



# Facteurs d'observance des bonnes pratiques face à la directive « zéro bijou » : une étude mixte

Céline Minchaca<sup>1</sup>, Karine Bozouklian<sup>2</sup>, Steeve Thibaut<sup>1</sup>, Ariel Zebo<sup>1</sup>, Odile Akrong<sup>3</sup>

1- Service d'urologie – Cité hospitalière de Mangot Vulcin – Centre hospitalier universitaire (CHU) de Martinique – Le Lamentin – France

2- Unité de surveillance et de prévention des infections nosocomiales – CHU de Martinique – Fort-de-France – France

3- Direction coordination générale des soins – CHU de Martinique – Fort-de-France – France

✉ **Céline Minchaca** – Service d'urologie – Cité hospitalière de Mangot Vulcin – CHU de Martinique – BP 429 – 97232 Le Lamentin – France – E-mail : celine.minchaca@chu-martinique.fr

## Introduction

Alors que la médecine acquiert de plus en plus de technicité et fait appel à des technologies de plus en plus sophistiquées, les mesures basiques de prévention des infections associées aux soins peinent encore à être respectées dans des services à risque. L'audit national *Hygiène des mains, observance/pertinence, résultats 2008-2009* montre que moins de 80% des pratiques sont conformes, toutes disciplines confondues : hospitalisation de chirurgie (68,6%), bloc opératoire (48,5%), hémodialyse (70,4%)... [1]. Ces consignes [2-6] font pourtant l'objet de cours et de travaux pratiques dans les instituts de formation initiale et sont régulièrement rappelées par l'encadrement, par les correspondants en hygiène des services de soins et par les hygiénistes lors de campagnes de sensibilisation à l'hygiène des mains chaque année [7]. L'absence de bijou, b.a.-ba de la prévention des infections, fait partie des prérequis pour une bonne hygiène des mains [3-8]. La désinfection des mains par friction doit être réalisée avec un

produit hydro-alcoolique validé pour l'usage hospitalier. Cette friction hydro-alcoolique n'est de bonne qualité que si le soignant a les mains et les avant-bras dégagés : aucun bijou, ongles courts, manches courtes. Les services de chirurgie sont classés dans la catégorie « haut risque infectieux » car de nombreux gestes invasifs y sont dispensés (préparation chirurgicale, pose de perfusion, réfection de pansement, sondage urinaire...) [9]. Nous nous sommes donc interrogés sur les connaissances des professionnels de santé sur les préconisations « zéro bijou » et sur les représentations qu'ils se font du risque infectieux encouru par le patient.

## Méthode

Nous avons utilisé une méthode mixte (qualitative et quantitative) et multicentrique.

## Observations quantitatives

Un audit de pratiques observationnel « zéro bijou » a été mené afin de donner à cette étude un caractère quanti-

## Résumé

Partout, des articles sur la prévention des infections nosocomiales alertent sur la recrudescence du port de bijoux par les soignants dans les hôpitaux. Le problème est général. Afin de ne pas mener un énième audit de pratiques qui se contenterait de décrire l'existant, nous avons conduit en parallèle une enquête en sciences humaines afin d'identifier les freins au respect des précautions standard d'hygiène. Dans un service où la marge d'amélioration était importante, les réponses aux entretiens et les attitudes des soignants ont démontré que le rôle de l'encadrement de proximité, la politique de l'établissement et l'autorégulation influençaient directement les comportements, quels que soient les représentations et les savoirs des professionnels. La conduite de la mission a entraîné l'atteinte des objectifs avec 100% de conformité à la fin du projet.

**Mots-clés :** Amélioration continue de la qualité – Observance – Pratiques recommandées.

## Abstract

### **Factors of compliance with good practice in relation to the «zero jewel»: a mixed study**

*Everywhere, articles about infection prevention are warning of the resurgence in the wearing of jewellery by healthcare workers in hospitals. The problem is widespread. In order to avoid conducting another practices audit that would simply describe what already exists, we have conducted a parallel survey in the human sciences in order to identify barriers to compliance with standard hygiene precautions. In a department where there was considerable potential for improvement, responses to the interviews and attitudes of healthcare workers showed that the local management, the hospital's policy and self-regulation directly impacted behaviours, whatever knowledge of professionals. Managing the mission resulted in the achievement of the objectives with 100% compliance at the end of the project.*

**Keywords:** Quality continuous improvement - Guideline Adherence - Recommended practices.

tatif nous permettant de mesurer l'efficacité des actions mises en place avant et après le projet. L'audit permet de mesurer de manière objective, à un moment précis, l'écart entre un référentiel donné (recommandations professionnelles, législation, protocole, procédure interne...) et les pratiques des professionnels concernant les points critiques du référentiel. Cette méthode reproductible s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Les grilles d'observation ont été tirées de l'audit national *Respect de prérequis/hygiène des mains* de l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales de Haute Normandie<sup>1</sup>.

### Entretiens exploratoires

La phase d'investigation en sciences humaines et sociales a reposé sur la conduite d'entretiens semi-directifs [10] (Annexe). D'une grande souplesse, ce type d'entretien permet de découvrir des aspects nouveaux, d'élargir ou de rectifier le champ d'investigation. Cette méthode vise une communication en profondeur avec les personnes étudiées, sur leur perception des raisons de la non-observance du « zéro bijou ». Le réalisme symbolique de l'entretien donne accès à la logique et au sens du sujet interrogé.

### Étude multicentrique

Afin d'investiguer le lien entre les perceptions des professionnels, la pratique et le type de gouvernance, l'équipe d'enquêteurs s'est rendue dans plusieurs services du centre hospitalier universitaire de Martinique, ainsi que dans un établissement privé voisin.

1- Accessible sur le site du Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins d'Île-de-France : [https://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/zerobijou/masque\\_zero\\_bijoux\\_2014.xlsx](https://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/zerobijou/masque_zero_bijoux_2014.xlsx) (Consulté le 18-06-2024).

## Résultats

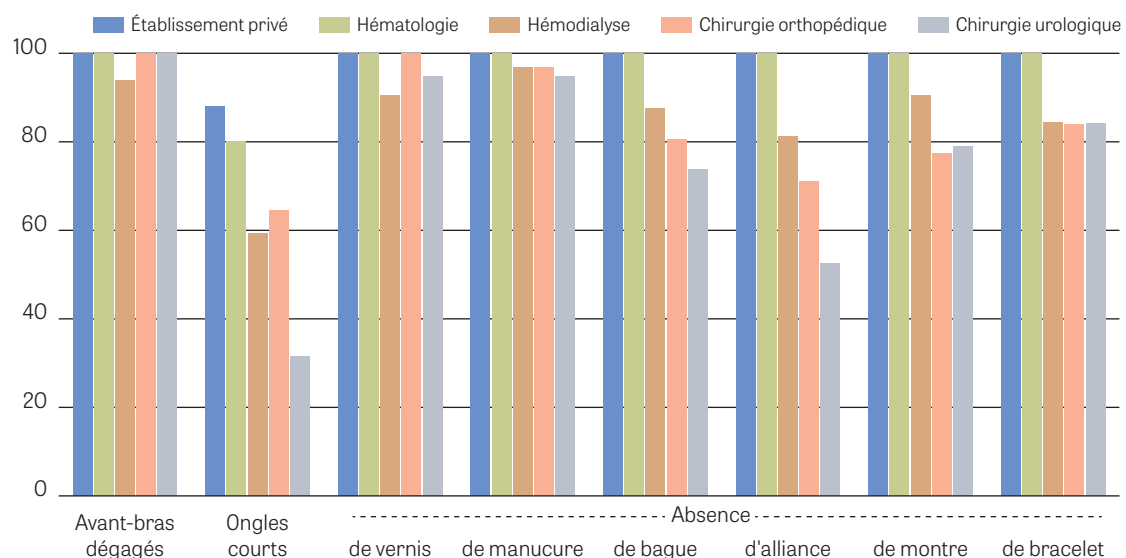
### Audit des pratiques professionnelles

La comparaison du taux de conformité entre les différents services observés montre que le service de chirurgie urologique, où se passe l'étude, présente la plus grande marge d'amélioration sur les prérequis à une bonne hygiène des mains : le « zéro bijou » (Figure 1). Là où les taux de conformité sont à 100% dans l'établissement privé voisin, la barre des 80% de conformité peine à être atteinte en urologie pour différents prérequis : absence de montre, absence de bague, absence d'alliance, ongles courts. Un seul item était conforme lors de l'audit : les avant-bras dégagés (absence de manches longues). Le service d'hématologie et les services de l'établissement privé se montrent les plus observants. Les entretiens exploratoires devaient nous permettre d'identifier les freins aux bonnes pratiques professionnelles et leurs leviers.

### Entretiens exploratoires

Les entretiens exploratoires menés auprès de 113 professionnels de santé ont révélé que 46,15% des non-porteurs de bijoux imputent l'apparition d'infections nosocomiales à une mauvaise hygiène des mains (« Les bijoux c'est des nids à microbes, on transmet les microbes si on fait pas une bonne hygiène des mains, peut-être pas assez de frictions hydro-alcooliques, et aussi si on respecte pas les précautions standard »), contre 48,65% des porteurs de bijoux (« Parce qu'on ne respecte pas assez l'hygiène des mains et tout le monde doit le faire. Il peut y avoir un manque de matériel ou alors si on ne désinfecte pas bien les chambres quand le patient sort »). Le lien de causalité entre hygiène des mains et survenue des infections est ainsi sensiblement le même, que les personnes portent des bijoux ou pas.

Figure 1 – Taux de conformité aux prérequis pour une bonne hygiène des mains (février 2018).



De plus, 95,22% des porteurs de bijoux connaissent les directives « zéro bijou » malgré leur pratique. Malheureusement, 4,76% d'entre eux pensent encore que le port de l'« alliance lisse » est toléré : « *Il y a des bactéries dans les bijoux, mais bon, l'alliance on a le droit.* » Les principales raisons évoquées pour justifier la persistance du port de bijoux par le personnel non compliant (tous services confondus) sont la symbolique de l'alliance et le côté affectif (« *Porter une alliance signifie qu'on est marié* », « *Monsieur n'est pas très d'accord, c'est compliqué de lui dire que je dois l'enlever pour travailler* », « *Je porte mon alliance par conviction religieuse, je suis mariée depuis quinze ans* »), la peur de perdre le bijou (« *Pendant ma formation, j'ai perdu beaucoup de bijoux, montres, bagues* », « *Ça coûte cher, c'est des diamants, chaque bracelet c'est mille euros, j'aurais trop peur de les perdre* »), ou la superstition (« *Je veux pas l'enlever et la perdre, ça sera pas bon, je suis superstitieuse* », « *Je ne l'ai jamais enlevée depuis que ma femme me l'a mise au doigt et mon mariage va bien. Après je veux pas que ça me porte malchance dans mon couple* »). Les non-porteurs de bijoux pensent, quant à eux que, si certains collègues portent leurs bijoux pendant leur service, ce serait avant tout pour des raisons symboliques (« *Je sais qu'il y a des personnes qui y sont très attachées, c'est le symbole du mariage* », « *L'alliance c'est pour dire qu'elles sont mariées, c'est symbolique* »), esthétiques (« *La montre je comprends car souvent on n'a pas de montre qui s'accroche, si on a besoin de vérifier le pouls. Mais les bagues non, je pense que c'est esthétique* », « *Pour être coquette, mais il faut que les gens se disent dans leur tête que c'est pour le patient qu'on travaille* »), et parce qu'ils ne mesurent pas l'importance d'ôter les bijoux (« *Peut-être qu'elles n'ont pas compris que c'est important de les enlever* », « *Les gens qui sont mariés laissent leur alliance, ils sont inconscients certainement* », « *Ils n'ont pas la vision de la gravité de la situation, ils respectent pas leur boulot et le patient, c'est du [je-]m'enfoutisme pour être belle* »). L'hypothèse de départ est donc infirmée, le port de bijoux n'a pas de lien apparent avec le risque infectieux perçu par le soignant. Relèverait-il alors d'une représentation davantage sociétale ? Nouvelle hypothèse d'autant plus crédible que, à la fin de la période d'observation et d'entretiens dans le service d'urologie, et sans même avoir mis en place les actions d'amélioration choisies lors de la restitution, une conformité spontanée des pratiques a été observée de la part du personnel. La conduite de l'étude a entraîné une correction globale spontanée des pratiques professionnelles autour du port de bijoux. Ce phénomène est connu des hygiénistes : dès lors que l'on informe une équipe de ses non-conformités, de manière objectivée, un réajustement naturel s'opère. Malheureusement, il n'est pas pérenne. Pourtant, dans le service d'urologie enquêté, les conformités restent observables un an après (Figure 2). Dans un premier temps, nous avons

pensé que les entretiens avaient fait prendre du sens aux directives. Mais le personnel ayant fait l'objet d'un entretien ne constituait qu'une petite proportion de l'effectif d'urologie (4/31). Nous nous sommes alors interrogés sur les facteurs ayant induit ce changement.

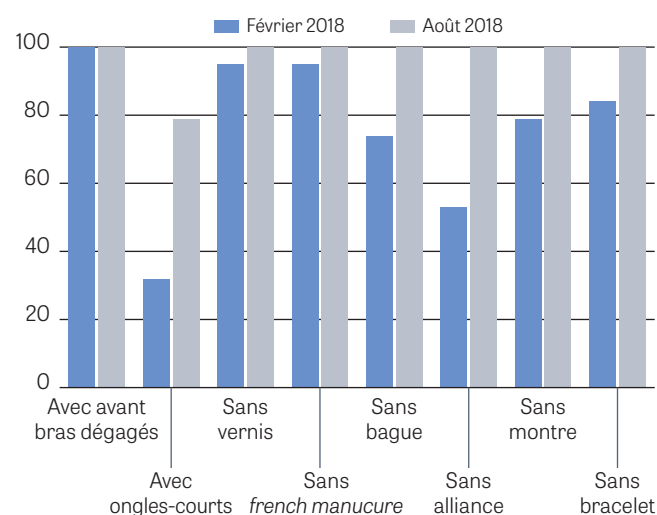
### Phénoménologie

Que s'est-il passé ? Quel a été le vécu des équipes d'urologie pendant l'enquête pour que la consigne « zéro bijou » ait été aussi bien intégrée et que les bonnes pratiques soient devenues pérennes spontanément ? Qu'est-ce qui a incité le personnel soignant à observer ces recommandations de bonnes pratiques ? Une nouvelle enquête de terrain en observation participative a été conduite. Les données discursives ont été notées et analysées et les thèmes et sous-thèmes, encodés. Une saturation des données (répétition des réponses) est très rapidement apparue et a mis en relief l'étiologie de la soudaine observance des bonnes pratiques. En effet, on remarque des nœuds d'encodage autour des thèmes suivants :

### Contrôle par le responsable

Après une période d'observation volontairement non interventionnelle (afin de ne pas biaiser les réponses aux entretiens), le cadre a très rapidement fait des remarques discrètes et personnalisées au personnel qui portait des bijoux : « *Elle nous a dit d'enlever, alors on a enlevé* », « *On m'avait jamais dit de les enlever avant elle* », « *C'est la cadre ! La dame parlait, parlait* », « *La cadre parlait trop dans ma tête* », « *Elle était toujours sur mon dos, alors... Je ne voulais pas encore qu'elle me fasse la remarque, elle a l'œil !* », « *J'avais de beaux bijoux en or ! Moi je ne mettais pas des bling-bling, je connaissais les recommandations, oui (rires), mais personne ne me disait [de les enlever]* ».

Figure 2 – Évolution du taux de conformité dans le service d'urologie (août 2019).



### Autorégulation par ses pairs

Les professionnels qui avaient déjà à cœur d'ôter leurs bijoux se sont sentis légitimés par la démarche et ont davantage incité leurs collègues à enlever les leurs : « *Je leur ai toujours dit d'enlever* », « *Tout le monde disait d'enlever* », « *On se le rappelle* », « *Dès qu'on oubliait les bijoux, tout le monde disait d'enlever. "la dame va parler dans ta tête"* », « *Et N. alors ! Elle me disait tout le temps : enlève sinon la dame va se fâcher avec toi* », « *Elle me prenait déjà la tête alors là, elle ne me lâchait plus* », « *L'un disait à l'autre : "tes bijoux, tes bijoux, tu as oublié tes bijoux !"* », « *C'est bon maintenant : on enlève et c'est tout. De toute façon on se le rappelle* ».

### Reproduction des comportements

La reproduction des comportements est une commodité intellectuelle qui permet aux individus au travail de se concentrer sur leur véritable cœur de métier : « *Tout le monde enlève ses bijoux à sa prise de poste, je les enlève aussi !* », « *J'étais le dernier Gaulois qui résistait encore* (rires) ! », « *J'étais devenue la seule* », « *Ça nous viendrait même plus à l'esprit* », « *On trouve ça normal maintenant* », « *Tout le monde enlève maintenant, c'est devenu normal* », « *On a compris, on enlève tous* », « *Les gens savent qu'il faut enlever, ils ont suivi c'est tout* ».

### Exemplarité

Les personnes interrogées font remonter la nécessité que les donneurs de directives soient exemplaires : « *Un cadre qui demande aux agents de ne pas porter de bijou doit être cohérent avec sa demande et ôter ses bijoux* », « *Oui mais bon, l'ancien cadre nous disait de les enlever mais elle-même en portait alors bof, au niveau de la crédibilité* ».

### Accompagnement personnalisé ou théorie de l'engagement

La valorisation des bons comportements, la sensibilisation et la recherche de facilitateurs ont aidé l'équipe à observer les bonnes pratiques. Le mana-

ger a dû adapter son process de communication aux différents professionnels et à leurs difficultés personnelles. S'adapter au process de communication de chacun [11,12] permet au manager de « parler le même langage » que chacun de ses agents : « *Moi c'est le mousqueton. [Le cadre] m'a demandé ce qui pourrait m'aider. Moi je suis adepte du mousqueton* », « *Elle [Le cadre] ne m'a pas sanctionné. Elle a cherché à comprendre pourquoi* », « *Avant franchement je m'en fichais complètement* (rires) ! *Mais comme je veux devenir infirmière, bah j'essaye de réfléchir. Ça m'a fait réfléchir* ». La distribution de mousquetons a, par exemple, aidé ceux qui avaient peur de perdre leurs bijoux à franchir cette étape, et les membres du personnel pour qui « abandonner » leurs bijoux avait été le plus difficile sont rapidement devenus les promoteurs de la démarche [13] : « *J'arrive, je mets tout sur le mousqueton. J'en parle autour de moi. C'est vraiment ça qui m'a aidée. C'est facile à mettre dedans les bijoux. Moi mon réel problème c'était la peur de perdre mon alliance. J'en ai déjà perdu une... Avec mon mari... J'ai intérêt à revenir avec !* », « *Il faut dire aux autres services de faire comme nous, d'enlever* ».

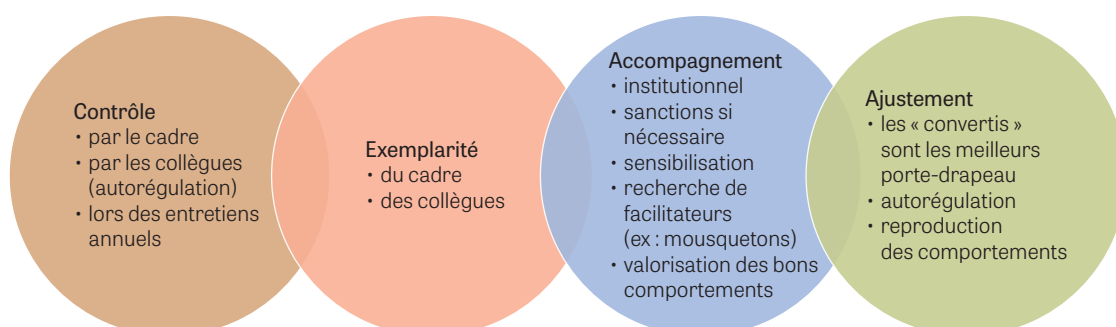
### Peur des sanctions

Il est apparu qu'un précédent (refus de titularisation d'une infirmière qui était régulièrement surprise soit avec une bague, soit avec un petit bracelet, soit avec des ongles manucurés) a servi de levier pour le réajustement des pratiques. Il faut donc reconnaître que le rôle de contrôle et de sanction est malheureusement encore indispensable : « *Il y a eu un bruit qui courait, comme quoi [la hiérarchie] s'était opposée à la titularisation de M., donc... Ça aussi ça joue* », « *On en parlait entre nous et après elle est partie, alors ça fait flipper* (rires). »

### Discussion

Les entretiens exploratoires mettent en évidence que la perception du risque infectieux encouru par le patient n'est pas un des principaux arguments mis en avant par les professionnels interrogés. Cette

Figure 3 – Facteurs de réussite « zéro bijou ».



hypothèse est rejetée quelle que soit la spécialité du service ou le type d'établissement. Malgré des justifications évoquées initialement autour de la symbolique et de l'attachement au bijou, l'enquête participative de terrain (en phénoménologie) met en avant des raisons bien plus pragmatiques. En effet, d'après Quintard et al., nous savons que les connaissances des professionnels n'ont pas forcément d'effet sur les comportements [14]. L'effet de groupe serait bien plus fort. La triangulation écologique (ou l'interprétation des résultats soumis aux sujets participants) nous a permis de révéler que la politique locale (institutionnelle, managériale et l'autorégulation par ses pairs) a davantage de poids sur les pratiques professionnelles que les connaissances et les représentations du personnel autour du port de bijoux, qu'une culture qualité implantée dans le service avec une reproduction automatisée des comportements est le facteur de réussite pour pérenniser les bonnes pratiques professionnelles, et que, malheureusement, la peur des

sanctions semble être un levier incontournable à la bonne observance des directives pour les professionnels les plus opposants (Figure 3).

## Conclusion

L'exemplarité de l'encadrement, le soutien des sanctions par la direction et la mise en place d'une culture commune « zéro bijou » par les soignants eux-mêmes concourent à une meilleure observance des professionnels et à donner du sens aux directives « zéro bijou ». Lorsqu'une mesure est globale et généralisée, les soignants, en proie à une charge mentale importante, ne perdent plus de temps à se poser la question de garder ou pas leurs bijoux. Le mimétisme et la reproduction des comportements sont une commodité intellectuelle qui permet aux individus au travail de se concentrer sur leur véritable cœur de métier. Si le comportement général est de porter des bijoux, les nouveaux arrivants porteront des bijoux. Dans le cas contraire, ils ne se poseront pas la question, ils les ôteront. ■

## Références

- 1- Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (Grep-hh), centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales Est (CClin). Audit de pratiques : hygiène des mains, observance/pertinence, résultats 2008-2009. Grep-hh; 2009. 41 p. Accessible à : <https://docplayer.fr/1084654-Audit-de-pratiques-hygiene-des-mains-observance-pertinence-resultats-2008-2009.html> (Consulté le 31-05-2024).
- 2- Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect.* 2009;73(4):305-315.
- 3- Société française d'hygiène hospitalière. Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et à sa promotion, mars 2018. *Hygiènes.* 2018;26(1). Accessible à : [https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2018/03/HY\\_XXVI\\_1\\_SF2H-1.pdf](https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2018/03/HY_XXVI_1_SF2H-1.pdf) (Consulté le 31-05-2024).
- 4- Société française d'hygiène hospitalière (SF2H). Actualisation des précautions standard [Internet]. SF2H; 2017. Accessible à : <https://www.sf2h.net/publications/actualisation-des-precautions-standard.html> (Consulté le 31-05-2024).
- 5- Société française d'hygiène hospitalière. Recommandations pour l'hygiène des mains, juin 2009. *Hygiènes.* 2009;17(3). Accessible à : [https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2009/07/SF2H\\_recommandations\\_hygiene-des-mains-2009.pdf](https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2009/07/SF2H_recommandations_hygiene-des-mains-2009.pdf) (Consulté le 31-05-2024).
- 6- Organisation mondiale de la santé (OMS). Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. Genève (CH); OMS; 2009. 52 p. Accessible à : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241597906-summary> (Consulté le 14-06-2024).
- 7- Réseau national de prévention des infections associées aux soins (Répias). Missions mains propres, hygiène des mains [Internet]. Lyon: Répias; 2023. Accessible à [http://www.cpias.fr/campagnes/hygiene\\_mains/mmp.html](http://www.cpias.fr/campagnes/hygiene_mains/mmp.html) (Consulté le 31-05-2024).
- 8- Bartlett GE, Pollard TCB, Bowker KE, et al. Effect of jewellery on surface bacterial counts of operating theatres. *J Hosp Infect.* 2002;52(1):68-70.
- 9- Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales Sud-Est (CClin SE). Classification des locaux selon le risque infectieux, fiche pratique. Lyon: CClin SE; 2012. 1 p. Accessible à : [https://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin\\_arlin/cclinSudEst/2012\\_Classification\\_Locaux\\_CClinSE.pdf](https://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/cclinSudEst/2012_Classification_Locaux_CClinSE.pdf) (Consulté le 31-05-2024).
- 10- Savarese E. Méthodes des sciences sociales. Paris: Ellipses; 2006. 192 p.
- 11- Kahler T. Process Model: Persönlichkeitstypen, Miniskripts und Anpassungsformen. Weilheim (DE): Kahler Communication; 2010. 36 p.
- 12- Collignon G. Comment leur dire... La Process Communication, 3<sup>e</sup> éd. Paris: InterEditions, 2019. 272 p.
- 13- Joule RV, Beauvois JL. La soumission librement consentie, 3<sup>e</sup> éd. Paris: Presses universitaires de France; 1998. 214 p.
- 14- Quintard B, Lecigne A, Pascual A, et al. Efficacité comparée de deux stratégies de prévention des infections nosocomiales : impact sur les représentations et les pratiques auto-déclarées. *Trav Hum.* 2010;73(3):239-260

### Citation

Minchaca C, Bozoklian K, Thibaut S, Zebo A, Akrong O. Facteurs d'observance des bonnes pratiques face à la directive « zéro bijou » : une étude mixte. *Hygiènes.* 2024;32(3):213-217.

### Historique

Reçu 19 avril 2024 – Accepté 4 juin 2024 – Publié 15 juillet 2024

**Financement :** les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement.

**Liens d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

**L'annexe** est disponible sur simple demande à l'auteur et, pour les abonnés numériques, sur le site internet de la revue ([www.hygienes.net](http://www.hygienes.net)).



# Dakin

Cooper®  
stabilisé

## VOTRE ALLIÉ face à la menace mondiale de résistance aux antimicrobiens selon l'alerte OMS<sup>1</sup>

HYPOCHLORITE DE SODIUM 0,5 %

Antiseptie de la peau, des muqueuses<sup>2</sup> et des plaies

L'antiseptique  
d'hier, d'aujourd'hui et

**DE DEMAIN**



### AUCUNE RÉSISTANCE CONNUE<sup>3</sup>

**BACTÉRICIDE**

**FONGICIDE**

**VIRUCIDE**

**VISUALISEZ NOS VIDÉOS  
SUR L'ANTISEPSIE  
EN FLASHANT CE QR CODE :**



Résistance mondiale aux antimicrobiens  
Comment une bactérie devient résistante  
Mode d'action des principaux antiseptiques  
Dakin Cooper stabilisé : l'antiseptique d'hier,  
d'aujourd'hui et de demain.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

1 : liste OMS de février 2017 – 2 : sauf l'œil – 3 : le bon usage des antiseptiques pour la prévention du risque infectieux chez l'adulte CCLIN Sud-Ouest 2013 p 9, paragraphe 3.

Place du Dakin Cooper® stabilisé dans la stratégie thérapeutique. HAS – Commission de la Transparence – Avis du 19 février 2014.

« Sur peau lésée, cette spécialité a une place limitée dans la stratégie thérapeutique qui repose sur les soins quotidiens à l'eau et au savon ordinaire. Sur peau saine, les antiseptiques en solution alcoolique, povidone iodé alcoolique ou chlorhexidine alcoolique, doivent être privilégiés par rapport aux solutions aqueuses ou faiblement alcooliques, excepté chez l'enfant de moins de 30 mois où DAKIN peut être utilisé en première intention. DAKIN a une place importante dans la prise en charge des accidents d'exposition au sang. »

Médicament non soumis à prescription médicale. Flacon de 250 ml : Remb. Séc. Soc à 30 % – Agréé Collectivités. Flacons de 60 ml et 500 ml : non remb. Séc. Soc. – Agréés Collectivités. Flacon de 125 ml : Non remb. Séc. Soc. – Non Agréé Collectivités.