

L'utilisation des poignées de porte ULNA permet elle de diminuer le risque de colonisation des mains?

Dr SEGUIER*, Dr WELKER**, Mme BOURREAU*, Mme CHRETIEN*, Mme YOTTE**

* Unité d'Hygiène et de Prévention du Risque Infectieux St Germain-en-Laye ** Service de Maladies Infectieuses et Tropicales St Germain-en-Laye

Centre Hospitalier POISSY / St-GERMAIN-EN-LAYE (F78105)

CONTEXTE

Le patient et son environnement sont des sources de colonisation des mains des soignants. L'hygiène des mains doit être pratiquée avant et après contact avec le patient ou son environnement. Le taux d'observance de l'hygiène des mains reste encore à améliorer.

Toutefois, l'acquisition bactérienne sur les mains peut se réaliser à distance du patient, sur des surfaces inertes comme, par exemple, les poignées de porte conventionnelles (PPC).



Poignée de porte conventionnelle (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.



Poignée de porte ULNA (PU)

Les poignées ULNA (PU) pourraient-elles participer à cette maîtrise?

MATERIELS METHODE

L'étude a été réalisée sur 1 an dans un service d'Infectiologie et Maladies Tropicales.

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 apposition de lames BioTest Hycon* de 25cm² ont été quantifiés en « flore totale ».

Le dénombrement est exprimé en Unités Formant Colonies (UFC).

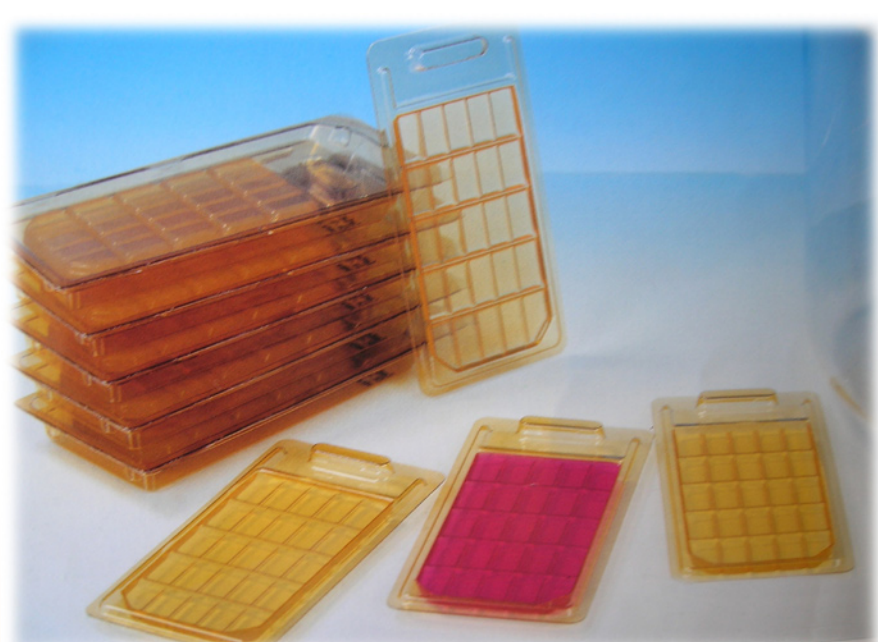
Plus d'un mois après l'installation des PU, 45 prélèvements sur leur zone d'appui antébrachial ont été réalisés dans les mêmes conditions.

Dans une deuxième période (T2), après dépose des PU et repose des PPC, 112 prélèvements ont été réalisés par essuyage par une lingette stérile pré imprégnée (AES*). Un gabarit stérile en silicone a permis de prélever précisément sur 16 cm² de surface de préhension de la PPC.

Un mois après avoir déposé les PPC et reposé les PU, 120 prélèvements ont été réalisés 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 cocci gram+.

Les résultats sont donnés en UFC par 25 cm² pour le T1 et par 16 cm² pour le T2. Les données ont été analysées sur le logiciel Epi6fr par test du X², significativité choisie si p<0.05.



Lames Bio Test Hycon*



Poignée Ulna sur une porte

RESULTATS

	PPC	PU	p
T 1 (<15UFC / 25 cm ²)	17.7 % (8/45)	24.4 % (11/45)	0.6
T 2 (<15UFC / 16 cm ²)	51.8 % (58/112)	86.61 % (104/120)	< 10 ⁻⁶

Pourcentage de poignées de portes contaminées par moins de 15 UFC par surface prélevée.

DISCUSSION

Il y a une **différence non significative** de la colonisation des poignées dans la première étude sur flore totale. La zone de prélèvements de PU était alors la zone d'appui de l'avant bras des utilisateurs. Le fait que la charge bactérienne des avant-bras est inférieure à celle des mains, peut expliquer ce résultat.

Il y a une **différence significative** de la contamination des poignées en faveur des PU lors de la deuxième période. La bonne utilisation des PU en est probablement la raison.

En cas de mésusage (prise manuelle de la tige de la PU), la contamination des mains des utilisateurs serait moindre.

OIE* a montré la contamination de 27% des 196 poignées de portes d'un hôpital par du SASM et du SARM. Pour notre part, lors du T1 nous avons dénombré 47% de poignées contaminées par Staphylococcus epidermidis, 3.7% par des BGN et 0.7% par SARM.

HUANG** et al. ont montré que des souches de SARM pouvaient persister plus de 10 jours sur des surfaces inertes. Le bionettoyage reste un élément important de la maîtrise de la diffusion des germes.

Le risque de transmission manuportée par l'intermédiaire de poignées de porte existe. L'hygiène des mains et le bionettoyage restent des éléments primordiaux de maîtrise de ce risque. L'utilisation de nouvelles poignées peut être un facteur favorisant cette maîtrise.

CONCLUSION :

L'acceptabilité et l'utilisation correcte des poignées de portes ULNA permettent de diminuer le risque de colonisation des mains des personnels ou des visiteurs dans un service de maladies infectieuses.



Bonne utilisation de la PU



44 portes du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales équipées avec les poignées Ulna

Références:

* OIE S et al. Contamination of room door handles by methicillin-sensitive/methicillin resistant Staphylococcus aureus. J Hosp Inf (2002) 51 : 140 -3

** R HUANG et al. Methicilline-resistant Staphylococcus aureus Survival on Hospital Fomites. Infect Control Hosp Epidemiol 2006; 27 No11