

Script de reportage sur ULNA

Date de parution	Média	Journaliste
Avril 2008	Revue Plateau Technique	Martine GESLIN



Vigilance sur l'environnement du patient

La limitation du contact manuel lors de la préhension des poignées de portes des chambres des malades pourrait aider à la maîtrise de la transmission manuportée des bactéries.

MARTINE GESLIN AVEC LE DR JEAN CHRISTOPHE SEGUIER. MEDECIN HYGIENISTE AU CHI POPSSY SAINT-GERMAINENIAYE (78)

En France, chaque année, de 6 à 7 % des hospitalisations se compliquent d'une infection nosocomiale plus ou moins grave. Cela représente environ 750000 cas sur les 15 millions de séjours annuels dans les établissements de santé. Les causes sont multiples et proviennent d'origines différentes. Le patient peut s'infecter par ses propres micro-organismes, et c'est de loin le cas le plus fréquent, il peut aussi être contaminé par une bactérie exogène présente dans l'établissement, chez le personnel soignant ou un autre patient, il s'agit alors d'infections croisées

Protocoles et prévention

Les conséquences sanitaires des infections nosocomiales sont parfois tragiques. Elles provoqueraient 9000 décès par an dont 4 200 toucheraient des patients pour lesquels le pronostic vital n'était pas engagé à leur entrée à l'hôpital. Elles engendrent également des séquelles importantes à moyen et long terme compromettant l'autonomie du patient. Par ailleurs, elles entraînent un surcoût financier de la prise en charge - jusqu'à 300% en chirurgie orthopédique -. principalement dû à l'allongement de la durée du séjour d'hospitalisation. Les établissements de santé ont mis en place des protocoles de prévention pour lutter contre les infections nosocomiales en matière d'hygiène (lavage des mains, nettoyage des locaux...) mais également sur le bon usage des antibiotiques pour limiter l'évolution grandissante des bactéries multirésistantes (BMR). De nombreuses études ont montré que le personnel soignant pouvait se contaminer les mains ou les gants au contact des surfaces et que les quantités de bactéries étaient suffisantes pour entraîner une transmission aux malades hospitalisés. L'acquisition bactérienne sur les mains peut donc se réaliser à distance du patient, sur des surfaces inertes comme les poignées de portes conventionnelles (PPC). La limitation du contact manuel lors d'un geste extrêmement fréquent (préhension de poignée de porte) pourrait aider à la maîtrise de la transmission manuportée.

Script de reportage sur ULNA

Date de parution

Avril 2008

Média

Revue Plateau Technique

Journaliste

Martine GESLIN

Le Dr Jean-Christophe séguier, médecin hygiéniste au CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye (78), rapporte les résultats d'une étude qu'il a conduite dans le service des maladies infectieuses de son établissement sur l'évaluation d'un nouveau modèle de poignée de porte Ulna (PU), il s'agissait de savoir si son utilisation, qui évite le contact avec les mains en permettant l'ouverture d'une porte avec l'avant-bras, avait une incidence sur la diminution des risques de colonisation des mains des personnels soignants. L'évaluation a porté sur le nombre d'unités formant colonies (UFC) de bactéries présentes sur les poignées de portes des chambres. Deux types de prélèvements bactériologiques ont été réalisés successivement sur les PPC puis sur les PU après leur installation sur toutes les portes du service. L'ensemble des prélèvements a été effectué par la même technicienne biohygiéniste. Dans une première période (T1), 45 prélèvements sur la surface de préhension des PPC par application de lames Bo test Hycon de 25 cm' ont été quantifiés en « flore totale ». Plus d'un mois après l'installation des PU, 45 prélèvements sur leur zone d'appui antébrachial ont été réalisés dans les mêmes conditions. Dans une deuxième période (T2), après dépose des PU et repose des PPC, 112 prélèvements sont exécutés par essuyage avec une lingette stérile préimprégnée. Un gabarit stérile en silicone a permis de prélever précisément sur 16 cm' de surface de préhension de la PPC. un mois après avoir déposé les PPC et reposé les PU, 120 prélèvements ont été accomplis dans les mêmes conditions sur la tige des PU. Cette zone ne devrait pas être utilisée par les personnels. Les cultures ont été effectuées sur des milieux sélectifs bacille gram- et coccigram*.

Les données ont été analysées sur le logiciel Epiéfr par test du X2. $p < 0.05$ significatif. Les résultats des évaluations (voir tableau page 15) montrent que l'acceptabilité et l'utilisation correcte des PU permettent de diminuer le risque de colonisation des mains des personnels ou des visiteurs dans un service de maladies infectieuses. Le personnel a changé ses habitudes pour ouvrir les portes Ulna, plus ergonomiques, appréciées notamment lorsque le soignant transporte un plateau. Par ailleurs, les différentes couleurs vives des portes peuvent servir de signalétique pour identifier les chambres de patients en isolement. Après plus de deux ans d'utilisation, l'ensemble des soignants du service des maladies infectieuses du CHI de Poissy-Saint Germain en-Laye reconnaît l'utilité de ces poignées, dont l'installation sera proposée lors de la construction du futur hôpital.»

POIGNÉES CONTAMINÉES DE 15 UFC PAR SURFACE PRÉLEVÉE'

Il existe une différence significative en faveur des PU si l'on considère le risque lié à leur préhension manuelle en dehors de la zone d'appui antébrachial.

	PPC	PU	P
T1<15UFC/25cm'	17,7% (8/45)	24,4% (11/45)	0,6
T2<15UFC/16cm'	51,6% (58/112)	86,6% (104/120)	<10-6

' Résultats à partir des 322 prélèvements réalisés