

4. PENDANT L'HOSPITALISATION

4.1. Prévention pour le patient et son entourage

4.1.1. Quelle est l'attitude adaptée pour éviter qu'une plaie s'infecte après mon intervention ?

En cas de pansement de plaies, qu'il s'agisse d'une plaie aiguë ou d'une plaie chronique, votre participation est indispensable au processus de cicatrisation, notamment :

- ◆ en veillant à la propreté corporelle, dans la plupart des situations et sur l'avis du chirurgien, une douche est possible même peu de temps après l'intervention ;
- ◆ en évitant de toucher au pansement ; en signalant les écoulements, la gêne occasionnée, le décollement du pansement ;
- ◆ en signalant les douleurs et la survenue de fièvre aux soignants (en particulier si les symptômes surviennent au retour au domicile, toujours contacter le chirurgien ou le médecin traitant).

4.1.2. Mon entourage est-il également concerné par des mesures à prendre lors des visites ?

Oui, il est demandé aux visiteurs de respecter des consignes pour le bon déroulement des soins. Les proches sont souvent associés aux processus de soins plus ou moins étroitement selon votre pathologie (âge du patient, état dépendance, pathologies lourdes et complexes).

Les horaires de visite sont définis dans certains services de soins pour faciliter la programmation des soins.

Il est conseillé de ne pas se rendre auprès d'un patient lorsqu'on est soi-même porteur d'une maladie qui peut être contagieuse (exemple : la grippe).

Il est vivement recommandé de ne pas amener des enfants en visite dans certains services de soins, compte tenu des risques infectieux encourus, en particulier pour les enfants en bas âge.

Il vaut mieux ne pas apporter des fleurs et des plantes car elles peuvent constituer un réservoir de micro-organismes en nombre très important. Il est indispensable de vérifier leur autorisation éventuelle auprès de l'équipe soignante.

Il est conseillé d'éviter de s'asseoir sur le lit du patient.

Il faut éviter de toucher systématiquement aux équipements et aux matériels de soins.

Un risque infectieux supplémentaire peut être encouru par vous-même en consommant des plats cuisinés en dehors de l'établissement. Cette pratique peut être autorisée sous des conditions strictes et définies selon chaque situation. Il est indispensable de se renseigner auprès de l'équipe soignante.

Avant de vous quitter, il est conseillé à vos proches de se laver les mains à la fin de chaque visite.

Des interprètes peuvent être mis à la disposition des personnes d'origine étrangère qui ne maîtrisent pas ou mal le français, pour faciliter la communication avec l'équipe soignante.

4.2. L'annonce de la maladie et son signalement

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.

Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, sur leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention*, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (*Art. L.1111-2 du Code de la Santé Publique*)

Lorsqu'une personne a contracté une infection nosocomiale, le médecin en charge de cette personne doit l'en informer dans le respect du code de déontologie. La nature de l'information et les modalités de sa délivrance figurent dans le dossier médical de la personne, ainsi que, le cas échéant, la copie de la fiche de signalement. Lorsque le signalement concerne le cas de plusieurs personnes, une copie de la fiche de signalement doit figurer dans le dossier médical de chacune de ces personnes (*Circulaire N°DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé*).

4.3. Manifestations, durée et gravité de la maladie

4.3.1. Dois-je prendre des précautions particulières si je suis infecté(e) ?

Oui, il vous est demandé de participer à la maîtrise du risque de diffusion des micro-organismes dont vous êtes porteur temporairement.

Selon le micro-organisme en cause et sa capacité à provoquer une épidémie dans le service de soins, et selon sa localisation, il vous sera demandé de respecter des règles d'hygiène plus exigeantes :

- vous désinfecter les mains avant de quitter votre chambre, lorsque vous y êtes autorisé, par exemple pour rejoindre la salle à manger (dans des services de soins de suite, des maisons de retraite) ou lors d'un transfert ;
- porter un masque destiné à la protection des personnes présentes (par exemple dans une salle d'attente, dans une ambulance ou lors de la visite de vos proches ou en présence de soignants).

Cette situation difficile s'ajoute aux contraintes d'une hospitalisation. Il peut arriver que des difficultés à surmonter ce sentiment d'isolement surviennent, auxquelles s'ajoutent des difficultés d'autre nature : difficultés financières, difficultés socioprofessionnelles. Ces préoccupations peuvent parfois être ignorées des soignants. Il est important de parler de vos difficultés avec les soignants pour qu'elles puissent être prises en compte, si besoin par une assistante sociale.

Pendant ou après votre hospitalisation, vous pouvez être amené à utiliser vous-même des aiguilles ou des dispositifs auto-piqueurs, par exemple pour la prévention des phlébites, pour des injections d'insuline ou pour des glycémies au doigt. Vous ne devez ni laisser traîner ces objets piquants ni les jeter dans une poubelle standard car ils peuvent être responsables de piqûres et d'infection pour les soignants ou pour votre entourage. Vous

devez éliminer ces objets piquants dans des conteneurs adaptés, qui prennent habituellement la forme d'une boîte en plastique rigide dont la couleur dominante est le jaune, fermée par un couvercle muni d'une ouverture pour glisser l'aiguille ou la lancette.

Ces conteneurs sont mis à disposition dans votre chambre d'hôpital par l'équipe soignante ou sont disponibles auprès du pharmacien proche de votre résidence après la sortie de l'hôpital. Une limite de remplissage est indiquée sur ces conteneurs et, dès que cette limite est atteinte, le conteneur doit être fermé.

De retour à votre domicile, pour connaître les modalités d'élimination de ces conteneurs, vous pouvez vous adresser à la mairie de votre commune ou au service Santé-environnement de la DDASS de votre département.

4.3.2. Existe-t-il des mesures imposées à mon entourage lorsque je suis infecté(e) ?

Oui, le personnel soignant est à la disposition de votre entourage pour lui fournir toutes les explications utiles.

Le port d'une surblouse sur la tenue de ville des visiteurs peut être exigé lorsque vous êtes placé en isolement infectieux. Le nombre de visiteurs est souvent limité. Le but de ces consignes est d'éviter la diffusion dans l'environnement des micro-organismes responsables de votre infection.

Lorsque vous êtes en isolement, la désinfection des mains par friction doit être pratiquée après chaque visite. Cette mesure est capitale pour éviter la diffusion des microorganismes dans l'environnement. N'hésitez pas à demander les produits nécessaires à l'équipe soignante.

Il peut arriver que le linge personnel soit lavé par vos proches même dans les situations d'isolement : serviettes de toilette, vêtements fragiles. Dans tous les cas, le lavage en machine doit être préféré chaque fois que c'est possible. Sauf en cas de recommandations spécifiques d'un service de soins, cette consigne est suffisante. Les vêtements fragiles (nettoyage à sec) doivent être évités pendant la durée de l'isolement. Le linge sale doit être lavé rapidement afin qu'il ne séjourne pas longtemps dans la chambre

Certaines situations d'isolement peuvent être particulièrement pénibles pour les proches. Il est important que celles-ci puissent être évoquées avec les soignants pour mieux prendre en charge les difficultés rencontrées. Dans tous les cas, les soignants sont à votre disposition pour vous renseigner.

4.4. Traitement de l'infection nosocomiale

4.4.1. Que sont les antibiotiques ?

Ce sont des substances chimiques douées de la capacité d'agir sur les bactéries soit en diminuant leur vitalité (en inhibant leur croissance = effet bactériostatique) soit en les tuant (effet bactéricide). Ils sont inactifs sur les virus.

4.4.2. Depuis quand existent-ils ?

La découverte des antibiotiques a été fortuite il y a un peu moins d'un siècle. C'est en 1928 que le microbiologiste anglais Fleming a constaté une interruption de la croissance d'une culture de staphylocoques par une moisissure (*Penicillium*) qui avait contaminé le milieu de culture. La pénicilline, obtenue à partir de cette moisissure, a été utilisée avec succès chez l'homme pour traiter les infections des blessés lors de la Seconde Guerre Mondiale.

4.4.3. Existe-t-il différents antibiotiques ?

Depuis la pénicilline, plusieurs "variétés" d'antibiotiques ont été identifiées. Elles sont regroupées en fonction de leurs caractéristiques chimiques pour former des "familles". Chaque antibiotique se reconnaît par son nom chimique qui est le nom de la substance et par son nom commercial qui est le nom de la spécialité.

4.4.4. Comment les antibiotiques sont-ils produits ?

Les antibiotiques sont, pour la plupart, des substances produites dans la nature par des champignons microscopiques ou par des bactéries. A l'échelle industrielle, ils sont fabriqués par "assemblage" (synthèse) pour reproduire la substance naturelle.

4.4.5. Comment agissent-ils ?

Les antibiotiques sont précis et spécifiques. Ils sont actifs **uniquement** sur les bactéries. Les substances qui sont actives sur les virus sont des antiviraux et celles actives sur les champignons sont des antifongiques.

Chaque famille d'antibiotique agit sur un constituant défini de la bactérie qui est sa "cible".

4.4.6. Quelles sont les limites des antibiotiques ?

Il n'existe pas d'antibiotique "universel". L'activité d'un antibiotique dépend de plusieurs facteurs :

- l'espèce bactérienne : l'ensemble des espèces sur lesquelles un antibiotique est actif constitue son "spectre" d'activité ;
- l'état de la bactérie : certains antibiotiques ne sont actifs que si la bactérie se multiplie (phase de croissance). Ces antibiotiques seront inactifs si la bactérie est en phase de repos ;
- la localisation de la bactérie : pour être actif sur la bactérie, l'antibiotique doit pouvoir l'atteindre ce qui dépend de la façon dont il va diffuser dans le sang et les tissus (pharmacocinétique). Ainsi la pénétration dans certaines localisations (os, système nerveux, œil..) ou dans du pus accumulé autour des bactéries est plus difficile et le traitement sera plus complexe ;
- la résistance bactérienne aux antibiotiques.

4.5. Germes responsables et résistance aux antibiotiques

4.5.1. Qu'est ce que la résistance aux antibiotiques ? Que veut dire BMR* ?

Les bactéries sont des êtres vivants et les antibiotiques sont naturellement produits dans l'environnement. C'est pourquoi certaines bactéries, en particulier celles de l'environnement, pour survivre en présence de ces antibiotiques, ont dû "inventer" des "programmes" de protection et sont devenues "naturellement résistantes aux antibiotiques" qui les entourent. Ces résistances sont transmises à la descendance : on parle de "**résistance naturelle**" (par exemple : le bacille pyocyanique est naturellement résistant à l'ampicilline).

Quand les bactéries sont soumises à des traitements antibiotiques, elles essaient aussi de survivre par des mécanismes plus ou moins complexes : on parle de "**résistance acquise**".

Cette résistance peut concerner un seul antibiotique ou de nombreux antibiotiques. C'est dans ce dernier cas que l'on parle de **bactéries multirésistantes ou BMR**.

Staphylococcus aureus (staphylocoque doré*) résistant à la pénicilline ou SARM est la plus connue de ces bactéries multirésistantes. La pénicilline est un antibiotique qui appartient à la famille des bêta-lactamines et la résistance du *Staphylococcus aureus* à cet antibiotique fait que cette bactérie est résistante à tous les antibiotiques de cette famille et à un grand nombre d'autres aussi. Mais ce n'est pas le seul germe ni le seul mécanisme concerné.

4.5.2. Comment reconnaît-on une BMR (ou bactérie multirésistante) ?

Le test fait au laboratoire pour évaluer la résistance d'un germe aux antibiotiques s'appelle un antibiogramme. Mais la simple lecture de résistance(s) sur l'antibiogramme ne suffit pas pour identifier une BMR puisque certaines bactéries sont naturellement résistantes...

Pour reconnaître une BMR, il faut donc faire une analyse combinée de l'identité du germe et de son antibiogramme, voire des tests complémentaires. La confirmation de la résistance ainsi que son mécanisme sont fournis par le laboratoire de microbiologie qui a analysé le prélèvement, identifié le germe et "interprété" son antibiogramme (profil de résistance).

4.5.3. Pourquoi accorde-t-on une telle importance aux BMR ?

Les BMR ne sont pas plus "méchantes" (dangereuses) que les mêmes bactéries sensibles aux antibiotiques (souches sauvages).

En revanche, pour le traitement, le choix des antibiotiques peut être très limité, voire quasi nul dans certains cas, ce qui peut être défavorable pour le pronostic (notamment du fait du retard à l'efficacité du traitement).

De ce fait, les mesures de prévention* pour éviter la diffusion de ces bactéries sont renforcées (isolement) d'autant que ces BMR peuvent, pour certaines d'entre elles, favoriser la résistance d'autres bactéries d'espèces différentes en leur donnant leur programme de résistance "tout prêt". Ce phénomène de "transfert" de résistance peut très rapidement entraîner des "épidémies" de BMR difficiles à contrôler au sein d'un service ou même d'un établissement de santé.

4.5.4. Que sont les infections endogènes* et exogènes* ?

Quelles définitions ?

- Endogène : qui provient de l'intérieur, qui est produit dans l'organisme.
- Exogène : qui provient de l'extérieur, dont la cause est extérieure.

Les bactéries (microbes) sont-elles endogènes ?

Les bactéries représentent 80% de la biomasse de la Terre. Il en existe plus de 500 000 espèces.

Un corps humain héberge 10 fois plus de microbes qu'il ne compte de cellules. Il existe donc bien des bactéries endogènes **qui vivent normalement dans ou sur le corps humain** en systèmes plus ou moins complexes appelés « écosystèmes » ou « flores ».

Quelles sont les relations de l'homme avec ses bactéries endogènes ?

La flore endogène est la flore normale rencontrée sur la peau ou certaines muqueuses de l'homme (par exemple la flore vaginale, digestive, buccale ...). Cette flore, dite flore "commensale", a un effet barrière (de défense) qui contribue à préserver l'équilibre de l'organisme en empêchant l'implantation des bactéries extérieures (exogènes).

Sous certaines conditions (cf. facteurs de risques* et actes invasifs*), cette flore peut donner lieu à une infection qui est alors dite "endogène" : l'homme s'infecte avec ses propres germes. Ils sont alors qualifiés d'opportunistes.

Quelles sont les relations de l'homme avec les bactéries exogènes ?

Les microorganismes sont omniprésents dans l'environnement ainsi que chez l'homme et les animaux. Tout être humain est en permanence exposé à ces réservoirs de « microbes » qui proviennent du sol, de l'eau, de l'air mais aussi des animaux, des autres hommes ou de lui-même...

Dans la vie courante, nous échangeons en permanence les microbes de nos flores commensales et dans l'immense majorité des cas il n'y a aucune conséquence. Dans certains cas ces échanges se manifestent par une "infection" qui est dite « exogène ».

4.5.5. Qu'est ce qu'un microbe dangereux ?

C'est un microbe qui provoque une maladie ou infection qui se manifeste par des signes cliniques et/ou des signes biologiques. On parle de microbes "pathogènes*".

Pourquoi les microbes sont-ils dangereux ?

Pour survivre et se reproduire, les microbes ont besoin de trouver les aliments qui leur sont nécessaires. Pour cela, ils possèdent ou fabriquent des "programmes" qui leur permettent de puiser les ressources nécessaires dans leur environnement y compris les tissus humains, le sang, les liquides biologiques. C'est par ces mécanismes qu'ils peuvent être plus ou moins agressifs (dangereux). Certains de ces programmes spécifiques de l'invasion des tissus sont appelés "facteurs de virulence".

Tous les microbes sont-ils dangereux ?

Classiquement, on différencie :

- des pathogènes* stricts : ils ne peuvent se multiplier en dehors du foyer infectieux. Leur présence signe la maladie (par exemple : méningocoque et méningite).
Il peut arriver, chez certains individus, que ces pathogènes soient retrouvés sans qu'il y ait de signes cliniques (sans expression de leur virulence). On parle alors de "portage sain ou asymptomatique".
- des pathogènes opportunistes : ils profitent d'un affaiblissement de l'hôte ou d'une porte d'entrée (plaie opératoire, cathéter*...) pour s'implanter, se multiplier et créer l'infection (exemple : bacille pyocyanique et brûlés,...).

4.5.6. Est-ce que seul le microbe signe le danger ?

L'infection est en fait un processus complexe où le microbe n'intervient pas seul. Entre autres facteurs, on peut retenir :

- la "virulence" propre du microbe pour l'hôte, c'est-à-dire sa capacité à attaquer l'hôte. Le microbe agit :
 - soit par lui-même (exemple : *Salmonella typhi*, agent de la typhoïde),
 - soit par production de toxine (exemple : *C. botulinum* responsable du botulisme),
- la « fragilisation » de l'hôte (immunodépression, antibiothérapie, interventions chirurgicales, pose de matériel...) qui affaiblit ses moyens de défense naturels. Dans ce cas, des microbes "opportunistes", normalement non pathogènes, peuvent

provoquer une maladie chez l'hôte (par exemple : staphylocoque et infection sur cathéter).

4.5.7. Doit-on prendre en compte la localisation du microbe ?

L'arrivée des microbes dans un site normalement "stérile" (exempt de microbes) (os, sang, liquide céphalo-rachidien...) facilite leur implantation, leur multiplication et l'apparition des signes cliniques de l'infection.

En revanche, dans un site normalement pourvu d'une flore endogène commensale (par exemple peau, bouche, intestin...) l'implantation d'un microbe extérieur (exogène*) est rendue difficile, voire impossible par cette flore endogène résidente pourvu que l'équilibre de celle-ci soit maintenu.

Remarque : un microbe peut être anormalement présent au sein d'une flore commensale ou dans un site habituellement stérile, sans invasion ni réaction tissulaire et donc sans manifestations cliniques et/ou biologiques ; on parle alors de "colonisation*".

4.5.8. Doit-on prendre en compte la quantité de microbes ?

Pour certaines infections, le nombre de microbes présents au site infecté est pris en compte dans la définition de l'infection (ex : les infections urinaires)

La notion de quantité de microbes nécessaire pour induire une infection (dénommée inoculum) reste assez imprécise (par exemple : on ne sait pas combien de légionelles il faut inhaler pour faire une légionellose). Elle est toutefois connue pour certains microbes et on sait que cette quantité peut varier en fonction de l'hôte (par exemple : il faut environ 1 milliard de *Vibrio cholerae* pour qu'un homme "normal" soit malade du choléra alors que quelques milliers suffisent si cette personne prend des médicaments qui diminuent l'acidité de son estomac...).

L'inoculum nécessaire pour développer une infection est souvent moindre en présence d'un dispositif invasif ou de matériel étranger.

4.5.9. Au total comment puis-je savoir si ce microbe est dangereux ou pas ?

La réponse n'est pas univoque en oui ou non. La réponse en ce qui concerne le danger pour moi-même dépendra :

- du microbe lui-même,
- de la présence ou non de facteurs de virulence (pouvoir pathogène),
- de la localisation (site),
- de la quantité inoculée,
- de l'aptitude du microbe à se multiplier là où il est,
- de mon état général (état d'hôte qui héberge le microbe),
- de la réponse au traitement (s'il est mis en place, mais il n'y a pas forcément besoin de traitement pour les colonisations).

La réponse en ce qui concerne le danger pour les autres dépendra :

- de l'aptitude que ce microbe a à se transmettre à d'autres individus,
- de ma connaissance de ces transmissions possibles,
- du respect des mesures que je prendrai pour éviter cette transmission.

4.6. La stérilisation

4.6.1. Comment sont stérilisés les instruments chirurgicaux ?

Que sont les instruments chirurgicaux ?

Ce sont les "outils" nécessaires à une opération de chirurgie. Ils entrent dans une classe plus large des dispositifs médicaux (DM).

Ils sont soit :

- à usage unique : jeté après usage (via la filière spécifique des déchets hospitaliers (DASRI*),
- à usage multiple (réutilisables) : ils sont alors soumis à des règles d'entretien strictes entre deux utilisations.

Qu'est ce que la stérilisation ?

C'est un procédé qui a pour objectifs :

- la destruction des microbes,
- la conservation de l'état stérile,
- le respect de l'intégrité du matériel ou du produit stérilisé.

4.6.2. Quelles sont les limites de la stérilisation ?

La stérilisation est un procédé qui rend un produit stérile, c'est-à-dire sur lequel aucun microbe viable ne peut être retrouvé par les méthodes actuelles. En pratique, les procédés actuels sont tels que la probabilité d'avoir 1 microbe viable est inférieure à 1 pour 1 million.

4.6.3. A quoi s'applique la stérilisation ?

Le matériel à usage unique est acheté stérile et jeté après usage. La stérilisation, dans ce cas, est de la responsabilité du fabricant et l'état stérile est garanti jusqu'à la date limite d'utilisation inscrite sur l'emballage, sauf détérioration de ce dernier.

A l'hôpital, la stérilisation concerne seulement le matériel réutilisable. Ce matériel est acheté non stérile. Il est préparé (lavages, séchages) puis subit une première stérilisation avant d'être mis en service. Il subira ensuite systématiquement la procédure de stérilisation entre deux utilisations.

4.6.4. Quels sont les préalables à la stérilisation ?

Le matériel utilisé au cours d'une intervention chirurgicale est "souillé" par du sang, des débris de tissus (souillures organiques), voire des microbes...

Toutes les étapes préliminaires à la stérilisation proprement dite visent à réduire le nombre de microbes pouvant être présents sur le matériel à stériliser et à éliminer les souillures organiques qui pourraient faciliter la multiplication des microbes.

La première étape est le prétraitement ou pré-désinfection pour éliminer les microbes et protéger le personnel et l'environnement. Ce premier temps est suivi d'un rinçage.

Le deuxième temps est le nettoyage proprement dit, le plus souvent en machine à laver, pour éliminer les souillures. Ce temps est suivi d'un rinçage et d'un séchage soigneux.

Le matériel est alors contrôlé de façon à ne stériliser que du matériel parfaitement propre et en bon état de fonctionnement.

Le troisième temps consiste à emballer le matériel dans des conditionnements adaptés qui permettront de maintenir l'état stérile à la fin de la stérilisation. Cette phase se fait obligatoirement dans une zone "propre" c'est-à-dire protégée pour que le matériel ne se contamine pas.

Le matériel peut alors être stérilisé.

4.6.5. Quelles sont les méthodes de stérilisation ?

La méthode par la vapeur sous pression (autoclave) est le procédé de référence. Les autoclaves subissent des contrôles à l'installation (qualification), une requalification annuelle, une maintenance préventive et des contrôles quotidiens de « routine ».

En pratique la phase de stérilisation à l'autoclave se fait à 134°C pendant 18 minutes (plateau de stérilisation) pour un cycle qui dure au total environ deux heures.

D'autres méthodes existent :

- la stérilisation à l'air chaud (four Pasteur-Poupinel®) est déconseillée pour son manque de fiabilité ;
- la stérilisation à l'oxyde d'éthylène qui fut utilisée pour les dispositifs ne supportant pas la chaleur (thermosensible) est abandonnée à l'heure actuelle dans les hôpitaux à cause des risques professionnels liés à ce gaz ;
- la stérilisation en phase plasma est une technique récente qui permet aussi de stériliser du matériel thermosensible ;
- la stérilisation par radiations ionisantes est surtout utilisée dans l'industrie.

4.6.6. Que se passe-t-il après la stérilisation ?

Pour que le matériel soit à nouveau disponible à l'utilisation, certains paramètres sont vérifiés.

Chaque lot de matériel introduit dans l'autoclave (charge) est contrôlé avant et après la sortie de l'autoclave :

- lors du chargement : choix du cycle, homogénéité de la charge ;
- lors du déchargement : virage des indicateurs, absence de mouillage des emballages, diagramme d'enregistrements ...

Le matériel n'est libéré, c'est à dire disponible pour être utilisé, que si tous ces contrôles sont corrects. On dit alors que la charge est "acceptée".

La charge acceptée est étiquetée et stockée dans un local adapté jusqu'à une nouvelle utilisation ou jusqu'à la date limite d'utilisation.

L'étiquette donne l'identification du produit, le numéro de lot, la date de stérilisation et la date limite d'utilisation. Elle permet la traçabilité du produit. Lors d'une intervention, les étiquettes des dispositifs médicaux (ou matériels) stérilisés sont conservées dans le dossier du patient. Elles représentent un des éléments incontournables de traçabilité pour la prise en charge de l'opéré.

4.6.7. La stérilité est-elle obligatoire pour tous les instruments ?

La réponse est variable en fonction du niveau de risque.

En effet des niveaux de risques sont définis pour les instruments en fonction du site où doit être utilisé l'instrument : un instrument qui va être en contact avec des tissus stériles (intervention chirurgicale) sera obligatoirement stérile.

Remarque : si le matériel qui le constitue ne supporte pas la chaleur, cet instrument ne pourra pas être autoclavé et devra subir un procédé spécifique de "désinfection" de haut niveau.

Un instrument en contact avec les muqueuses (ex : bouche...) ne sera pas obligatoirement stérile mais devra subir une "désinfection de niveau intermédiaire" entre deux utilisations.

Un instrument qui n'est pas en contact avec le patient subira une "désinfection de bas niveau" entre deux usages.