact
  - Nécessité d'une ATB prophylaxie ?
  - Informer les contact si signes 30 jours
- Recherche d'autres cas :
  - Rétrospective : patients pris en charge dans le service sur la même période des cas (opéré même session opératoire, les accouchées le même jour, voisin de chambre)
  - Prospective : même service (avec information)





# Définition

- Post op : ISO
  - Isolement pendant la durée du séjour ou dans les 7 jours après la sortie
- Post partum : Endométrite – bactériémie- IU
  - Isolement dans le post partum ou dans les 7 jours suivant la sortie

Annexe : Fiche d'investigation

Investigation d'infection à *Streptococcus pyogenes* en chirurgie - Guide pour la prévention et l'investigation des infections hospitalières à *S. pyogenes*. Ministère nov. 2006

Etablissement :  
Tél. :

Service :  
Réfèrent :

Période :  
Signalement fait le :  
Justification :

	cas 1	cas 2
<b>Investigation: O / N</b>		
mise en place de mesures de prévention non spécifiques (isolement - renforcement des précautions d'hygiène - respect des bonnes pratiques au BO)		
mise place d'une cellule de crise (dates des séances)		
<b>Validation des cas</b>		
cas certain		
cas probable		
cas possible		
infection nosocomiale (certaine - probable - communautaire)		
<b>Description des cas et de sa prise en charge</b>		
age		
facteurs de risque (ASA - chirurgie d'urgence, carcinologique -...)		
date de survenue de l'infection		
type d'infection		
type de prélèvements faits		
dates		
souche		
antibiogramme		
évolution		
traitement		
<b>Intervention</b>		
date d'intervention ou de césarienne ou d'accouchement		
type d'intervention durée (mn)		
antibioprophylaxie		
préparation cutanée		
désinfection cutaneo muqueuse		
salle (BO)		
recherche de contact vivant sous le même toit (IC - érysipèle - varicelle - ORL)		
<b>Séjour</b>		
date d'hospitalisation		
secteur		
chambre (n°)		
soins pratiqués (hygiène des mains - masque pour soins invasifs ou TV)		
circuit (en post opératoire)		
date de sortie		

<b>Équipe de soins § prélèvements</b>	identification du personnel soignant avec contact potentiellement exposant	
	participants à l'intervention ou à la césarienne (anqine récente - lésion cutanée - anqine dans l'entourage)	
	soignants qui ont réalisés les pansements ou les soins (anqine récente - lésion cutanée - anqine dans l'entourage)	
<b>Recherche active d'autres cas</b>	recherche rétrospective d'autres infections parmi les patients pris en charge dans le service à la même période que le(s) cas	
	surveillance prospective active	
	autre cas survenu(s) dans les 6 mois	
<b>Si 2 cas sur 6 mois</b>	recherche de facteurs communs d'exposition	
	surveillance renforcée O / N	
	dépistage pharyngé des soignants (2 écouvillons : TOR - culture)	
	si < 0 autres sites de prélèvements aux personnels moins exposants à l'entourage des soignants les plus exposants	
<b>Revue des pratiques de soins</b>	pratiques à l'origine ou facilitant les transmissions (port de masque - hygiène des mains - préparation cutanée)	
	existence de protocoles validés	
	évaluation de l'organisation des soins	
	architecture adaptée O / N	
<b>Mesures</b>	prise en charge des cas	
	prévention 1e	
	information des patients potentiellement exposés	
	antibiothérapie d'éradication	
<b>Traçabilité : O / N</b>	diffusion des souches au CNR	
	mention dans le dossier patient	
	rapport	
	communication (interne - externe)	
	signalement (interne - externe)	
<b>Commentaires</b>		



# Cas contact

- 7 jours précédent le début de la maladie jusqu'à 24h du début du TTT
- Personne vive sous le même toit
- Contact physique intime ou avec face à face
- Personne vécu situation reproduisant des contact familiaux
  - Même chambre dans un ETS de soins



# Indication ATB prophylaxie

Preuve limitée et indirecte

La prescription d'une antibioprophylaxie aux sujets contacts d'un cas d'IISGA tel que définis au 1.3.2 (c'est-à-dire les personnes ayant eu des contacts rapprochés prolongés ou répétés avec le cas index de 7 jours avant le début des signes jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiothérapie), le plus tôt possible après le diagnostic chez le cas index (au mieux dans les premières 24 heures), et jusqu'à 10 jours après le diagnostic, pour les personnes suivantes:

- les femmes enceintes de plus de 37 semaines d'aménorrhée,
- les nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie),
- les femmes ayant accouché dans les 28 jours précédents,
- les personnes âgées de plus de 65 ans,
- les personnes ayant une varicelle dans les 7 jours qui précèdent le début des signes chez le cas index et jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiothérapie du cas index,
- les personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (personnes sans domicile fixe par exemple),
- l'ensemble des sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsqu'un d'entre eux nécessite une antibioprophylaxie.



# Parcours

- Soins et examens invasifs
  - Soins dans la semaine précédente
  - Salle d'accouchement/op si besoin
  - Soins invasif post op / post partum
- PEC par les soignants
  - Personnel qui a eu des contacts potentiellement exposants
  - Participants à l'intervention/actes invasif
  - examens gynéco et ou post op dans les 7 jours avant et dans les post op/AVB



# Devant un cas de forme invasive (suite)

- Recherche d'une source évidente (cf durée incubation) :
  - Infection non invasive à strepto A récente
  - Visite de jeunes enfants
  - Visiteurs symptomatiques (ORL /cutané)
- Cellule de crise avec la médecine du travail, EOH, membre du service
- Recherche d'une source évidente : Professionnels symptomatiques (ORL/cutané) ou leur entourage (TDR + culture)
- Si pas de source évidente et IAS :
  - Si post op : dépistage TDR + culture pour le personnel du bloc
  - Si post partum : dépistage TDR + culture pour le personnel qui a fait l'accouchement
- Recherche prospective et rétrospective de cas :
  - Envoyer les souches au CNR des 6 mois pour comparaison
  - Si pas d'autres cas ; STOP pas plus de dépistages
  - Sinon investigation des facteurs communs puis élargir aux autres professionnels

TDR si sympto (culture  
sinon car sensibilité 41% si  
asympto vs 89 % si  
sympto)



# Pratiques

- Observation des pratiques
- Revoir les protocoles
- Revoir les documents d'information



# Vérifier les pratiques de prévention primaire

## PREVENTION PRIMAIRE D'INFECTIONS INVASIVES A S. PYOGENES

Au bloc opératoire	
Patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- préparation cutanée de l'opéré en préopératoire et en salle</li> <li>- intervention différée en cas d'infection chez le patient</li> </ul>
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hygiène des mains adaptée aux gestes réalisés</li> <li>- port correct du masque chirurgical par tous les personnels de santé</li> <li>- port de gants stériles</li> <li>- éviction (cette éviction ne sera proposée que dans la mesure où le bon fonctionnement du bloc opératoire peut être assuré en l'absence de ce personnel) et traitement des personnels infectés</li> <li>- lésion cutanée protégée</li> </ul>
En post opératoire (Hospitalisation, chirurgie ambulatoire, consultation)	
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hygiène des mains adaptée et port du masque lors de soins invasifs sur le site opératoire</li> </ul>

En salle d'accouchement- salle de travail	
Sage-femme ou obstétricien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hygiène des mains adaptée</li> <li>- port correct du masque chirurgical, à partir de la rupture des membranes, pour tout geste invasif (toucher et prélèvement vaginal en veillant à limiter au strict nécessaire le nombre de touchers vaginaux, échographie vaginale, pose l'électrodes de scalp, accouchement par voie basse, accouchement instrumental (forceps...), révision utérine, épisiotomie)</li> <li>- éviction (cette éviction ne sera proposée que dans la mesure où le bon fonctionnement de la salle de travail peut être assuré en l'absence de ce personnel) et traitement des personnels infectés</li> </ul> <p><i>si césarienne cf bloc opératoire</i></p>
Famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>- port du masque chirurgical si symptômes de la sphère ORL</li> </ul>
En post partum	
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hygiène des mains adaptée</li> <li>- port du masque chirurgical lors des soins spécifiques (épisiotomie, soins après césarienne)</li> </ul>

- + pas réutilisation UU
- + Bio nettoyage du matériel réutilisable





# Grille d'aide à la revue des pratiques

	Critères	Indicateur
<b>Bloc opératoire</b>	<b>Port du masque</b> Dés l'entrée au bloc opératoire pour tout soignant	Observation Procédure écrite
	<b>Hygiène des mains</b> adaptée aux gestes - lavage chirurgical ou FHA pour opérateur .... - FHA (ou lavage hygiénique) pour les autres personnels	Equipement Observation Procédure écrite
	<b>Préparation cutanée de l'opéré</b>	Observation Procédure écrite
	<b>Lésion cutanée protégée</b>	Procédure écrite Interrogatoire
<b>En post opératoire</b>	<b>Hygiène des mains</b> adaptée aux gestes	Equipement Observation Procédure écrite
	<b>Port du masque chirurgical</b> lors de soins invasifs	Observation Procédure écrite

<b>En salle d'accouchement</b>	<b>Hygiène des mains</b> adaptée aux gestes - lavage chirurgical ou FHA - FHA (ou lavage hygiénique) pour les autres personnels	Equipement Observation Procédure écrite
	<b>Port du masque chirurgical</b> <u>*Pour tout le personnel :</u> - pour tout geste invasif - port du masque chirurgical (à visière ou lunettes de protection lorsqu'il y a risques de projections) : cf prévention primaire - si signes cliniques d'angine <u>*Pour la famille</u> - si signes cliniques d'angine	Observation Procédure écrite
<b>En post partum</b>	<b>Hygiène des mains</b> adaptée aux gestes	Equipement Observation Procédure écrite
	<b>Port du masque chirurgical :</b> soins spécifiques (épisiotomie, soins après césarienne)	Observation Procédure écrite



# ATB prophylaxie des patients exposés au même risques

- 2006 : même chambre bloc, salle accouchement NN : en attente avis jamais sorti du CTINILS
  - 2010 : protocole HCL :
    - TTT anti strepto toute les opérés a partir de la date de la première intervention dans les suites de laquelle on a eu une infection à strepto A
    - TTT antibioprophylaxie de sécurité AVB et futures accouchées:
      - Flush ATB au moment de l'expulsion avec geste (délivrance artificielle, révision utérine, épisiotomie, césarienne pendant 4 jours après le résultat de strepto A positif)
- = Non retrouvé dans les autres recommandation



# Questions streptoA

- Pour un cas invasif, si on ne trouve pas de trace évidente, on dépiste qui ?
  - Dépistage des personnels du bloc où a lieu l'intervention et de la salle de réveil.
- Faut-il dépister ceux qui portaient un masque ?

Il n'y a pas de précisions sur ce sujet dans les textes. Même s'il y a un port du masque qui réduit de façon importante la transmission, il reste de la transmission manuportée.
- Remarques : Les recommandations sont anciennes et les pratiques ont évoluée depuis => prise de contact avec le réseau sécurité naissance



# Questions diverses

# Point Endoscopie

  
MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉVENTION  
100 ans  
1901-2021



**FAQ N°3 : TRAITEMENT  
DES ENDOSCOPES SOUPLES  
THERMOSENSIBLES  
À CANAUX**

Novembre 2023



Sont uniquement concernés par cette question les endoscopes critiques dont la destination finale est une cavité naturelle stérile mais passant par une cavité non stérile (exemple des cystoscopes ou des hystérocopes), ce qui exclut les endoscopes critiques pénétrant directement dans une cavité stérile (exemple des cholédoscopes) pour lequel aucune contamination n'est tolérée.

Lorsqu'une faible quantité de flore environnementale banale (*Micrococcus* spp., staphylocoque à coagulase négative, *Bacillus* spp., etc.) est mise en évidence, il s'agit la plupart du temps d'une faute d'asepsie lors du prélèvement ou à l'ensemencement. L'utilisation de l'endoscope est possible sans procédure renforcée ni nouveau contrôle, sous réserve :

- d'une origine environnementale présumée avec présence d'un nombre de colonies bactériennes d'origine environnementale  $\leq 3$ , excluant les micro-organismes indicateurs (entérobactéries, entérocoques, *Pseudomonas aeruginosa* et autres *Pseudomonas*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Acinetobacter* spp., *Staphylococcus aureus* et *Candida* spp., champignons filamenteux)
- et d'une procédure de traitement de l'endoscope conforme aux recommandations en vigueur.

# Délai d'utilisation Endoscopes critiques après désinfection



## 10- Divers

Page 12

Pour les endoscopes critiques, cystoscope par exemple, il est demandé de traiter l'endoscope juste avant son utilisation.

**Question posée :** au cours d'une même session d'endoscopie, une fois l'endoscope traité et stocké dans une housse stérile, doit-on effectuer une nouvelle désinfection avant son utilisation?

Il est nécessaire au préalable de préciser les définitions suivantes :

- endoscope critique : endoscope en contact avec une cavité stérile
- endoscope semi-critique : endoscope en contact avec une muqueuse
- endoscope à risque particulier : duodénoscopes écho-endoscopes linéaires ou à ponction, qualifiés « à risque particulier » en raison de leur conception complexe alors qu'il s'agit d'endoscopes semi-critiques.

# Délai d'utilisation Endoscopes critiques après désinfection



Concernant les endoscopes critiques, l'idéal est la stérilisation, notamment à basse température quand elle est possible.

À défaut de pouvoir les stériliser :

- Pour les endoscopes critiques passant par une cavité non stérile avant d'atteindre la cavité stérile (par exemple les cystoscopes et les hystérocopes), il est possible une fois l'endoscope désinfecté, rincé à l'eau stérile et conditionné de ne pas effectuer une nouvelle désinfection avant son utilisation ; ceci est uniquement possible au cours d'une vacation (c'est-à-dire par demi-journée)
- Pour les endoscopes utilisés en peropératoire et pénétrant directement une cavité stérile (par exemple les cholédoscopes), il reste indispensable de procéder à une désinfection de haut niveau immédiatement avant leur utilisation.  
L'instruction de 2016 ne précise pas des modalités particulières de traitement de l'endoscope, ni de gestion du programme d'endoscopie chez un patient porteur d'une pathologie infectieuse.





# Bloc opératoire

- les contrôles environnements normes NF 90 351 et guides 2016 CCLIN
- Bloc opérateur et contamination de l'air
- => des arbres décisionnels vont être réalisés par le CPias PDL



# Retex utilisation de la microfibre en ES ou EMS ?

- CHU Angers : pour les sols en maternité dans le cadre du projet environnement et maternité. Déploiement bâtiment par bâtiment pour pouvoir accompagner petit à petit les équipes et pouvoir faire du contrôle qualité. L'idée est d'élargir à l'ensemble des services d'hospitalisation, chambre comprise. (hors bloc, réa)
- CHD :
  - Projet de recherche en cours pour les surface haute eau/microfibre associé à la vapeur.



# Signalisation sur la porte des précautions complémentaires

- Recommandation de signaler pour que les professionnels et les visiteurs identifient qu'il y a des précautions à prendre.
- Il faut trouver un juste milieu entre informer les professionnels et être discret sur la pathologie du patient.



# Linge et précautions complémentaires

- Quand mettre en place les sacs hydrosolubles pour le tri du linge ?  
Si l'agent a ses EPI, il n'y pas de risque de contaminations donc pas besoin.
- Sac hydrosolubles uniquement pour des patients en PC pour des patients avec parasites (gale par ex).



# Programme Cpias 2024

- Sera envoyé courant janvier



# Refondation du site internet

- En cours sur 2024
- N'hésitez pas à nous envoyer vos besoins et remarque pour améliorer le site internet et ce que vous souhaitez y trouver



# Prochaines réunions EOH-RTH-CPias

- 28/03/2024 en visio
- 25/06/2024 en présentiel : Journée des hygiénistes
- 26/09/2024 en visio