



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Rideaux séparateurs et risque infectieux

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

AUTEUR**Comité sur les infections nosocomiales du Québec****RÉDACTEUR****D^r Yves Longtin**, Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

©Gouvernement du Québec (2012)

Introduction

Les rideaux séparateurs sont fréquemment utilisés dans les milieux de soins pour entourer le lit d'un patient et procurer de l'intimité. Plusieurs facteurs contribuent au fait que ces rideaux puissent être la source potentielle de dissémination de microorganismes pathogène : 1) ils sont touchés très fréquemment par les soignants et les patients; 2) dans certains milieux, ils ne sont pas nettoyés ou changés fréquemment; 3) les travailleurs de la santé et les patients qui les manipulent ne se nettoient pas nécessairement les mains avant (ni même après) les avoir touchés.

En mai 2011, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINOQ) a été invité à se prononcer sur la fréquence de nettoyage des rideaux séparateurs ainsi que sur le comportement à adopter afin de les manipuler de façon sécuritaire. L'objectif de ce document est de revoir les évidences concernant le rôle des rideaux séparateurs dans la transmission des agents pathogènes en milieux de soins et d'émettre des recommandations concernant leur entretien et leur manipulation.

Considérations théoriques

Les conditions suivantes doivent être rencontrées pour que les rideaux séparateurs soient un vecteur de transmission :

1. Le rideau doit être contaminé par les mains d'un soignant ou d'un patient, ou par des projections de matériel infecté;
2. Les microorganismes doivent par la suite survivre sur le rideau pendant plus que quelques minutes;
3. Les microorganismes doivent être transférés sur les mains d'une autre personne;
4. La personne qui acquiert les microorganismes doit par la suite omettre l'hygiène des mains ou la réaliser de manière incomplète;
5. Les microorganismes présents sur les mains doivent par la suite être transmis à un patient ou un objet.

Ainsi, le risque de transmission par les rideaux séparateurs dépend de multiples facteurs extrinsèques. Malheureusement, bien peu d'évidences scientifiques nous permettent de quantifier ce risque.

Le niveau de contamination de ces rideaux est intimement lié au statut infectieux des patients qui ont séjourné à proximité. Par exemple, il serait très

surprenant de retrouver de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) sur un rideau séparateur si aucun patient porteur de l'ERV n'a séjourné sur cette unité depuis son installation. A l'inverse, un rideau risque fortement d'être contaminé par l'ERV si des patients porteurs de ce germe séjournent à proximité.

Revue des évidences

Très peu d'études se sont penchées sur le rôle potentiel des rideaux séparateurs dans la transmission des microorganismes pathogènes. De plus, toutes les études publiées sont de type transversal et comportent des limites méthodologiques.

Une étude transversale a évalué la contamination par le *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) de 200 rideaux séparateurs sur une période d'une semaine en utilisant des géloses contact sélectives[1]. Dans cette étude parue sous forme de lettre à l'éditeur, le SARM avait été isolé sur 31 des 200 rideaux (15,5 %). Cependant, les niveaux de contamination étaient faibles (médiane, 1 UFC; maximum, 113 UFC). De plus, la fréquence de changement des rideaux séparateurs, le taux d'observance à l'hygiène des mains, le port de gants et le taux d'endémicité du SARM dans l'institution n'étaient pas précisés.

Une seconde étude transversale réalisée aux États-Unis a évalué 50 rideaux séparateurs en recherchant spécifiquement la présence de SARM, d'ERV et de *C. difficile* en utilisant des techniques d'échantillonnage par contact direct et par écouvillonnage[2]. Dans cette institution, les rideaux étaient nettoyés une fois à tous les quatre mois. Les chercheurs ont également évalué la transmissibilité des germes sur les mains des soignants qui touchaient le rideau en portant un gant stérile. Le SARM, l'ERV et le *C. difficile* ont été isolés par gélose contact sur 22 % (11/50), 20 % (10/50) et 0 % des rideaux, respectivement. Le nombre de UFC était cependant très faible (de 1 à 11 UFC par rideau). Le *C. difficile* a été isolé par écouvillonnage après une technique d'enrichissement en bouillon à partir de 4 % (2/50) des rideaux. Les rideaux qui étaient les plus contaminés étaient ceux des chambres d'isolement. Après manipulation des rideaux, les mains étaient contaminées ≤ 50 % du temps, mais à de très faibles quantités (1-2 UFC). Un haut taux de contamination des rideaux a aussi été détecté lors d'une éclosion de *A. baumannii* producteur de carbapénémases au Royaume-Unis[3]. Il importe de rappeler qu'il est très difficile d'extrapoler les résultats de ces études à la réalité québécoise, puisque la prévalence des porteurs

de bactéries multirésistantes au Québec est habituellement bien en deçà des taux américains.

La survie des agents pathogènes sur les rideaux séparateurs est mal comprise et peu documentée. Cependant, il semble que le SARM pourrait survivre jusqu'à neuf jours sur un rideau dans certaines conditions[4]. Par ailleurs, une équipe de chercheurs a investigué la possibilité de désinfecter de façon ciblée la zone « high touch » des rideaux séparateurs sans devoir les enlever[5]. La technique développée consiste à vaporiser du peroxyde d'hydrogène (3 %) sur le rebord du rideau (la zone la plus fréquemment manipulée) jusqu'à saturation. Après un temps de contact de deux heures, aucune bactérie n'était détectée à la surface des rideaux dans la zone qui avait été aspergée (comparativement à 22 UFC/24 cm² avant la désinfection). Pour l'instant, une telle pratique ne peut être recommandée sur la base de cette seule étude. En effet, la composition chimique du peroxyde d'hydrogène utilisé dans cette étude est différente de celle du peroxyde d'hydrogène stabilisé habituellement en usage dans les milieux de soins du Québec pour l'hygiène de l'environnement, et l'état des connaissances nous empêche de faire des recommandations concernant de potentiels produits de substitution. De plus, la sécurité inhérente à la mise en suspension dans l'air du peroxyde d'hydrogène lors de la vaporisation n'est pas documentée.

Recommandations de sociétés savantes

Les Centers for disease control and prevention (CDC) classifient les rideaux comme des objets « high touch »[6]. Ils recommandent que les surfaces « high-touch » soient nettoyées et désinfectées plus souvent que les surfaces « low touch », et lorsqu'elles sont visiblement souillées (niveau d'évidence II)[7]. De plus, les CDC recommandent de déterminer la fréquence et le mode d'entretien conjointement avec le personnel d'entretien. Le *Guide d'hygiène et salubrité en milieu de soins – démarche pour le développement de stratégies d'entretien des surfaces* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) propose une approche similaire basée sur la gradation du risque infectieux[8]. Les rideaux séparateurs ne sont pas abordés spécifiquement dans ces lignes directrices. Toutefois, d'autres lignes directrices émanant du Groupe Hygiène et Salubrité au regard de la lutte aux infections nosocomiales ont classé les rideaux séparateurs comme des surfaces « high touch » ou « low touch », en fonction de plusieurs facteurs : la proximité d'un patient porteur

d'un agent pathogène d'importance nosocomiale, l'intensité d'utilisation, l'achalandage et les activités du secteur[9]. Enfin, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souligne que la fréquence de désinfection ou de nettoyage des rideaux doit être déterminée localement[10]. Par ailleurs, les lignes directrices de l'OMS sur l'hygiène des mains ne précisent pas si l'hygiène doit avoir lieu avant ou après la manipulation des rideaux (c'est-à-dire, qu'il n'est pas précisé s'ils font partie de la zone-patient)[11].

Recommandations du CINO

Considérant que :

- Très peu d'études ont été publiées concernant le rôle des rideaux séparateurs dans le risque de transmission des microorganismes pathogènes;
- Les rideaux séparateurs peuvent être considérés comme des surfaces « high touch » ou « low touch » selon l'intensité d'utilisation, l'achalandage et les activités du secteur.

Le CINO recommande :

- De nettoyer ou changer les rideaux au départ d'un patient porteur d'un microorganisme nécessitant l'application de précautions additionnelles de type « contact »;
- Qu'en absence de précautions additionnelles de type « contact », la fréquence de nettoyage des rideaux doit tenir compte des difficultés liées à leur entretien, des capacités locales, de la fréquence de manipulation, du secteur de soins, et du statut « high touch » ou « low touch » du rideau. Minimale, ils devraient être nettoyés une fois par mois, et lorsqu'ils sont visiblement souillés[9]. Un horaire de changement des rideaux séparateurs doit être établi pour chacun des secteurs de l'institution.
- D'établir une rotation de nettoyage des rideaux séparateurs dans chaque secteur;
- Que l'hygiène des mains ait lieu :
 - Lorsque le soignant pénètre dans la zone-patient : **après** avoir tiré le rideau séparateur et **avant** de toucher au patient ou à son environnement immédiat;
 - Lorsque le soignant quitte la zone-patient : **après** avoir manipulé le rideau séparateur.

Références

1. Klakus, J., N.L. Vaughan, and T.C. Boswell, *Meticillin-resistant Staphylococcus aureus contamination of hospital curtains*. J Hosp Infect, 2008. 68(2): p. 189-90.
2. Trillis, F., 3rd, Eckstein, E.C., Budavick, R., Pultz, M.J., Donskey, C.J. *Contamination of hospital curtains with healthcare-associated pathogens*. Infect Control Hosp Epidemiol, 2008. 29(11): p. 1074-6.
3. Das, I., et al., *Carbapenem-resistant Acinetobacter and role of curtains in an outbreak in intensive care units*. J Hosp Infect, 2002. 50(2): p. 110-4.
4. Huang, R., Mehta, S., Weed, D., Savor, C. *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus survival on hospital fomites*. Infect Control Hosp Epidemiol, 2006. 27(11): p. 1267-9.
5. Neely, A.N. and M.P. Maley, *The 1999 Lindberg award. 3% hydrogen peroxide for the gram-positive disinfection of fabrics*. J Burn Care Rehabil, 1999. 20(6): p. 471-7.
6. Sehulster, L. and R.Y. Chinn, *Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. MMWR Recomm Rep, 2003. 52(RR-10): p. 1-42.
7. Rutala, W.A., D.J. Weber, and HICPAC, *CDC Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008*. 2008.
8. Québec, G.d., *Hygiène et salubrité en milieu de soins - Démarche pour le développement de stratégies d'entretien des surfaces*, L.D.d.c.d.m.d.l.S.e.d.S.s.d. Québec, Editor. 2009.
9. *Groupe Hygiène et salubrité au regard de la lutte aux infections nosocomiales. Lignes directrices en hygiène et salubrité – Analyse et concertation*. MSSS, Mai 2006.
10. Organisation, W.H., *Prevention of hospital-acquired infections*. 2002, World Health Organization: Geneva.
11. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. 2009, World Health Organisation: Geneva.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

