

	GENERALITES	3.01
---	--------------------	-------------

Introduction

La qualité de la prestation "entretien des locaux" concerne l'ensemble des surfaces et les équipements mobiliers dans les établissements de soins. Un niveau de propreté visuelle satisfaisant et un faible niveau de contamination des surfaces contribuent à la prévention de la lutte contre les infections nosocomiales. La démarche qualité est une stratégie globale comprenant 5 phases qui peuvent se décliner de la façon suivante :

- 1) Etude de l'existant
- 2) Diagnostic des éléments de dysfonctionnement
- 3) Choix des solutions possibles
- 4) Expérimentation des solutions retenues
- 5) Mise en place des améliorations et vérification des applications

Le ou les responsables de l'entretien des locaux pour la mise en place de cette prestation s'appuieront essentiellement sur :

- les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales (comité technique national des infections nosocomiales)
- le référentiel GFL "le nettoyage des locaux et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène" (manuel accréditation ANAES)

Les fiches techniques de ce guide concernent les produits, le matériel, les matériaux et les techniques. Elles ont été élaborées avec le souci du respect des grands principes d'hygiène et en fonction des connaissances actuelles dans le domaine de l'hygiène de l'environnement. Elles pourront constituer une aide dans la démarche qualité.

I - LES GRANDS PRINCIPES D'HYGIENE ET D'ORGANISATION DU TRAVAIL A RESPECTER POUR LES PRESTATIONS D'ENTRETIEN DES LOCAUX

1) Nécessité de choisir une technique qui ne soit pas vecteur de micro-organisme

Par exemple :

- Le dépoussiérage humide des surfaces sera systématiquement réalisé. Les techniques générant des particules susceptibles de contaminer l'air puis de sédimenter sur les surfaces seront impérativement exclues dans les zones à risque infectieux élevé.
- Les opérations de nettoyage seront programmées en coordination avec les autres prestations : nursing, soins...
- La progression du travail sera établie en tenant compte des règles d'asepsie progressive, ainsi l'opérateur s'attachera à nettoyer et désinfecter les surfaces les moins contaminées pour terminer par les plus contaminées.

En unité de soins, il est recommandé d'effectuer l'entretien quotidien de la chambre du patient après les soins de nursing et la réfection du lit, avant la réfection d'un pansement.

2) Nécessité de porter une tenue vestimentaire adéquate à l'exécution des travaux d'entretien des surfaces

● Comme le prévoit le Décret n° 94-352 du 4 mai 1994, une tenue de travail spécifique doit être mise à la disposition du personnel. Elle doit pouvoir être changée chaque jour ; Des chaussures confortables, silencieuses, propres et fermées, réservées au lieu de travail, complètent la tenue.

Le port de tablier plastique à usage unique est recommandé pour les tâches salissantes ou mouillantes. Chaque agent doit avoir à sa disposition une paire de gants de ménage qui sera régulièrement changée et lavée et désinfectée tous les jours.

3) Nécessité d'un nettoyage régulier et périodique respectant les procédures en vigueur

Les procédures co-rédigées par les utilisateurs et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière sont validées par le CLIN. Elles sont accompagnées de fiches techniques ou mode opératoire et concernent le matériel, les produits mis à disposition, les principales techniques ainsi que le descriptif des opérations à réaliser dans chaque pièce chaque jour et à périodicité définie.

La traçabilité des opérations d'entretien périodiques est indispensable. Après exécution, l'opérateur devra donc indiquer la nature des opérations, la date et signer.

4) Nécessité d'une formation du personnel responsable de l'hygiène des locaux

Le personnel soignant, cadres de santé, infirmiers(es), aide-soignants... bénéficie d'un enseignement dans ce domaine au cours de leur formation. Les agents de service qualifiés et/ou les agents d'entretien spécialisés ne sont pas toujours recrutés sur diplôme. C'est pourquoi, une formation théorique et pratique doit être dispensée dès l'embauche à chacun d'entre eux.

Une formation continue de l'ensemble du personnel responsable de l'hygiène des locaux sera également instaurée.

En cas de prestation extérieure, il faudra s'assurer de la formation des agents et de l'adéquation de leur travail aux caractéristiques des établissements de santé.

5) Nécessité d'évaluer : - l'application des procédures - les résultats obtenus

Pour être appliquées, les procédures doivent être d'abord connues, regroupées dans un document accessible à tous et à tout moment.

La vérification de l'application des procédures peut être réalisée sous la forme d'un audit interne avec rendu des résultats et le cas échéant aboutir à une révision de celles-ci.

La propreté visuelle des surfaces sera évaluée à l'aide d'une grille regroupant différents critères : absence de poussière, déchets, souillures, traces.....

Elle peut faire l'objet d'une auto-évaluation.

Si la fonction entretien est confiée à un prestataire, la grille d'évaluation sera mentionnée dans le cahier des charges.

L'évaluation du niveau de contamination des surfaces, après nettoyage désinfectant ou en cours d'activité en précisant l'heure du dernier nettoyage désinfectant est fixée selon les différentes zones de l'établissement par le CLIN.

II - LES OBJECTIFS A ATTEINDRE

Il existe peu de textes réglementaires ou de recommandations sur le contrôle microbiologique des surfaces

- Le guide « Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé – Air, eaux et surfaces » (CTIN – Septembre 2002) propose un nombre limité d'indications pour les prélèvements de surface.
- la circulaire DGS/VS2 - DH/EM1/EO1/97-672 du 20 octobre 1997 recommande des contrôles de surface en stérilisation sans préciser le type de contrôle (visuel ou microbiologique) et leur périodicité

- les 100 recommandations pour la surveillance des infections nosocomiales préconisent des contrôles de surface en secteurs protégés sans préciser non plus le type de contrôle (visuel ou microbiologique) et leur périodicité
- A titre d'exemple, l' A.S.P.E.C (Association pour la prévention et l'étude de la contamination) définit des "valeurs guides" dans les secteurs à haut risque et à très haut risque infectieux

"Valeurs guides" hors activités, après nettoyage (adapté de l'ASPEC)

	Zone à haut risque		Zone à très haut risque	
	Bactéries UFC/boîte	Moisissures UFC/boîte	Bactéries UFC/boîte	Moisissures UFC/boîte
Niveau d'action	25	1	10	1
Niveau d'alerte	10	1	1	1
Niveau cible	5	< 1	< 1	< 1

III- UNE DESINFECTION COMPLEMENTAIRE DES SURFACES EST-ELLE NECESSAIRE ?

1) Cadre réglementaire

- Art L14 et L15 code santé publique : la désinfection terminale des locaux est obligatoire pour les maladies à déclaration obligatoire
- Décret n°99-362 du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies visées à l'article L. 11 du code de la santé publique et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
et Décret n°99-363 du 6 mai 1999 fixant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)
- Arrêté du 25 mars 1992 : conditions que doivent remplir les procédés appareil + produits destinés à la désinfection terminale

2) Recommandations

- Selon le C.D.C, la désinfection des locaux est classée dans la 3^{ème} catégorie (faiblement recommandée)
- Selon le CCLIN Paris Nord
" La corrélation entre maladie à déclaration obligatoire et désinfection terminale n'a pas aujourd'hui de raison d'être"
- Selon le Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux : "les indications générales et l'intérêt de la désinfection terminale par voie aérienne sont très discutés et semblent tout à fait inadaptés aux situations décrites, en raison de l'établissement d'un lien artificiel entre la désinfection des locaux et la déclaration obligatoire d'une maladie"

3) Les procédés

a) La désinfection par voie aérienne

- Principe
Diffusion d'un produit désinfectant sous forme d'aérosol (particules 0.5 µ à 1 µ) par l'intermédiaire de l'air. Ce procédé désinfecte les surfaces qui sont en contact avec le produit désinfectant et non pas l'air

- Paramètres

Homologation ministérielle

Surfaces propres : ce procédé doit être précédé d'un nettoyage

Hors présence humaine

Chambre étanche et calfeutrée

Temps de contact : 4 h + aération 30 mn à 2 h

- Inconvénients

Toxicité du produit

Immobilisation de la pièce

Bénéfice par rapport à un nettoyage désinfectant classique non prouvé

Coût

b) Pulvérisation d'un désinfectant

- Principe

Application à 30-50 cm de la surface d'un film homogène de désinfectant alcoolique à l'aide d'un pulvérisateur

- Paramètres

En présence humaine sauf exception (Bébé, cure de désintoxication alcoolique)

Interdit sur certains matériaux, prises électriques, en présence de flammes

Temps de contact 20 min

Pas de rinçage ni d'essuyage

- Inconvénients

Bénéfice par rapport à un nettoyage désinfectant classique non prouvé

Pas d'homologation ministérielle.

Peut entraîner des sensibilisations allergiques chez le personnel si mauvaise utilisation

4) Conclusion

Il est illusoire et inutile d'obtenir l'éradication des micro-organismes vivants dans une chambre d'hospitalisation conventionnelle.

Quelques hôpitaux ont maintenu la désinfection par voie aérienne pour les maladies à déclaration obligatoire et ce plutôt pour des raisons réglementaires que médicales.

La désinfection terminale n'a jamais fait preuve de son efficacité dans la prévention des infections nosocomiales. Elle est par contre à l'origine des pathologies professionnelles majeures.

Le bénéfice qu'elle peut apporter en complément du nettoyage désinfectant classique n'étant pas établi, ce procédé tend à disparaître et n'a plus de raison d'être dans les établissements de santé, pour quelque indication que ce soit. Un nettoyage désinfectant soigneux reste parfaitement suffisant dans toutes les situations.

IV - CAS OU LA PRESTATION ENTRETIEN DES LOCAUX EST SOUS-TRAITEE

Certains établissements délèguent en partie ou en totalité le traitement des surfaces et des équipements à des prestataires de service.

Dans ce cas, un cahier des charges rigoureux doit être établi afin d'exclure tout litige ultérieur.

Ce cahier des charges inclut généralement :

- des clauses techniques qualitatives et quantitatives
- des clauses administratives et juridiques
- des clauses d'hygiène et sécurité

- des clauses particulières
- des clauses financières
- des clauses concernant la formation du personnel

Les clauses techniques peuvent être définies soit :

- par le contenu de la prestation : quels sont les locaux à nettoyer, quelles sont les opérations à réaliser et à quelle fréquence ?
- par le résultat à obtenir : dans ce cas, il faut préciser le résultat attendu, propreté visuelle, niveau de contamination ciblé ainsi que les moyens de contrôle et d'évaluation utilisés.

Responsable

Le CLIN de l'établissement établira les niveaux de désinfection requis pour les surfaces selon les différentes zones (voir [fiche 3.02](#))

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière

La conseillère en Economie sociale et familiale responsable de l'équipe d'entretien

La Direction des soins infirmiers

La Direction des affaires économiques

La Société prestataire de services, le cas échéant.

Pour en savoir plus

Guides et recommandations

DECRET N°99-362 DU 6 MAI 1999 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies visées à l'article L. 11 du code de la santé publique et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel du 13/05/1999; p. 7095. (NosoBase n° 6171)

DECRET N°99-363 DU 6 MAI 1999 fixant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) Journal Officiel du 13/05/1999; p. 7096. (NosoBase n° 6172)

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). Le manuel d'accréditation des établissements de santé. 1999, 113 pages. Disponible sur Internet :

<http://www.anaes.fr/ANAES/framedef.nsf/WebMasterparpage/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument>

C.CLIN PARIS NORD. La désinfection des surfaces et des locaux. 1997, 47 pages. (NosoBase n° 10264)

COMITE TECHNIQUE NATIONAL DES INFECTIONS NOSOCOMIALES. *Cent recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales*. 2^e ed. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, 1999, 121 pages. (NosoBase n° 6075)

COMITE TECHNIQUE NATIONAL DES INFECTIONS NOSOCOMIALES. *Désinfection des dispositifs médicaux*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, 1998, 133 pages. (NosoBase n°5832)

COMITE TECHNIQUE NATIONAL DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CTIN). *Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé : Air, eaux et surfaces*. 2002, 77 pages. (NosoBase n° 10974). Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nosoco/recofin.pdf>

COMMISSION CENTRAL DES MARCHES. Guide du bionettoyage. Recommandation n°E-1-90, GPEM\SL N° 5670. 1990, 81 pages.