



EFE BSA 2

SESSION 2017

**CAPLP
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

**Section : BIOTECHNOLOGIES
Option : SANTÉ – ENVIRONNEMENT**

SECONDE ÉPREUVE

Durée : 5 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

A

Les infections associées aux soins

La prévention des infections associées aux soins (IAS)

Le programme national pour la sécurité des patients constitue désormais le cadre à partir duquel les politiques sectorielles de sécurité des soins pourront s'articuler entre elles et se renforcer mutuellement.

Les infections associées aux soins (IAS) ont constitué ces vingt dernières années une véritable préoccupation pour la sécurité des patients et un enjeu important pour les professionnels de santé qu'ils exercent dans ou en dehors d'un établissement de santé. La prévention de ces IAS s'intègre dans une démarche classique ayant fait la preuve de son efficacité : identification du risque, information et formation des acteurs concernés, application de mesures validées et évaluation de leur mise en œuvre.

Aussi pertinents soient-ils, aucune décision ni aucun acte thérapeutique ne peuvent être dépourvus de risque. La « gestion » des risques est la réponse raisonnable parce que raisonnée au constat de l'impossibilité de leur élimination. La gestion des risques associe la prévention de tous les risques qui peuvent être identifiés et la détection-atténuation des événements indésirables lorsqu'ils surviennent.

Source : Programme national pour la sécurité des patients 2013 / 2017 – Février 2013

Surveiller et prévenir les infections associées aux soins – Septembre 2010

Les précautions « standard » sont décrites dans 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. Ce texte actualise le concept d'isolement vis-à-vis du sang et des liquides biologiques. Il demande que des précautions générales d'hygiène ou précautions « standard » soient mises en œuvre par tout soignant lors de tout soin à tout patient quel que soit son statut infectieux. En permettant de diminuer le risque de transmission croisée, leur objectif est double : assurer la qualité des soins dispensés aux patients et assurer la sécurité des soignants.

Source : Société Française d'Hygiène Hospitalière

- 1- Proposer une synthèse des mesures standard que l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille APHM doit respecter pour prévenir la transmission des agents infectieux et analyser les dispositions particulières prises lors de l'épidémie à *Clostridium difficile*.
- 2- Proposer une démarche pédagogique pour traiter avec des élèves de CAP Agent de propreté et d'Hygiène la lutte contre les biocontaminations.

INFORMATION AUX CANDIDATS

Vous trouverez ci-après les codes nécessaires vous permettant de compléter les rubriques figurant en en-tête de votre copie.

Ces codes doivent être reportés sur chacune des copies que vous remettrez.

► **Concours externe du CAPLP de l'enseignement public :**

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EFE	7200L	102	0530

► **Concours externe du CAFEP/CAPLP de l'enseignement privé :**

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EFF	7200L	102	0530

Liste des annexes :

Annexe 1 : Extrait de 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.

Annexe 2 : Clostridium difficile : plus de 40 personnes infectées à Marseille
Source : Sciences et Avenir - Article du 07/10/2013

Annexe 3 : Conduite à tenir : diagnostic, investigation, surveillance, et principes de prévention et de maîtrise des infections à Clostridium difficile.
Source : Institut National de Veille Sanitaire (INVS)

Annexe 4: Protocole entretien des locaux hospitaliers AP-HM et grille d'évaluation
Source : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Annexe 5 : Extrait du protocole d'utilisation d'un produit désinfectant chloré
Source : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Annexe 6 : Fiche technique Détergent désinfectant
Source : Laboratoire Annios

Annexe 7 : Extrait du référentiel du Certificat d'Aptitude Professionnelle Agent de Propreté et d'Hygiène.

Annexe 1 : Extrait de 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.

Gestion du risque et moyens de prévention dans les unités de soins.

[...]

II – Les éléments du programme de prévention :

Le chef d'établissement en concertation avec le C.L.I.N., le médecin du travail et le C.H.S.C.T doit définir une stratégie de prévention. Cette stratégie intégrée dans une démarche d'amélioration des conditions de travail doit tenir compte de l'impact des mesures préconisées sur la **sécurité des patients** et repose sur :

- 1 - la vaccination du personnel soignant,
- 2 - le respect des précautions générales d'hygiène,
- 3 - l'utilisation rationnelle d'un matériel adapté,
- 4 - la prévention de l'exposition dans les blocs opératoires
- 5 - la mise en place d'un dispositif de prise en charge des A.E.S (accident d'exposition au sang),
- 6 - l'interprétation des données de la surveillance,
- 7 - l'information et la formation du personnel,
- 8 - l'évaluation des actions entreprises.

1 - La politique de vaccination des personnels :

La loi du 18 janvier 1991 (art. L.10 du Code de la Santé Publique) précise que tout personnel, exerçant dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soin, une activité professionnelle l'exposant à un risque de contamination doit être immunisé contre l'hépatite B, y compris le personnel en formation.

Le chef d'établissement est tenu de mettre à la disposition de ce personnel les moyens nécessaires à son immunisation. Il a la responsabilité de s'assurer du respect de cette obligation vaccinale notamment pour les médecins (chirurgiens) et personnels médicaux temporaires, catégories professionnelles chez lesquelles la couverture vaccinale reste insuffisante.

La tenue, par le service de médecine du travail, d'un fichier de vaccination facilite l'identification des agents non vaccinés. Pour une plus grande sensibilisation et information des personnels, des actions de communication concernant la vaccination doivent être menées en collaboration avec le C.H.S.C.T.

2 - Les précautions générales d'hygiène ou précautions "standard":

Les précautions d'hygiène sont à appliquer pour tout patient quel que soit son statut sérologique. Elles doivent être respectées par tout soignant lors d'une situation à risque, c'est à dire lors d'un acte présentant un risque de contact ou projection avec des produits biologiques, la peau lésée ou une muqueuse.

Les produits biologiques concernés dans la transmission du V.I.H. et des virus des hépatites B et C sont ceux pour lesquels une contamination a été prouvée ou est possible. Compte tenu des risques liés aux autres agents infectieux notamment bactériens, ces précautions d'hygiène sont applicables à tous les produits d'origine humaine (Précautions "Standard").

Afin d'améliorer le respect des consignes et optimiser l'utilisation des ressources, il conviendra de mettre à la disposition des personnels des matériels de protection (gants, sur blouses, masques...) choisis selon des critères d'efficacité et de confort. Ainsi les gants doivent être conformes à la réglementation (marquage CE obligatoire à partir du 14 juin 1998), aux normes en vigueur (normes européennes EN 455-1 et 455-2) et adaptés aux soins effectués. Les produits nécessaires au lavage et à la désinfection des mains doivent être choisis selon des critères d'efficacité et de tolérance cutanée. Le choix de ces matériels et produits est fait en concertation avec les utilisateurs, le pharmacien, le médecin du travail, l'équipe opérationnelle d'hygiène, si elle existe, et les services économiques.

Dans les unités de soins, les responsables paramédicaux veilleront à l'approvisionnement permanent de ces matériels et consommables, ainsi qu'à la gestion correcte des soins, des dispositifs médicaux et de l'environnement :

- les protocoles de soins validés par le C.L.I.N. doivent inclure la sécurité du personnel. Ces protocoles doivent être connus du personnel et leur application régulièrement évaluée;
- tout dispositif médical à usage unique doit être strictement réservé à un patient et ne doit pas être réutilisé. Pour la réalisation d'actes invasifs en contact avec les tissus stériles et/ou le système vasculaire, il conviendra d'utiliser des dispositifs médicaux stérilisables ou à usage unique. Les dispositifs médicaux réutilisables doivent subir, avant toute nouvelle utilisation, une procédure d'entretien selon un protocole validé par le C.L.I.N. (nettoyage, stérilisation ou désinfection) ;
- lors des soins, et notamment lors d'actes comportant un abord vasculaire, les risques de projections ou d'aérosolisation de sang doivent être prévenus et limités ; par exemple :
 - o utiliser, au cours de manœuvres intravasculaires en particulier lors de cathétérismes artériels et veineux centraux, des dispositifs médicaux permettant de minimiser la production de gouttelettes de sang (cathéter avec valve anti retour);
 - o ne pas retirer l'emballage de protection garantissant la stérilité ou le niveau requis de désinfection du dispositif médical à l'avance par rapport au moment de son utilisation;
 - o ne pas purger une seringue contenant du sang après une tentative de ponction veineuse infructueuse : la jeter et la remplacer par une seringue neuve ou utiliser un boîtier spécifique permettant de la purger sans produire d'aérosol.
 - o procéder à l'entretien de toutes les surfaces proches du patient et des plans de travail entre chaque patient.

3 - Les dispositifs médicaux dits "de sécurité":

Ces dispositifs médicaux (aiguilles à prélèvement, cathéters, conteneurs...) permettent de diminuer le risque de survenue des AES. Ils doivent être considérés comme un moyen de prévention complémentaire au respect des précautions générales d'hygiène.

Le C.L.I.N. en collaboration avec le pharmacien, le médecin du travail, l'équipe opérationnelle d'hygiène, si elle existe, les soignants et les services économiques choisit ces dispositifs médicaux à partir de l'analyse des accidents recensés dans leur établissement. La stratégie définie doit prendre en compte en priorité les actes de soins identifiés par la surveillance comme étant à risque élevé d'A.E.S.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de norme spécifique concernant les dispositifs médicaux dits "de sécurité". La notion de sécurité indiquée par le fabricant l'est sous sa seule responsabilité. Selon les recommandations du Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition au Sang (G.E.R.E.S.), les dispositifs médicaux utilisés pour les actes invasifs doivent être choisis parmi ceux dont la sécurité a été démontrée et possédant (par ordre de préférence):

- une mise en sécurité intégrée,
- une mise en sécurité automatique la plus précoce par rapport au geste,
- une activation unimanuelle, irréversible, avec un indicateur de mise en sécurité pour les dispositifs nécessitant une mise en sécurité par l'opérateur.

Avant la mise en place de ce matériel dans les unités de soins et services techniques il est indispensable de s'assurer de sa compatibilité avec le matériel déjà existant. Une fiche d'utilisation de ces dispositifs médicaux doit être établie par le C.L.I.N. et une formation pratique sur leur manipulation donnée aux utilisateurs. Enfin, leur emploi correct dans les services de soins doit être évalué régulièrement.

Parmi ces dispositifs de sécurité, les conteneurs pour objets coupants, tranchants constituent un moyen démontré et indispensable de prévention des A.E.S. Leur choix doit se faire selon des critères de sécurité (volume adapté, niveau de remplissage maximum visible, système anti-reflux, stabilité, étanchéité... Afin d'optimiser leur utilisation, il est nécessaire que les responsables paramédicaux des unités veillent à instaurer une gestion rigoureuse de

ce matériel : approvisionnement permanent, emplacement au plus près des soins, élimination sans délai lorsque le niveau de remplissage maximum est atteint.

4 - La prévention de l'exposition dans les blocs opératoires :

Du fait de la manipulation répétée d'objets piquants, tranchants et de la fréquence des contacts avec le sang et les liquides biologiques, les actes opératoires sont considérés comme des procédures à haut risque d'A.E.S.

4. 1 - Procédures en cause et facteurs de risque :

Les différentes enquêtes menées à ce jour montrent que 6 à 12 % des interventions sont marquées par un A.E.S. Cependant, il existe une sous-déclaration importante des A.E.S au bloc opératoire notamment de la part des chirurgiens qui sont les soignants les plus exposés lors des interventions.

Les contacts cutanéomuqueux sont les A.E.S les plus nombreux au bloc opératoire. Le site le plus exposé est le visage.

Les accidents percutanés surviennent en majorité lors de la suture des plans profonds et superficiels et notamment lors des sutures à l'aveugle. Ce sont les mains qui sont alors les plus exposées et plus particulièrement la main mineure utilisée pour maintenir les plans à suturer, pour repérer l'aiguille dans le champ opératoire et lors de la manipulation du matériel vulnérant.

4. 2 - Les mesures de prévention au bloc opératoire :

Afin d'assurer une protection optimale des soignants et des soignés, le personnel travaillant au bloc opératoire doit connaître et respecter les recommandations générales de prévention. Ces recommandations, précisées dans les chapitres précédents, concernent la couverture vaccinale, la formation, les précautions générales d'hygiène, la gestion du matériel.

Cependant, du fait de la spécificité du travail et de l'organisation au bloc opératoire, des mesures complémentaires doivent être envisagées en concertation avec les chirurgiens, les responsables paramédicaux du bloc opératoire, les personnels et le C.L.I.N.

Il est recommandé de mettre en place :

- un cahier de relevé des accidents intervenus lors de chaque intervention afin de connaître le nombre et les circonstances de survenue des A.E.S. Les responsables de service détermineront les modalités précises de relevé des accidents et notamment la personne chargée de les notifier. L'interprétation des données de cette surveillance, faite par le médecin du travail, permettra de préciser les actions spécifiques à mettre en place;

- des moyens de prévention visant à limiter le risque de blessures tels que :

- * le port d'une tenue chirurgicale adaptée avec, notamment pour les opérateurs principaux, le port d'une double paire de gants. Les gants doivent être changés systématiquement après effraction ; les gants externes périodiquement au cours de l'intervention. Une protection large du visage (masque avec visière) et le port de casaque ayant des propriétés barrières (non-tissé, micro-fibre ...) sont recommandés.

- * l'application de techniques opératoires qui favorisent la coordination des équipes (par exemple : éviter que deux opérateurs ne suturent au même moment le même site) et limitent le contact direct de la main controlatérale de l'opérateur avec le site opératoire ou des instruments vulnérants (par exemple : utilisation de pinces pour saisir le tissu à suturer et l'aiguille lors de son retrait de la plaie).

- * l'utilisation d'alternatives à moindre risque d'A.E.S : agrafeuses à sutures aponévrotiques et cutanées, sutures automatiques par pince, aiguilles courbes à bout mousse.

- * la maîtrise de la manipulation des instruments vulnérants (piquant, tranchant).

5 - La prise en charge des A.E.S :

Un dispositif permettant une prise en charge rapide des A.E.S pour une éventuelle chimioprophylaxie et un suivi prolongé des personnes exposées vis à vis de l'ensemble des risques viraux (V.I.H, V.H.B, V.H.C) doit être organisé et mis en œuvre dans l'établissement conformément à la circulaire DGS/DH/DRT N° 98-228 du 9 avril 1998 et en ce qui concerne le risque d'hépatite C, à la conférence de consensus "Hépatite C : dépistage et traitement".

Le dispositif prévu par cette note fait intervenir les médecins référents locaux, le pharmacien et le médecin du travail.

6 - La surveillance des A.E.S :

La déclaration des A.E.S doit être faite à l'employeur (la direction de l'établissement) et notifiée au service de médecine du travail selon les modalités en vigueur dans l'établissement.

L'interprétation de ces données par le médecin du travail en collaboration avec le C.L.I.N., permet d'identifier les circonstances de survenue des A.E.S (matériel utilisé, geste effectué) et de déterminer, en concertation avec les différents acteurs, les actions à mettre en place (information, formation, organisation du travail, élaboration de protocoles de soins incluant la sécurité du personnel, choix de matériel).

De nombreuses études évoquent une sous-déclaration des A.E.S, variable selon la catégorie professionnelle et le type d'accident. Pour obtenir un recueil exhaustif des données il est recommandé que le médecin du travail mette en place, dans chaque service, un système de surveillance à partir d'un registre de relevé des accidents. Ce registre ne peut se substituer à la déclaration officielle à l'employeur mais doit être considéré comme un outil complémentaire de recueil de données.

7 - L'information et la formation du personnel :

Une information globale et par service portant sur les accidents survenus, organisée en collaboration avec le C.L.I.N., l'équipe opérationnelle d'hygiène et le médecin du travail permet une sensibilisation des professionnels sur les risques encourus. Cette étape est indispensable et constitue le premier temps de la formation.

En parallèle, une réflexion menée en équipe concernant les accidents survenus ainsi que l'organisation des soins (nombre de procédures à risque prescrites, notion d'urgence, interruption des tâches) doit être organisée par les responsables médicaux et paramédicaux de chaque unité de soins.

Des actions d'information et /ou de formation sur les risques encourus par les soignants et les malades, les gestes et procédures à risques, les règles d'hygiène à appliquer, l'utilisation des nouveaux matériels, la conduite à tenir devant un A.E.S sont primordiales. Elles doivent concerner l'ensemble des personnels de l'hôpital : médicaux, paramédicaux, medico-techniques. Ces actions sont à mettre en place dans le cadre de la formation permanente en concertation avec le C.L.I.N.

Une collaboration avec les centres de formation (universités, instituts de formation en soins infirmiers...) est nécessaire pour optimiser l'éducation à la prévention des risques et l'apprentissage des procédures et techniques de soins lors des stages.

8 - L'évaluation des actions entreprises :

Le C.L.I.N. et l'équipe opérationnelle d'hygiène, si elle existe, en collaboration avec le médecin du travail, définissent et mettent en place une stratégie d'évaluation des mesures de prévention.

Cette évaluation peut se faire à partir de l'observation des pratiques. Elle concerne alors les dispositifs médicaux de sécurité mis en place (utilisations, manipulations adéquates), le respect des précautions générales d'hygiène...

Cette évaluation peut être indirecte à partir des déclarations officielles d'accidents et/ou des données fournies par le système de surveillance mis en place. Elle peut permettre d'évaluer le matériel de sécurité mis en place en étudiant le nombre d'accidents.

Annexe 2 : *Clostridium difficile*: plus de 40 personnes infectées à Marseille

Source : *Sciences et Avenir* - Article du 07/10/2013

Depuis le printemps, plus de 40 cas d'infections par une souche pathogène de la bactérie *Clostridium difficile* recensés dans les Bouches-du-Rhône.

Depuis le mois de Mars, une épidémie due à une souche mutante de la bactérie *Clostridium difficile* dénommée 027 sévit dans les établissements sanitaires des Bouches-du-Rhône. Elle reste pour le moment circonscrite à ce département et le nombre de cas (41) est limité. Néanmoins pour ce pathogène provoquant des diarrhées graves pouvant causer la mort, chez les personnes âgées fragilisées, les autorités sanitaires ont mis en place des mesures de surveillance et d'isolement pour les malades concernés.

Une bactérie nouvelle en PACA

Le *Clostridium difficile* 027 est apparu dans les années 2000 aux Etats-Unis puis a gagné l'Europe. La contamination se fait par voie oro-fécale et la bactérie se transmet de personne à personne par manu-portage ou à partir de l'environnement contaminé. « La France était jusqu'ici relativement épargnée avec un seul épisode épidémique dans la région lilloise en 2006-07. Mais cette souche 027 est dangereuse car elle est très contagieuse et peut entraîner une mortalité importante » souligne le Pr Didier Raoult, spécialiste des maladies infectieuses et directeur du laboratoire de bactériovirologie de la Timone à Marseille. Le chercheur évoque une mortalité de 30% pour les premiers cas analysés. Un chiffre que relativise l'Agence régionale de santé (ARS) qui souligne que les personnes décédées étaient âgées et souffraient de plusieurs pathologies.

ANTIBIOTIQUES. Le germe ne frappe pas au hasard : il est particulièrement délétère chez les personnes âgées (la moyenne d'âge des patients atteints oscille entre 75 et 80 ans) qui ont auparavant été traitées par antibiothérapie. Des traitements qui altèrent la flore intestinale et qui laissent le champ libre à la bactérie. Face à cette menace, l'Agence régionale de santé (ARS) a mis en place des mesures de surveillance et d'alerte dans les établissements sanitaires de la région et notamment au niveau des EHPAD qui accueillent les personnes âgées.

Un germe à rechercher

Pour circonscrire ce début d'épidémie, la stratégie repose sur le repérage des cas et l'isolement des malades et l'application de mesures d'hygiène stricte. « Car la bactérie est très difficile à éliminer » insiste le Pr Raoult. « Effectivement, elle est résistante aux solutés hydro-alcooliques utilisés par le personnel soignant pour se désinfecter les mains de même qu'aux produits de nettoyage couramment utilisés dans les hôpitaux » confirme Jean-Christophe Delarozière de l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN). Les établissements de santé doivent donc appliquer des protocoles particuliers pour lutter contre ce *Clostridium*.

DEPISTAGE. Fort heureusement, l'infection par cette souche 027 est facile à diagnostiquer. Une analyse de selles suffit à la détecter, à condition que cet examen soit prescrit. « Toute personne âgée qui a été traitée par antibiotiques et qui souffre de diarrhée doit être dépistée pour le *Clostridium* » insiste le Dr Francis Charlet, responsable de la cellule Veille et sécurité sanitaire à l'ARS. L'agence s'apprête d'ailleurs à rappeler ces recommandations aux médecins traitants en ville et aux résidents des établissements sanitaires.

Un isolement strict des malades

En cas de diagnostic positif, les malades atteints sont orientés vers les 35 lits d'isolement que détient l'AP-HM (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille) pour y être traités. Dans ces services spécialisés, des précautions particulières (blouse, gants, désinfections à l'eau de javel) sont adoptées par les soignants, les malades et leurs éventuels visiteurs. Le traitement en lui-même repose sur la réhydratation, une antibiothérapie adaptée mais parfois une prise en charge chirurgicale est nécessaire.

Annexe 3 : Conduite à tenir : diagnostic, investigation, surveillance, et principes de prévention et de maîtrise des infections à *Clostridium difficile*.

Source : Institut de Veille Sanitaire (InVS)

Agent responsable et pathogénèse

C. difficile est un bacille à Gram positif anaérobie sporulé (Figure 1) responsable de 15 à 25% des diarrhées post-antibiotiques et de plus de 95% des cas de colites pseudomembraneuses (CPM). C'est la première cause de diarrhées infectieuses nosocomiales chez les adultes.



Figure 1 : Spores de *C. difficile* en coloration de Gram (Source : Hôpital Saint-Antoine, Paris).

La survenue d'une infection digestive liée à *C. difficile* (ICD) dépend de quatre éléments associés, concomitants ou successifs : une diminution de la résistance à la colonisation par *C. difficile* induite le plus souvent par l'antibiothérapie, l'acquisition d'une souche de *C. difficile*, la sécrétion de toxines et une absence de réponse immunitaire (Figure 2). Seules les souches toxinogènes de *C. difficile* sont pathogènes : une fois implantées au sein d'un écosystème modifié, elles sécrètent deux toxines (toxine A ou TcdA et toxine B ou TcdB) qui agissent en synergie au niveau de la muqueuse digestive.

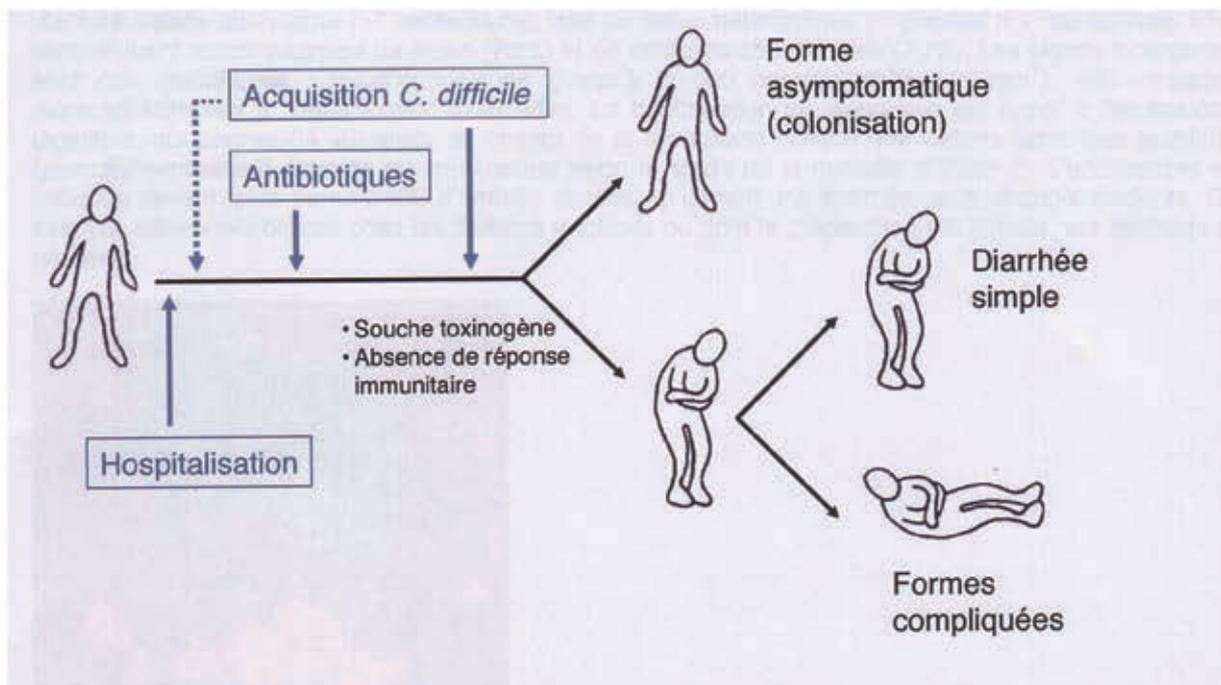
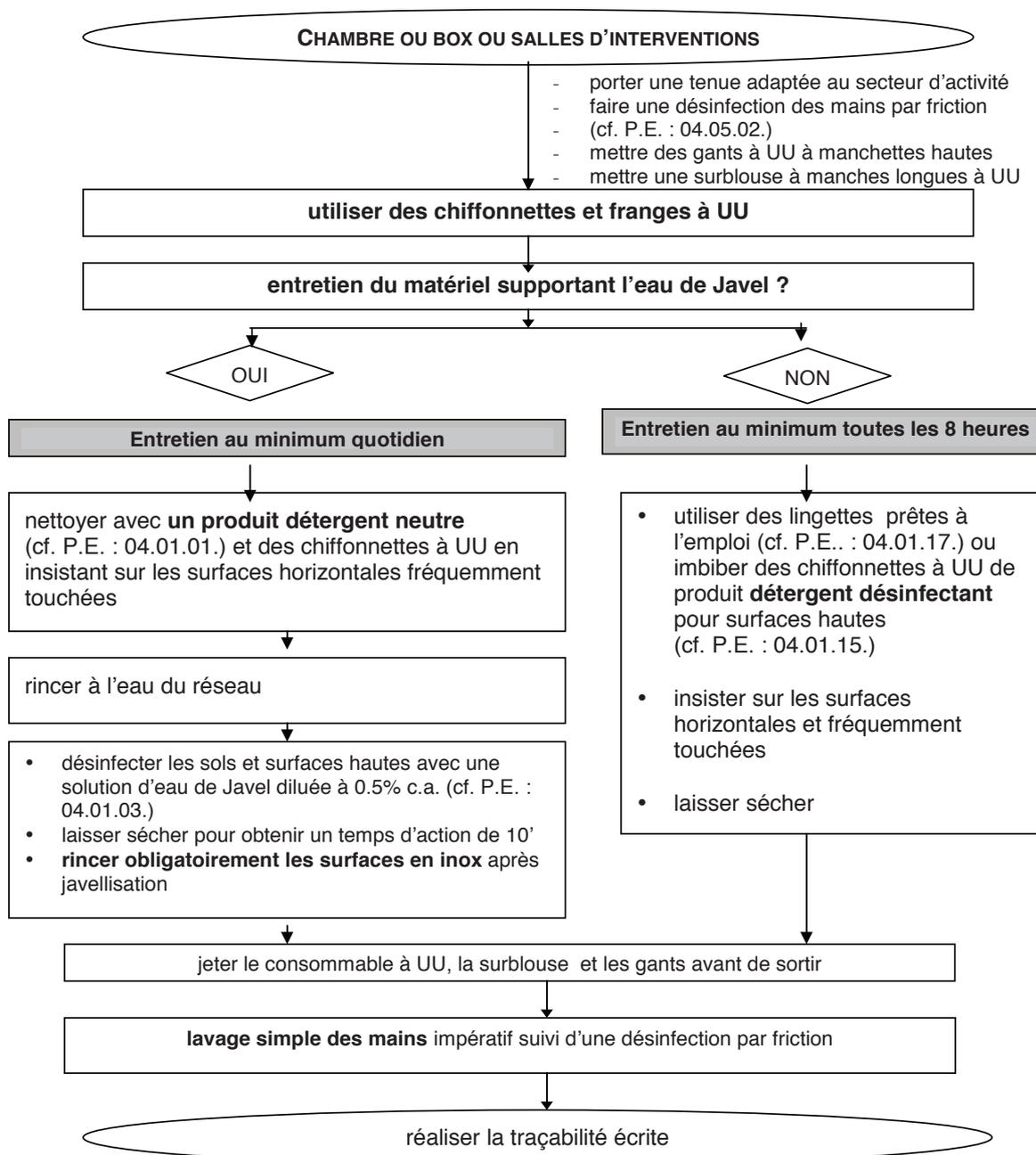


Figure 2 : Pathogénèse de l'infection à *C. difficile* et formes cliniques.

Annexe 4: Protocole d'entretien des locaux hospitaliers AP-HM

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 03.
Entretien des locaux hospitaliers, cas particuliers : infections à <i>clostridium difficile</i> Fiche Technique 7A	

- Respecter les Précautions Standard
- Respecter les Précautions Particulières type entérique



Annexe 5 : Extrait du protocole d'utilisation d'un produit désinfectant chloré. Source Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

AP-HM / CLIN	P.E : 04.01.03
Produit désinfectant chloré	

1. OBJET

Objectif global : Assurer une désinfection de l'environnement hospitalier (surfaces, matériel).

Objectif spécifique : Détruire les micro-organismes présents sur les surfaces inertes et sous certaines conditions, inactiver les ATNC, inactiver le virus EBOLA

2. DOMAINE D'APPLICATION Selon le pourcentage en chlore actif :

- 0.1% : désinfection en condition de propreté (c'est à dire après nettoyage, rinçage) des sols, surfaces et des robinets
- 0.5 % :
 - o En condition de saleté pour l'inactivation des liquides biologiques avant nettoyage des sols et surfaces avant nettoyage, et pour la désinfection des siphons
 - o Désinfection en condition de propreté des sols et des surfaces, en présence d'infections à *Clostridium difficile*,
- 2 % : inactivation des ATNC ou « prions ».

3. GLOSSAIRE

DESINFECTANT, SURFACES, ATNC, CLOSTRIDIUM, EBOLA

4. DOCUMENTS DE REFERENCE disponibles auprès du CLIN AP-HM

- Fiches techniques des produits fournis par le fabricant ou le distributeur
- Avis de la SFHH relatif à l'utilisation de l'eau de Javel dans les établissements de soins, Juin 2006 (Hygiènes 2006, vol.6)
- Note de DHOS – DGS 335, 2006 du 1^{er} sept 2006 Recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé.
- Fiche technique Cclin Paris Nord 12 sept 2006 sur les Mesures de prévention et maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile*.
- L'eau dans les établissements de santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Décembre 2009
- Avis de la Chambre Syndicale Nationale de l'Eau de Javel 2006
- Circulaire DGS/DHOS 138 du 14 mars 2001 relative aux Précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission des ATNC
- HCSP : relatif à une demande de précisions sur l'avis du HCSP concernant la conduite à tenir autour des cas suspects de maladie à virus Ebola du 10 avril 2014 -10 septembre 2014

AP-HM / CLIN	P.E : 04.01.03
Produit désinfectant chloré	

5. FICHE TECHNIQUE : EXTRAIT DE JAVEL ou Concentré de Javel

Distributeur : COLDIS

Présentation : Extrait ou concentré de Javel : liquide jaune pâle à 9,6% de chlore actif dans berlingot à vis, opaque, de 250 ml.

Composition : Hypochlorite de sodium et chlorure de sodium

Spectre d'activité :

Selon le pourcentage en chlore actif, obtenu selon les dilutions : bactéricidie, fongicidie, virucidie, sporiciidie (*Clostridium Difficile...*) et sous certaines conditions, inactivation des ATNC ou prions.

Mode d'utilisation :

- l'extrait ou le concentré d'Eau de Javel ne s'utilise jamais pur, il doit toujours être dilué dans de l'eau froide
- le contenu du flacon sera versé dans un flacon opaque propre, à bouchon vissé, de contenance d'1 litre et réservé à cet effet.

Précautions d'emploi :

- porter des gants de ménage lors des préparations et de l'utilisation
- ne pas mélanger avec d'autres produits d'entretien
- ne pas utiliser de produits détartrants avant ou juste après son utilisation
- rincer obligatoirement les surfaces en inox après javellisation

Conservation :

- l'extrait de Javel à 9,6% de chlore actif se conserve dans son flacon d'origine de 250 ml, à l'abri de la chaleur et de la lumière :
 - o 3 mois après la date de fabrication, en période froide
 - o 2 mois ½ après la date de fabrication, en période chaude.
- l'eau de Javel à 2,6% préparée dans un flacon opaque à bouchon vissé doit être utilisée dans les 24 heures qui suivent sa préparation
- les autres dilutions préparées dans des contenants ouverts doivent être utilisées extemporanément.

Annexe 6 : Fiche technique d'un détergent désinfectant.

ANIOSURF premium

Détergent désinfectant
sols et surfaces



PRODUIT A DILUER
soit 20 ml → 8 L

0,25%

INDICATIONS

Nettoyage et désinfection des sols, murs et matériels (y compris le matériel médical).

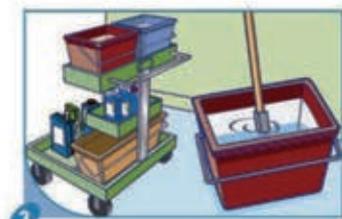
PROTOCOLE D'UTILISATION



1 Remplir un seau de lavage avec 8 litres d'eau.
Dilution à 0,25 % : verser une dose de 20 ml de ANIOSURF Premium.



2 Après avoir effectué un balayage humide de la pièce, procéder au lavage en respectant le schéma de nettoyage : du fond vers la sortie, du plus propre au plus sale. Ne pas rincer.



3 Changer de franges autant de fois que nécessaire. Mettre la frange sale dans le récipient prévu à cet effet.



4 Après le nettoyage de chaque secteur, changer la frange, renouveler la solution de lavage.

Fréquence d'utilisation	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
ANIOSURF Premium							

Dangereux - respectez les précautions d'emploi. Utilisez les biocides avec précaution. Avant toute utilisation, lisez l'étiquette et les informations concernant le produit.
Produit biocide destiné à la désinfection des surfaces (Groupe 1-TP 2 - directive 98/5/CE)



Pavé du Moulin
59260 Lille-Hellemmes - France
Tél. : +33 3 20 67 67 67 - Fax : +33 3 20 67 67 68
www.anios.com



1818FR-2005.03A - Photos non contractuelles

Annexe 7 : Extrait du référentiel du Certificat d’Aptitude Professionnelle Agent de Propreté et d’Hygiène.

S3 – Lutte contre les biocontaminations

Connaissances	Limites d'exigences
1.3. Traitement des biocontaminations Désinfection, bionettoyage Produits désinfectants Règles de désinfection Techniques de bionettoyage	Définir bionettoyage Distinguer asepsie, antiseptie, désinfection et stérilisation Définir les propriétés microbiologiques : bactéricide, fongicide et virucide Mettre en relation les propriétés microbiologiques des désinfectants utilisés avec les micro-organismes prépondérants du secteur d'intervention Justifier le choix du produit au regard du secteur d'intervention et du résultat attendu A partir du cercle de Sinner, énoncer les paramètres intervenant dans la désinfection Énoncer les règles à respecter pour optimiser la désinfection Différencier les techniques de bionettoyage combinée et séparée Justifier le choix de la technique de bionettoyage en fonction du résultat attendu