



Le plateau technique

**RECOMMANDATIONS
DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES
EN PÉDICURIE-PODOLOGIE**

NOVEMBRE 2010



**ORDRE NATIONAL
DES PÉDICURES-PODOLOGUES**

«La qualité passe par le respect d'exigences préétablies et par la conformité des pratiques à des référentiels»

L'évaluation en santé,

Yves MATILLON et Hervé MAISONNEUVE,
Flammarion, 2007

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ONPP, est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées. (Articles L. 122-4, L. 122-5 et L. 33-52 du Code de la propriété intellectuelle).

ONPP (Ordre national des pédicures-podologues) – 116 rue de la Convention - 75015 PARIS.

Tél. 01 45 54 53 23 – Fax 01 45 54 53 68

© Novembre 2010

La pédicurie-podologie est une discipline ancienne mais son organisation est récente. Elle souffre encore d'une réelle méconnaissance au sein du système de santé auprès de nos pouvoirs publics, des autres professions de santé mais aussi du grand public. Si les pratiques ont évolué, si les matériels et les installations dans les cabinets se sont modernisés, il faut pourtant se rendre à l'évidence, il n'existe pratiquement pas d'études et de publications scientifiques sur l'efficacité de nos actes et de nos pratiques, ni d'évaluation sur l'organisation de notre exercice... Quelques recommandations* élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) concernent la profession mais le nombre de publications reste très insuffisant.

Les conseillers nationaux de l'ONPP souhaitent vivement faire évoluer cette situation. Ainsi, le texte de recommandations de pratiques professionnelles en pédicurie-podologie, présenté ici, résulte d'une volonté concrète de l'Ordre national des pédicures-podologues et s'inscrit dans un objectif permanent d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de reconnaissance de la profession et de son rôle en santé publique.

En revanche, si l'ONPP souhaite impulser cette dynamique d'élaboration de recommandations, celle-ci doit suivre des règles méthodologiques les plus proches de celles proposées par la HAS et utilisées par les sociétés savantes des différentes disciplines médicales. C'est pourquoi, notre instance a voulu aider logiquement à la réalisation de ce travail mais être tout à fait détachée du groupe de travail qui a pu œuvrer en toute indépendance.

Ainsi, sur le plan méthodologique, un groupe promoteur a recherché et choisi les membres des groupes de travail et de lecture. Le groupe de travail s'est réuni plusieurs fois sous l'égide d'un président de groupe, d'un chargé de projet et d'un expert méthodologique et a rédigé le texte des recommandations à l'issue d'une analyse de la littérature sur le sujet et d'une réflexion consensuelle. Le groupe de lecture, indépendant également, a été chargé de relire le texte et de proposer au groupe de travail les modifications éventuelles sous réserve de les argumenter de façon rigoureuse.

Le texte final a été remis officiellement au Conseil national de l'Ordre en fin d'année 2010. Il est facilement accessible en ligne sur Internet www.onpp.fr sans mot de passe, rubrique «publications».

Ces premières recommandations sont très axées sur les soins en pédicurie, certains considéreront peut-être qu'elles sont le reflet d'un minimum requis mais elles sont justes, de bon sens, accessibles à tout pédicure-podologue qui se doit de travailler avec un plateau technique aux normes et répondant aux critères impératifs d'agencement, de technicité et d'hygiène.

L'ONPP tient à remercier très sincèrement les membres du groupe promoteur, les membres du groupe de travail et les membres du groupe de lecture dont les noms sont cités dans cet ouvrage.

Le vœu de l'Ordre est que ce travail soit évolutif dans le temps et surtout le point de départ d'une collection nombreuse d'écrits et de recommandations de bonnes pratiques!

Bernard BARBOTTIN

Président du Conseil national

* «Le dossier du patient en pédicurie-podologie» ; «Le pied de la personne âgée : approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie» ; «Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique, par le pédicure-podologue»

L'objet de ces recommandations est de définir une partie de l'article R 4322-77 du Code de déontologie des pédicures-podologues (décembre 2007) :

«*Tout pédicure-podologue doit, pour exercer (...), bénéficier (...) d'un matériel technique suffisant pour recevoir et soigner les patients et, en cas d'exécution des orthèses et autres appareillages podologiques (...) d'un local distinct et d'un matériel approprié.*».

Les objectifs étaient de répondre aux questions proposées par le groupe promoteur constitué par le Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues (CNOPP) :

1. **QUEL EST L'AGENCEMENT TYPE D'UN CABINET DE PÉDICURIE-PODOLOGIE ?**
2. **QUEL EST LE MATÉRIEL TECHNIQUE NÉCESSAIRE DU PÉDICURIE-PODOLOGUE POUR SOIGNER LES PATIENTS ?**
3. **QUELLE EST L'HYGIÈNE À RESPECTER POUR LA TENUE DU CABINET ?**
4. **QUELLES SONT LES RÈGLES D'HYGIÈNE ET D'ASEPSIE À RESPECTER POUR LA RÉALISATION DES ACTES TECHNIQUES ?**

Ces recommandations serviront aux pédicures-podologues quel que soit leur mode d'exercice ainsi qu'aux étudiants en pédicurie-podologie.

Membres du groupe promoteur :

CHAMODOT Marie-Françoise Responsable dentiste conseil
GAILLET Jean-Claude Pédicure-podologue
SAILLANT Philippe Pédicure-podologue

Membres du groupe de travail :

ARNAUD-DU SARTZ DE VIGNEULLES Aurélie Chargée de projet
BESNIER Stéphane Pédicure-podologue
CALSAC Sylvain Pédicure-podologue
CERF Guy Chirurgien-dentiste
FAVRE-FELIX François-Xavier Président de l'Association des fabricants et distributeurs en podologie (AFDP)
MAISONNEUVE Hervé Médecin santé publique
PERRIER Antoine Pédicure-podologue, Vice-président de la Société française de podologie (SOFPOD)
PICARD Marie-Hélène Infirmière, pédicure-podologue, enseignante
ROUSSEAU Joël Pédicure-podologue

Madame PICARD est la présidente du groupe de travail. L'ensemble du travail a été coordonné par Madame Aurélie ARNAUD-DU SARTZ DE VIGNEULLES sous la responsabilité du docteur Hervé MAISONNEUVE, ancien directeur de l'évaluation de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).

Le groupe de travail tient à remercier les personnes ayant réalisé la relecture de ce document. Leur nom apparaît en annexe 1. Il remercie également le CNOPP qui a mis à disposition les moyens pour la réalisation de ce travail.

PRÉAMBULE

Ce document veut donner un éclairage sur la définition d'un cadre minimum de conduite et de bonnes pratiques de l'exercice de la profession de pédicurie-podologie en fonction des textes existants pour la sécurité des patients. Un lexique a été mis en annexe 2.

1. QUEL EST L'AGENCEMENT TYPE D'UN CABINET DE PÉDICURIE-PODOLOGIE ?

L'agencement du cabinet doit être adapté selon la pratique.

Pour une raison de confidentialité, le cabinet doit être composé d'un espace d'attente, accueil, réception et d'une pièce de travail protégée, composée de différentes zones. Une zone n'est pas nécessairement une pièce.

La pièce de travail doit différencier les activités de soins et d'examen clinique ; elle doit disposer d'un point d'eau.

En cas d'exécution d'orthèses, un local de fabrication, indépendant de la pièce de travail est indispensable.

La zone de stérilisation peut être indépendante ou se situer dans la zone de soin. Dans ce cas, il est recommandé qu'elle soit séparée par une cloison. L'organisation retenue permet d'éviter tout risque de contamination croisée.

Le professionnel doit pouvoir offrir à sa patientèle handicapée, au même titre qu'à sa patientèle valide, les soins habituellement dispensés dans un environnement adapté (loi du 11 février 2005 et arrêtés des 17 mai et 1^{er} août 2006, expliqués dans le numéro 11 du bulletin «Repères» édité par l'Ordre des pédicures-podologues, janvier 2010)¹. Pour un cabinet existant, la mise aux normes doit être réalisée au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

2. QUEL EST LE MATÉRIEL TECHNIQUE NÉCESSAIRE DU PÉDICURE-PODOLOGUE POUR SOIGNER LES PATIENTS ?

2.1 Pour l'exercice de l'activité de soins, il faut :

- >> un fauteuil d'examen du patient et un siège praticien ;
- >> un éclairage adapté ;
- >> une unité de soins qui doit comporter un porte instrument rotatif (PIR), et une instrumentation rotative adaptée au soin avec fraises ;
- >> un nombre suffisant d'instruments soit à usage unique soit stérilisables ; le pédicure-podologue doit se donner les moyens de n'utiliser que des instruments stériles pour l'activité de soins ;
- >> une poubelle pour les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) : dès leur production, les DASRI doivent être triés séparément, dans des containers ou emballages spécifiques réservés à leur élimination ;
- >> une boîte à OPCT (objets piquants, coupants, tranchants), située au plus près du soin.

2.2 Pour l'exercice de l'examen clinique, il est nécessaire de disposer :

- >> d'un fauteuil d'examen du patient permettant le décubitus ou à défaut d'une table d'examen ;
- >> d'un appareil de visualisation des empreintes ;
- >> d'un appareil de prise d'empreintes.

3. QUELLE EST L'HYGIÈNE À RESPECTER POUR LA TENUE DU CABINET ?

3.1 Les matériaux de revêtement

- >> Pour les sols, un revêtement lisse et lessivable, non poreux. L'emploi de la moquette et des tapis est à proscrire dans les lieux de soins ;
- >> pour les murs, un revêtement lisse et lessivable ;
- >> pour les plans de travail, les matériaux sont lisses, non poreux, faciles à nettoyer, résistants aux produits médicamenteux ou antiseptiques ainsi qu'aux produits d'entretien et aux désinfectants.

3.2 Mobilier et aménagements

Le mobilier doit être réduit au strict nécessaire. Les plantes et le mobilier recouvert de textile difficile à entretenir sont proscrits surtout dans les zones de soins car ils peuvent constituer des réservoirs potentiels de microorganismes.

- >> Les équipements devront répondre aux caractéristiques suivantes :
 - un fauteuil d'examen du patient, recouvert d'un revêtement lessivable, nettoyé entièrement au moins une fois par jour et décontaminé nécessairement entre deux patients si souillures. En cas d'utilisation sur le fauteuil, d'un support non tissé ou d'un textile pour des raisons de protection, ils devront être changés entre deux patients. Si aucune protection n'est utilisée, le nettoyage de la tête, des accoudoirs et des jambières est à réaliser entre deux patients par pulvérisation d'une solution désinfectante ;
 - un siège praticien, répondant aux mêmes exigences que le fauteuil d'examen ;
 - en cas d'utilisation de dispositifs médicaux (DM) réutilisables, il est nécessaire de placer, à proximité de la zone de soins, un bac contenant une solution de pré-désinfection dans lequel seront immédiatement déposés les DM après usage ; le temps d'immersion, conseillé par le fournisseur doit être respecté ; la solution souillée sera jetée, au minimum tous les jours.
- >> La zone de lavage des mains, séparée mais à proximité de la zone des soins, comprend :
 - un poste de lavage des mains ; un déclenchement indirect est à privilégier ; les lave-mains, trop petits et à l'origine de projections, sont à déconseiller ;
 - un distributeur de savon doux liquide à recharge jetable ;
 - un distributeur de serviettes à usage unique, idéalement de type feuille à feuille ; le torchon sur enrouleur et le sèche main électrique sont à proscrire.

3.3 Entretien des locaux

a) Technique et produits

>> Pour l'espace accueil, attente, réception, un nettoyage domestique une fois par jour en fin d'activité avec un détergent est recommandé ;

>> pour les zones à risques moyens ou sévères (zone de soins, stérilisation), la réalisation d'un bionettoyage au minimum quotidien est nécessaire. Le nettoyage des zones devra débuter par les zones les moins contaminées vers les zones les plus contaminées, c'est-à-dire du plus propre vers le plus sale. Le bionettoyage consiste à rechercher une désinfection et une décontamination des surfaces. Il peut être divisé en trois étapes successives :

- l'évacuation des salissures ;
- le nettoyage mécanique et chimique avec utilisation en alternance de produits détergents et détergents-désinfectants ;
- l'application d'un désinfectant.

b) Entretien des surfaces (plan de travail, équipements)

L'ensemble des équipements en contact avec le patient est nettoyé et désinfecté entre chaque patient avec un produit détergent/désinfectant.

L'entretien de toute surface est réalisé par essuyage humide avec un textile propre ou un support non tissé à usage unique, imprégné d'un détergent-désinfectant.

4. QUELLES SONT LES RÈGLES D'HYGIÈNE ET D'ASEPSIE À RESPECTER POUR LA RÉALISATION DES ACTES TECHNIQUES ?

4.1 Hygiène de base

a) Tenue de travail

Au cabinet, la blouse est la tenue professionnelle de base pour la réalisation d'un soin. Elle doit avoir des manches courtes, sur des vêtements à manches courtes ou retroussées, pour faciliter le lavage des mains. Elle doit pouvoir être lavée à haute température (supérieure à 60°C).

Elle sera changée quotidiennement et chaque fois que visiblement souillée.

b) Hygiène des mains

Les précautions « standard » doivent être appliquées pour tout patient et pour tout soin. L'hygiène des mains est la première mesure de prévention de la transmission croisée de patient à patient et d'un site à l'autre chez un même patient.

Il est nécessaire de se laver les mains avant chaque patient au minimum, même en cas d'utilisation de gants pour les soins. Il est nécessaire de procéder à un lavage des mains avec un savon doux liquide.

L'utilisation d'une solution hydro-alcoolique est possible :

>> entre chaque patient ;

>> en cas d'interruption des soins pour un même patient.

La procédure standardisée de désinfection des mains avec une solution hydro-alcoolique par friction ainsi que la procédure de lavage des mains au savon sont en annexes 3 et 4.

Pour une meilleure efficacité du lavage ou de la désinfection des mains : ne pas porter de bijoux aux mains, ni de vernis aux ongles ou de faux ongles. Les ongles doivent être courts.

A proscrire : savons en pain, torchons ou serviettes de toilette, sèche-mains électrique.

c) Le port de gants

Lors d'actes à risque invasif, le port des gants est obligatoire. Les gants doivent être à usage unique et changés entre deux patients. Il permet de protéger le praticien mais également le patient.

Le port des gants ne remplace pas le lavage et la désinfection des mains.

4.2 Antisepsie de la peau

Pour préparer le champ opératoire, il est nécessaire de faire une aseptie locale sur une peau saine, non lésée avec un produit adapté.²

Un antiseptique n'est pas un décontaminant/désinfectant et ne peut être utilisé pour l'entretien du matériel ou des surfaces.

4.3 Les accidents exposant au sang³

Un accident d'exposition au sang (AES) est défini comme tout contact percutané (piqûre, coupure), sur peau lésée ou sur muqueuses avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang.

Les principaux éléments de la conduite à tenir en cas d'AES sont décrits en annexe 5.

4.4 Gestion des déchets

Il existe deux types de déchets. Les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) et les déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM).

Les DASRI sont divisés en deux catégories : les DASRI «mous», qui sont les déchets ayant été en contact avec du sang ou des liquides biologiques (pansements souillés, compresses,...) et les DASRI «perforants» qui concernent les objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) (les lames de bistouri, de gouge,...). Les DASRI «mous» et les OPCT doivent être ramassés par une entreprise spécialisée pour être incinérés selon les réglementations en vigueur. La gestion des DASRI et des OPTC peut également se faire par le pédicure-podologue qui les déposera dans un centre de traitement agréé. Dans tous les cas, le praticien se doit de conserver les bordereaux d'incinération.

Les déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) correspondent aux autres déchets non infectieux produits pendant l'exercice du pédicure-podologue (essuie-mains, flacons, emballages des DM stériles,...).

4.5 Gestion des dispositifs médicaux²

Tout instrument risquant d'être en contact avec des tissus ou liquides biologiques doit être stérilisable ; si l'instrument existe à usage unique, cette alternative doit être privilégiée.

a) Dispositifs médicaux à usage unique

Sur l'emballage, ils sont signalés par le symbole «2» barré dans un cercle, qui indique, qu'ils ne doivent pas être réutilisés et ne doivent pas bénéficier d'une procédure d'entretien en vue d'une réutilisation quelle que soit leur utilisation initiale. Les mentions «à usage unique» ou «n'utiliser qu'une seule fois» ou «ne pas réutiliser» sont synonymes. S'il s'agit d'un DM stérile, la mention «stérile» doit être présente sur l'emballage.

Exemple : lame de bistouri, lame de gouge,...

b) Dispositifs médicaux réutilisables

Ce sont les DM qui peuvent être réutilisés après une procédure incluant obligatoirement au minimum une pré-désinfection.

Les instruments à main doivent être stériles et sont stockés dans une armoire ou un tiroir fermé.

Le matériel stérilisable est stérilisé pour chaque patient.

Classification des dispositifs médicaux :

Ils sont classés en deux groupes : critique et non-critique, qui correspondent à des niveaux de risque infectieux, fonction de la nature du tissu avec lequel le DM entre en contact lors de son utilisation.

Le dispositif médical 'critique'

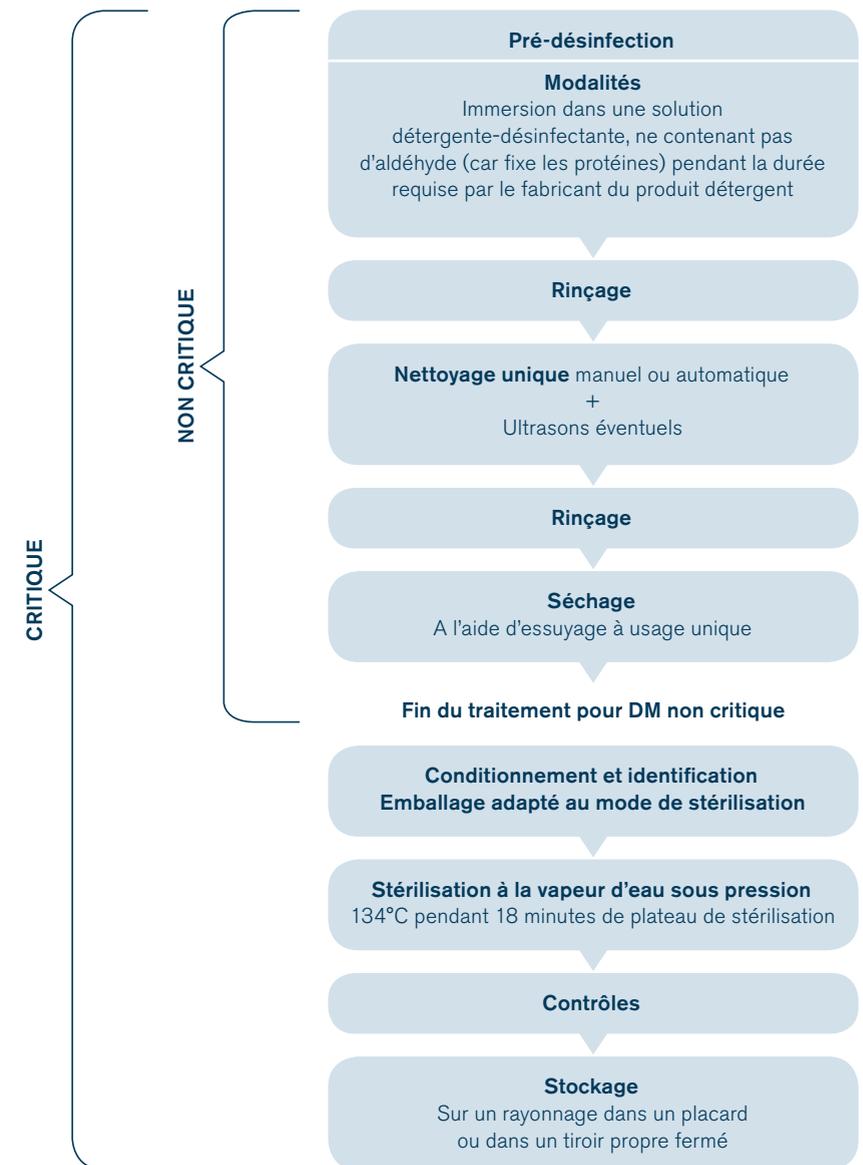
Tout matériel qui doit être introduit dans le système vasculaire ou dans une cavité ou tissu stérile **ou susceptible d'être souillé par un liquide biologique** quelle que soit la voie d'abord est un matériel considéré comme «critique» (haut risque infectieux). Par exemple : pince à ongle, ciseaux pansement, pince péan, fraise, porte lames...

Le DM critique doit être stérilisé. Le DM est ensuite emballé, ce qui maintient l'état stérile.

Le dispositif médical 'non critique'

Le DM entrant en contact avec la peau intacte du patient ou n'ayant pas de contact avec le patient est dit «non critique» (bas risque infectieux). Par exemple : instruments pour la pose d'orthonyxie, ciseaux «standard»,... Pour la désinfection du DM non critique, se référer au schéma suivant.

c) Différentes étapes d'une procédure de traitement d'un dispositif médical réutilisable et immergeable



d) Nettoyage des porte-instruments rotatifs (PIR)

Le fabricant des PIR doit fournir toutes les informations nécessaires en matière de pré-désinfection, nettoyage, conditionnement et de méthode de stérilisation. C'est ce à quoi le praticien doit se conformer avant tout.

Le minimum requis est la décontamination externe réalisée avec une lingette à usage unique, imbibée de détergent-désinfectant entre chaque patient.

De plus, il est conseillé de réaliser une décontamination interne. L'instrumentation dynamique nécessite pour son nettoyage des moyens spécifiques : les automates qui permettent le nettoyage et la lubrification de l'instrumentation.

Après un acte invasif, il est recommandé de décontaminer, nettoyer et stériliser tous les instruments dynamiques.

e) La traçabilité

Le praticien est tenu à une obligation de résultat en terme d'asepsie, dont il lui incombe de faire la preuve. Seule la traçabilité de la stérilisation le permet.

Dans la mesure du possible, elle doit permettre de faire le lien entre le matériel utilisé pour un patient et la procédure de stérilisation. La traçabilité doit être adaptée au mode d'exercice du cabinet. La procédure la plus simple est de classer le ticket de stérilisation et l'intégrateur prion dans un cahier de stérilisation, tout comme le test de Bowie Dick.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Liste des membres du groupe de lecture

ANNEXE 2 : Lexique

ANNEXE 3 : Procédure standardisée de friction des mains (solution hydro-alcoolique)

ANNEXE 4 : Procédure de lavage des mains au savon

ANNEXE 5 : Conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang (AES)

Références

- 1 « Mise aux normes : le cabinet du pédicure-podologue en 2015 ». Le bulletin de l'Ordre des pédicures-podologues, Repères n°11, janvier 2010
- 2 « Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical ». HAS, juin 2007
- 3 « Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé - guide de prévention ». DGS, 2006

Documents non cités dans le texte

- « Hygiène des soins en podologie ». Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (inter région Ouest), 2007
- « Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale ». Association dentaire française, 2007

ANNEXE 1 : Liste des membres du groupe de lecture

Mme AUTRUSSON Marie-Claude Présidente du SNIFPP (Syndicat national des instituts de formation en pédicurie-podologie)

M. BERTIN Jean-Marie Pédicure-podologue

M. CHAMPAIN Alain Cadre infirmier, hygiéniste

Mme EVEN-QUIQUET Nathalie Pédicure-podologue

Mlle FOUAT Sandy Pédicure-podologue

M. GAILLET Jean-Claude Pédicure-podologue

M. KARIBIAN Thierry Pédicure-podologue

Mme LAFORE Sonia Pédicure-podologue

Mme LE CLAINCHE Sylvie Pédicure-podologue

M. LEPAROUX Benoit Pédicure-podologue

Mme L'HOSTE-CLOS Annick Pédicure-podologue

Docteur MAILHAC Nicolas Chirurgien-dentiste

M. MONTHEARD Philippe Pédicure-podologue

M. PANOUILLOT Philippe Pharmacien inspecteur de santé publique

Professeur PERRIN Daniel Chirurgien-dentiste, chef de service odontologie

M. PINTARD Gaël Pédicure-podologue

Mme PLANA Candice Pédicure-podologue

M. TOURKIA Thierry Pédicure-podologue

M. VERHAMME Gabriel Pédicure-podologue

ANNEXE 2 : Lexique adapté à partir du document « Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale ». Association dentaire française, 2007

ASEPTIE: ensemble de mesures propres à empêcher tout apport exogène de micro-organismes (AFNOR NF T 72-101).

BIONETTOYAGE: procédé de nettoyage, applicable dans une zone à risques, destiné à réduire momentanément la biocontamination d'une surface. Il est obtenu par la combinaison appropriée d'un nettoyage, et d'une évacuation des produits utilisés et de la salissure à éliminer, de l'application d'un désinfectant (Commission centrale des marchés GPEM/SL n°5670).

DECONTAMINATION (voir Pré-désinfection): ce terme doit être réservé au risque de contamination radioactive ou chimique. Il est souvent utilisé de manière inappropriée en lieu et place de « Pré-désinfection ».

DESINFECTION: opération au résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés, en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération (AFNOR NF T 72-101).

DESINFECTANT: produit ou procédé utilisé pour la désinfection, dans des conditions définies. Si le procédé est sélectif, ceci doit être précisé. Un désinfectant est un produit contenant au moins un principe actif doué de propriété anti-microbienne et dont l'activité est déterminée par un système normatif reconnu. Ce produit doit présenter une activité bactéricide, et peut, en outre présenter des activités supplémentaires: levuricide, fongicide, virucide ou sporicide.

DETERGENT: produit dont la composition est spécialement étudiée pour le nettoyage selon un processus mettant en œuvre les phénomènes de détergence. Un détergent comprend des composants essentiels (agents de surface) et généralement des composants complémentaires (adjuvants, etc.) (NF EN ISO 862).

DISPOSITIF MEDICAL: tout instrument, appareil, équipement, matériel, produit, à l'exception des produits d'origine humaine ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens (article L. 5211-1 du Code de la santé publique).

INSTRUMENTS DYNAMIQUES ou ROTATIFS: ces deux termes désignent les turbines, pièces à main et contre-angles. Le terme « instruments dynamiques » est le plus rigoureux mais l'expression « instruments rotatifs » est souvent employée par les professionnels.

PRE-DESINFECTION: c'est une étape préalable à la stérilisation ou la désinfection. C'est le premier traitement à effectuer en utilisant un produit détergent-désinfectant, sur les objets et matériels souillés dans le but de diminuer la population des micro-organismes, de faciliter le nettoyage ultérieur et de protéger le personnel lors de la manipulation des matériels (définition AFNOR de la décontamination, ce terme ayant été employé jusqu'en 1998).

STERILE: état d'un produit exempt de micro-organisme viable (NF EN 556). On cherche en général à conserver cet état par un conditionnement approprié (notion d'espace incontaminable). Ce conditionnement doit être étanche, protecteur et stockable sans danger d'ouverture jusqu'à utilisation. On ne qualifiera de stérile qu'un objet emballé.

Pour qu'un dispositif médical ayant subi une stérilisation terminale puisse être étiqueté « stérile », la probabilité théorique qu'un micro-organisme viable soit présent sur un dispositif doit être égale ou inférieure à 1 pour 10⁶.

STERILISATION: procédé qui rend un produit stérile et qui permet de conserver cet état pendant une période de temps précisée (Comité européen de normalisation, CEN).

Opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes portés par des milieux inertes contaminés, le résultat de cette opération étant l'état de stérilité (AFNOR NF T 72-101).

TEST de BOWIE DICK: ce test permet de vérifier que l'extraction d'air assuré par un vide poussé a réussi. Ainsi, la vapeur d'eau peut pénétrer rapidement et complètement au cœur de la charge à stériliser.

TRACABILITE: la traçabilité d'une entité (DM) a pour objectif, de pouvoir retrouver, à tout moment, l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées (d'après la norme ISO 9000:2000).

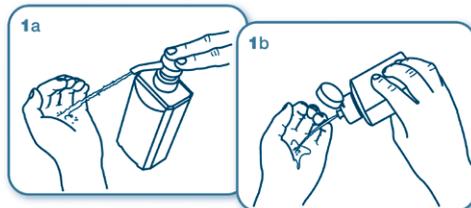
La traçabilité des procédures d'entretien des DM (stérilisation ou désinfection) est un élément de la démarche qualité. La « traçabilité » désigne ici l'enregistrement de toutes les étapes de traitement du DM permettant, à tout moment, d'apporter la preuve du bon déroulement des opérations. Ces enregistrements portent sur les moyens humains, techniques, matériels et les procédures mis en œuvre, sur support papier ou informatique. L'objectif de la traçabilité est de faire le lien entre un matériel, une procédure d'entretien, un acte et un patient.

ANNEXE 3: Procédure standardisée de friction des mains (solution hydro-alcoolique)

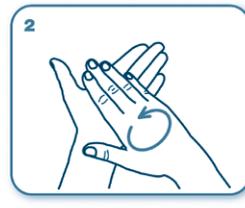
La friction hydro-alcoolique Comment ?

UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !
LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES

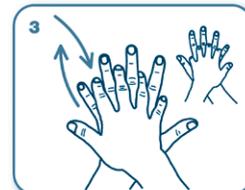
 Durée de la procédure : 20-30 secondes.



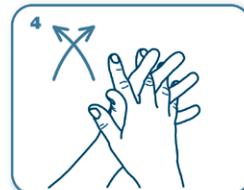
Remplir la paume d'une main avec le produit hydro-alcoolique, recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



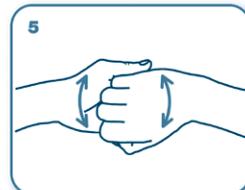
Paume contre paume par mouvement de rotation,



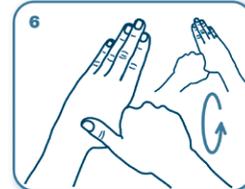
le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice versa,



les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



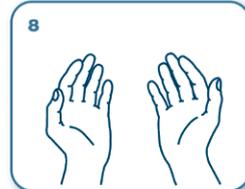
les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice versa,



la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice versa.



Une fois sèches, les mains sont prêtes pour le soin.

ANNEXE 4: Procédure de lavage des mains au savon

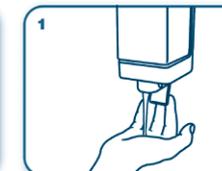
Le lavage des mains - Comment ?

LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES
SINON, UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !

 Durée de la procédure : 40-60 secondes



Mouiller les mains abondamment



Appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



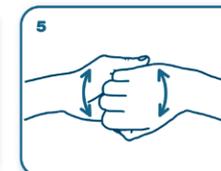
Paume contre paume par mouvement de rotation,



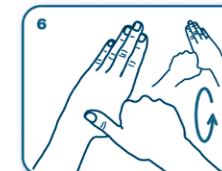
le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice versa,



les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



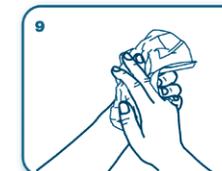
le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice versa,



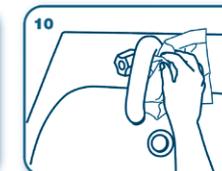
la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice versa.



Rincer les mains à l'eau,



sécher soigneusement les mains avec une serviette à usage unique,



fermer le robinet à l'aide de la serviette.



Les mains sont prêtes pour le soin.

ANNEXE 5: Conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang

(AES)

Extrait du document «Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé - guide de prévention». Direction générale de la santé, DGS - Janvier 2006

Un accident d'exposition au sang est défini comme tout contact percutané (piqûre, coupure), sur peau lésée ou sur muqueuses avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang.

Principaux éléments de la conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang :

1. Si possible, interrompre le soin ou l'acte en cours.

2. Soins locaux immédiats :

>> Ne pas faire saigner, car il y aurait risque d'attrition des tissus.

>> Nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré stable ou fraîchement préparé (soluté de Dakin) ou éventuellement Eau de Javel® à 2,6 % diluée au 1/10^{ème}, à défaut tout antiseptique à large spectre disponible, produits iodés, alcool à 70°C, chlorhexidine alcoolique en assurant un temps de contact d'au moins 5 minutes.

>> En cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au soluté physiologique ou sinon à l'eau, au moins 5 minutes.

3. Evaluer le risque infectieux chez le patient source :

>> Rechercher les sérologies : VIH, VHC, VHB, la notion d'antécédents transfusionnels (sérologies déjà réalisées ou à réaliser en urgence après accord du patient).

>> La non connaissance du statut sérologique du patient source ne doit pas faire différer la consultation avec un référent médical.

4. Contacter le référent médical VIH :

>> Il est désigné dans l'établissement de soins le plus proche, pour évaluer le risque de transmission virale (VHB, VIH, VHC) et envisager, avec l'accord de la personne accidentée, une éventuelle chimioprophylaxie antirétrovirale (en fonction de la sévérité de l'exposition, de la connaissance du statut sérologie du sujet source, de l'inoculum, du délai) ; en dehors des heures ouvrables, les services des urgences sont la filière de prise en charge des AES.

>> Si elle est nécessaire, la prophylaxie VIH doit être débutée de façon optimale dans les 4 heures qui suivent l'AES et au plus tard dans les 48H, pour celle du VHB dans les 48H. La circulaire du 2 avril 2003 prévoit les recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après l'exposition au risque de transmission du VIH.

VIH Info Soignant de 9H à 21 H, tél : **0810630515**

SIDA info service 24 H/24, tél : **0800840800**

5. Pour la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une éventuelle contamination liée à l'AES, il faut :

>> Une déclaration d'accident du travail dans les 24 à 48H selon le statut de la personne accidentée (salarié ou libéral).

>> Un certificat médical initial descriptif de la lésion (piqûre, coupure, projection...) avec la mention «potentiellement contaminante». Les deux documents doivent être adressés à l'organisme d'affiliation, dans les 48H pour la CPAM.

6. Suivi sérologique et clinique ultérieur adapté au risque : sérologies initiales avant le 8^{ème} jour puis au 1^{er} (risque VHC) 3^{ème} et au 6^{ème} mois.

7. Analyse des causes de l'accident, permettant de faire progresser la prévention.

8. La conduite à tenir en cas d'exposition au sang est affichée dans la zone de soins.



**ORDRE NATIONAL
DES PÉDICURES-PODOLOGUES**

116 rue de la Convention
75015 PARIS
Tél. +33 1 45 54 53 23
Fax +33 1 45 54 53 68

www.onpp.fr