

Précautions standard

Les précautions « standard » sont décrites dans la circulaire DGS/DH - n° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. Ce texte actualise le concept d'isolement vis-à-vis du sang et des liquides biologiques. Il demande que des précautions générales d'hygiène ou précautions « standard » soient mises en œuvre par tout soignant lors de tout soin à tout patient quel que soit son statut infectieux. En permettant de diminuer le risque de transmission croisée, leur objectif est double : assurer la qualité des soins dispensés aux patients et assurer la sécurité des soignants.

Les précautions « standard » sont au nombre de sept : lavage et/ou désinfection des mains, port de gants, port de surblouse, lunettes, masque, conduite à tenir lors d'un contact avec du sang ou un liquide biologique, gestion des surfaces, gestion du matériel souillé, transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés.

Certaines de ces précautions ne sont pas abordées dans ce chapitre qui traite essentiellement de l'hygiène des mains, du port des gants, des masques et de la tenue professionnelle.

Hygiène des mains

Argumentaire

La réalisation d'un geste d'hygiène des mains est un des gestes fondamentaux de la prévention des infections associées aux soins (IAS). MORTIMER a bien montré, dans une étude déjà ancienne, la différence de fréquence d'acquisition de *S. aureus* par une infirmière selon qu'elle se lavait ou

non les mains (quatre fois plus fréquent et plus rapide en l'absence d'hygiène des mains). Plus récemment, PITTET a montré la diminution des taux d'IAS quand l'observance de l'hygiène des mains augmente, même s'il ne s'agissait pas d'un essai randomisé contrôlé. Par ailleurs, une étude assez récente sur les entérocoques résistants à la vancomycine a montré que 10,6 % des sites non colonisés d'un patient devenaient à la suite d'un contact avec les mains d'un soignant, elles-mêmes contaminées après contact avec un site colonisé chez le patient ou avec son environnement.

La fréquence de la contamination des mains est estimée à 17 % après contact avec un patient porteur d'une bactérie multirésistante (BMR). En l'absence d'hygiène des mains, celles-ci restent contaminées. Les différentes techniques d'hygiène des mains ont une efficacité différente. Les mains restent contaminées par une flore transitoire après lavage au savon doux mais ne le restent pas si elles sont traitées par un produit hydro-alcoolique (PHA). Par ailleurs, la friction des mains avec un PHA a une efficacité supérieure à celle d'un lavage hygiénique d'une durée de 30 secondes. Enfin, d'autres études ont montré la supériorité de l'utilisation des PHA par rapport au savon doux.

La longueur des ongles, le port de faux ongles ou de résines sont associés à une contamination plus importante des mains, de même que le port de bijoux.

Recommandations

R29 En préalable à l'hygiène des mains, le soignant doit porter une tenue à manches courtes, avoir des ongles courts (1 mm ou moins), sans faux ongles ni résine et ne porter aucun bijou (y compris montre ou alliance).

R30 Il est recommandé d'effectuer une hygiène des mains :

- immédiatement avant tout contact direct avec un patient,
- avant tout soin propre ou tout acte invasif,
- entre un soin contaminant et un soin propre ou un acte invasif chez un même patient,
- après le dernier contact direct ou soin auprès d'un patient,
- après tout contact avec des liquides biologiques,
- avant de mettre des gants pour un soin,
- immédiatement après avoir retiré des gants.

R31 Il est recommandé de pratiquer une hygiène des mains par friction hydro-alcoolique en remplacement du lavage simple, du lavage hygiénique et du lavage chirurgical. Si les mains sont visiblement souillées, il est impératif de procéder à un lavage simple des mains.

Critères d'évaluation des pratiques

- Conformité des mains : absence de bijou aux mains et aux poignets, ongles courts sans décoration ou faux ongle.
- Technique d'hygiène des mains ou observance.

Il est possible de suivre des méthodologies nationales comme celles proposées par le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) : <http://www.grephh.fr/> (consulté le 13 mai 2010) ou par les CCLIN.

Spécificités

- Il est indispensable de connaître les limites d'activité des PHA en fonction du type d'agent infectieux. Les PHA sont sans effet sur les parasites (poux, sarcopte de la gale...) et sur les champignons autres que les levures (essentiellement testé sur *C. albicans*). Les PHA ont une activité modérée sur les formes sporulées des bactéries.
- L'efficacité des PHA sur les virus dépend du temps de contact et des concentrations du produit utilisé. La virucidie ne peut être revendiquée que si le produit a validé la norme NF EN 14476 en un temps compatible avec la friction.
- Quand l'activité du PHA est non prouvée ou incertaine sur l'agent pathogène isolé ou suspecté (par ex. : *Clostridium difficile*), on privilégiera le port de gants sur des mains propres (préalablement désinfectées avec un PHA). Au retrait des gants, un lavage simple des mains est suivi d'une désinfection avec un PHA.

Sujets de recherche

- Identification des éléments qui favorisent une bonne observance de la désinfection des mains dans l'organisation du travail (observance et interruption dans les soins par exemple...).
- Recherche de la procédure optimale de désinfection chirurgicale des mains.
- Recherche d'une éventuelle intolérance chez les utilisateurs.

En savoir plus

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge Clean care is safer care. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf (consulté le 13 mai 2010).
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Recommandations pour l'hygiène des mains. Juin 2009. Disponible sur : http://www.sfhf.net/telechargement/recommandations_hygiენemain2009.pdf (consulté le 13 mai 2010).

Port des gants

Argumentaire

Les gants sont utilisés pour prévenir tout contact cutané avec le sang ou des liquides biologiques. MAST a montré dès 1993, que l'interposition d'une couche de gant réduit la quantité de sang transmise lors d'une piqûre. Le matériau composant les gants réduit de 46 % à 86 % le volume inoculé.

La circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 recommande le port des gants lors : « *d'un risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...)* et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés... ou lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions. » Cette circulaire précise également qu'ils « *doivent être changés entre deux patients, deux activités* ».

Le port de gants ne remplace pas l'hygiène des mains. Les gants doivent être saisis avec des mains propres pour éviter leur contamination. TENORIO a montré que le port des

gants réduit la transmission d'entérocoques résistants à la vancomycine aux mains des soignants ; cependant, il n'empêche pas complètement la contamination des mains, et un geste d'hygiène des mains est nécessaire après leur retrait.

Des contaminations de l'environnement par les mains gantées sont possibles ; RAY a mis aussi en évidence que le contact avec des surfaces contaminées entraîne un transfert des bactéries sur les gants.

Pour des raisons d'efficacité, des gants non poudrés sont utilisés en association avec la désinfection des mains par friction avec un produit hydro alcoolique.

Le type de gant (stérile, non stérile, matériau, hauteur de la manchette...) est adapté au risque lié à l'acte réalisé, à l'activité pratiquée, au risque allergique.

Les gants doivent être conservés dans leur conditionnement d'origine.

Recommandations

R32 Des gants sont toujours portés s'il y a un risque de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque (hémoculture, prélèvement sanguin, pose et dépose de voie veineuse, chambre implantable...). Ils doivent être portés également lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, de linge et matériel souillés. Ils sont mis systématiquement lors de tout soin lorsque les mains du soignant comportent des lésions (coupure, blessure, excoriation ou dermatose).

R33 Il n'est pas recommandé de porter des gants lors des contacts avec la peau saine. Cette recommandation ne concerne pas la problématique de la prise en charge de certains micro-organismes (*Clostridium difficile* toxigène, entérocoques résistants aux glycopeptides) pour lesquels il existe des recommandations spécifiques.

R34 Les gants sont changés entre deux patients ou deux activités (y compris pour le même patient). Ils sont mis juste avant le contact, le soin ou le traitement. Ils sont retirés dès la fin du soin pour être jetés avant de toucher l'environnement.

Critères d'évaluation des pratiques

■ CCLIN SUD-OUEST. Méthodologie d'audit sur le port de gants à usage unique non stériles, 1999. Disponible sur : http://www.cclin-sudouest.com/pages/enq_gant.html (consulté le 13 mai 2010).

Spécificités

■ Pour les actes chirurgicaux ou interventionnels

Le taux de perforation des gants et l'efficacité du double gantage ont fait l'objet de nombreuses études. La protection offerte en chirurgie contre l'exposition au sang, aux liquides biologiques et la transmission croisée de micro-organismes pathogènes ne doit pas être négligée notamment lors des actes à caractère urgent. Dans une revue de la librairie Cochrane de 2003, TANNER et PARKINSON ont conclu que le double gantage diminue de manière significative les perforations du gant interne.

Dans le cadre de la prévention des risques d'accidents d'exposition au sang (AES), pour les actes chirurgicaux ou interventionnels, il est recommandé de changer régulièrement de gants, de porter deux paires de gants, notamment pour l'opérateur principal, lors de la suture des plans pariétaux.

En savoir plus

■ CCLIN PARIS-NORD. Les gants à l'hôpital un choix éclairé, octobre 1998. Disponible sur : <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Mains/GantPN.pdf> (consulté le 13 mai 2010).

■ INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). Gants de protection pour les métiers de la santé, fiche ED 118, 2004. (Disponible sur : <http://www.inrs.fr>).

■ SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Recommandations nationales. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Avril 2009. Disponible sur : http://www.sfhh.net/telechargement/recommandations_preventiontransmissioncroiseeSFHH.pdf (consulté le 13 mai 2010).

Masques

Argumentaire

Il existe deux grands types de masques : les masques chirurgicaux (Tableau I) et les appareils de protection respiratoire (APR) (Tableau II).

La norme EN 14683 « Masques chirurgicaux » - septembre 2005, regroupe sous la même dénomination les masques utilisés lors des soins et des activités chirurgicales. Le masque chirurgical (de type I, IR, II, IIR) est destiné à éviter, lors de l'expiration de celui qui le porte, la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes » (particules > 5 µm) ou « aérienne » (particules < 5 µm). Porté par le soignant, le masque chirurgical prévient la contamination du patient et de son environnement (air, surface, produits...). Porté par le patient contagieux, il prévient la contamination de son entourage et de son environnement. Le masque chirurgical protège également celui qui le porte contre les agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes ». Les masques chirurgicaux de

type IR ou IIR comportent une couche imperméable qui les rend résistants aux projections. Ils sont dits « résistants aux éclaboussures ».

Le masque chirurgical ne protège en aucun cas contre les agents infectieux transmissibles par voie « aérienne ». Pour se protéger des micro-organismes transmissibles par voie aérienne, soignants et visiteurs doivent porter un APR de type pièce faciale filtrante (FFP). Cet appareil doit répondre à la norme EN 149. Les caractéristiques de cet APR sont à adapter au type de risque à prévenir (FFP1, FFP2, FFP3).

Recommandations

R35 Les soignants doivent systématiquement porter un masque chirurgical anti-projection (norme EN 14683) avec lunettes de sécurité ou un masque-visière lors de soins avec risque de projection de sang, de liquide biologique. Ces consignes s'appliquent également aux visiteurs lorsqu'ils sont impliqués dans les soins. Le patient doit porter un masque chirurgical (norme EN 14683) dès qu'il sort de sa chambre lorsqu'il présente une toux supposée d'origine infectieuse.

R36 Les soignants et les visiteurs doivent porter un APR de type FFP (FFP1 ou FFP2) à usage unique répondant aux critères de la norme EN 149 en cas de risque d'exposition à des micro-organismes transmissibles par voie aérosol. Lors de manœuvre invasive, en cas de risque d'exposition à certains micro-organismes transmissibles par gouttelettes ou air, les soignants portent un APR de type FFP (FFP1 ou FFP2) à usage unique répondant aux critères de la norme EN 149.

R37 Le masque doit toujours être porté en couvrant le nez, le menton et la bouche et doit être appliqué hermétiquement sur le visage. Il ne doit pas être repositionné ou porté en collier.

Sujets de recherche

- Mauvaise compliance du port de masque.
- Résistance au passage de l'air et confort du soignant.
- Harmonisation des pratiques et des indications en fonction du type de masque ou d'APR.

Tableau I - Performance des masques chirurgicaux par type de masque et selon la norme EN 14683.

Test	Type I	Type IR	Type II	Type IIR
Effacité de filtration bactérienne (EFB) Exprimée en %*	≥ 95	≥ 95	≥ 98	≥ 98
Pression différentielle** (exprimée en Pascal)	< 29,4	< 49,0	< 29,4	< 49,0
Pression de la résistance aux éclaboussures (exprimée en mm de mercure)	Non exigé	≥ 120	Non exigé	≥ 120

*L'efficacité de filtration bactérienne est mesurée sur le matériau du masque ; elle ne prend pas en compte les fuites au visage.

** La pression différentielle exprime la résistance du masque au passage d'un flux gazeux. À niveau égal de fuites à la périphérie, un masque permettra une respiration du porteur d'autant plus aisée que cette valeur sera basse.

Tableau II - Performances minimales exigées des APR selon la norme EN 149.

Classification	Fuite totale maximale	Pénétration maximale du filtre (NaCl et huile de paraffine)
FFP1	22 %	20 %
FFP2	8 %	6 %
FFP3	2 %	1 %

En savoir plus

■ SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Recommandations nationales. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Avril 2009.

Disponible sur : http://www.sfh.net/telechargement/recommandations_preventiontransmissioncroiseeSFHH.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). Risques infectieux en milieu de soins. Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire jetables : quel matériel choisir ? fiche ED 4136 2005. Disponible sur : <http://www.inrs.fr> (consulté le 13 mai 2010).

■ INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). Appareils de protection respiratoire et métiers de la santé, fiche ED 105, 2009. Disponible sur : <http://www.inrs.fr> (consulté le 13 mai 2010).

■ INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). Les appareils de protection respiratoire fiche ED 98, octobre 2008. Disponible sur : <http://www.inrs.fr> (consulté le 13 mai 2010).

■ CCLIN SUD-OUEST. Recommandations pour l'utilisation des masques médicaux et des appareils de protection respiratoire dans les établissements de santé, 2007. Disponible sur : http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/recos_masques.pdf (consulté le 13 mai 2010).

Tenue professionnelle

Argumentaire

La tenue professionnelle remplace la tenue de ville ; elle sert à protéger les professionnels de santé conformément au code du travail. Le coton émet des particules et offre une bonne adhérence aux micro-organismes contrairement aux mélanges de polyester et coton. Plusieurs études ont montré la contamination des tenues professionnelles par différents micro-organismes (staphylocoques dorés, entérocoques, *Clostridium*) après un contact avec des patients n'excédant pas quelques heures. Le contact indirect avec la tenue de professionnels de santé s'est avéré être une voie de transmission pour l'infection croisée dans les services cliniques. L'article R4323-95 du code du travail précise que lorsque le port du vêtement de travail est obligatoire, l'employeur est tenu d'assurer les charges de son entretien.

La surblouse ou le tablier à usage unique sont des protections de la tenue de travail à adopter lors de situations particulières ou de risques professionnels spécifiques. Ils permettent

la protection des professionnels et des patients lors de leur prise en charge pour la mise en œuvre des précautions « standard » (change de personnes souillées par exemple) ou des précautions complémentaires de type contact.

L'utilisation de surchaussures expose inutilement au risque de contamination des mains lors de leur mise en place ou de leur retrait. Aucune étude n'a montré l'intérêt de leur utilisation dans la prévention des infections.

Recommandations

R38 La tenue professionnelle est adaptée à l'activité pratiquée. Elle est changée quotidiennement et chaque fois qu'elle est souillée. Elle est constituée d'un mélange de polyester et de coton (le plus souvent 65 %/35 %) qui autorise un lavage à une température > 60 °C. Les manches des tenues sont courtes pour permettre une bonne technique d'hygiène des mains. Les cheveux sont propres et attachés.

R39 Une surblouse ou un tablier plastique à usage unique, protège systématiquement la tenue chaque fois qu'il existe un risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou de liquide biologique. Cette protection est revêtue également lors d'un soin direct auprès d'un patient requérant des précautions complémentaires de type contact.

Critères d'évaluation des pratiques

- Dotation et rotation des tenues.
- Propreté visuelle de la tenue.
- Absence de vêtements de ville sous la tenue.
- Retrait de la tenue de travail pour toute activité non liée aux soins.

Spécificités

■ Pour les actes chirurgicaux et interventionnels, la série des normes EN 13 795 spécifie les exigences qui s'appliquent aux champs chirurgicaux, casaques chirurgicales et tenues de bloc qu'ils soient à usage unique ou réutilisables, utilisés en tant que dispositifs médicaux pour les patients, le personnel médical et les équipements et destinés à empêcher la transmission d'agents infectieux entre les patients et le personnel au cours des interventions chirurgicales invasives.

En savoir plus

- La fonction linge dans les établissements de santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001. Disponible sur : <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Linge/ministere/minlinge.htm> (consulté le 13 mai 2010).
- CCLIN SUD-EST. Les tenues professionnelles dans les établissements de santé, 2008. Disponible sur : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Personnel/Guide_tenuesCCLINSE_2008.pdf (consulté le 13 mai 2010).
- CCLIN SUD-OUEST. Recommandations pour une tenue vestimentaire des personnels soignants adaptée à la maîtrise du risque infectieux, 2008. Disponible sur : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Personnel/Recos_Tenue_SO2008.pdf (consulté le 13 mai 2010).
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Recommandations nationales. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Avril 2009. Disponible sur : http://www.sfhf.net/telechargement/recommandations_preventiontransmissioncroiseeSFHH.pdf (consulté le 13 mai 2010).

Références

- 1- MORTIMER EA JR, LIPSITZ PJ, WOLINSKY E, GONZAGA AJ, RAMMELKAMP CH JR. Transmission of staphylococci between newborns. Importance of the hands to personnel. *Am J Dis Child.* 1962; 104: 289-295.
- 2- PITTET D. Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections. *J Hosp Infect.* 2001; 48 Suppl A: S40-46.
- 3- DUCKRO AN, BLOM DW, LYLE EA, WEINSTEIN RA, HAYDEN MK. Transfer of vancomycin-resistant Enterococci *via* health care worker hands. *Arch Intern Med.* 2005; 165(3): 302-307.
- 4- MCBRYDE ES, BRADLEY LC, WHITBY M, McELWAIN DL. An investigation of contact transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Hosp Infect.* 2004; 58(2): 104-108.
- 5- MAST ST, WOOLWINE JD, GERBERDING JL. Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury. *J Infect Dis.* 1993; 168(6): 1589-1592.
- 6- CIRCULAIRE DGS/DH/98/249 DU 20 AVRIL 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nosoco/bacteries/98_249t.htm (consulté le 13 mai 2010).
- 7- TENORIO AR, BADRI SM, SAHGAL NB, *et al.* Effectiveness of gloves in the prevention of hand carriage of vancomycin-resistant enterococcus species by health care workers after patient care. *Clin Infect Dis.* 2001; 32(5): 826-829.
- 8- RAY AJ, HOYEN CK, TAUB TF, ECKSTEIN EC, DONSKEY CJ. Nosocomial transmission of vancomycin-resistant enterococci from surfaces. *JAMA.* 2002; 287(11): 1400-1401.
- 9- AVIS DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP) relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français. Juin 2008. Disponible sur : <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp200608.pdf> (consulté le 13 mai 2010).
- 10- TANNER J, PARKINSON H. Double gloving to reduce surgical cross-infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006; Issue 3.
- 11- CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Disponible sur : <http://nosobase.chu-lyon.fr/legislation/AES/2008/ci130308.pdf> (consulté le 13 mai 2010).
- 12- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). Appareils de protection respiratoire et métiers de la santé. Fiche pratique de sécurité ED 105. 2009. Disponible sur : [http://www.inrs.fr/INRS-PUB/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED+105/\\$File/ed105.pdf](http://www.inrs.fr/INRS-PUB/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED+105/$File/ed105.pdf) (consulté le 13 mai 2010).
- 13- Conduite à tenir devant des cas possibles de grippe à nouvelle souche de virus grippal sans transmission interhumaine. Actualisation au 25/11/2005. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/grippe_dossier/conduite.pdf (consulté le 13 mai 2010).
- 14- Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale », mars 2008. Disponible sur : http://www.grippeaviaire.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_PG_2009.pdf (consulté le 13 mai 2010).
- 15- CIRCULAIRE DGS/SD7A/SD5C/DHOS/E4 N° 2002/243 DU 22 AVRIL 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-18/a0181819.htm> (consulté le 13 mai 2010).
- 16- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Conduite à tenir pour la prise en charge des personnes présentant un syndrome ou une suspicion de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et des personnes contacts. Protocole révisé à la date du 6 avril 2004. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/pneumopathies/protoc_060404.pdf (consulté le 13 mai 2010).
- 17- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Section Maladies transmissibles. Relatif au choix d'un masque de protection contre la tuberculose en milieu de soins. Mars 2003. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/cshpf/a_mt_140303_tbc_masque.pdf (consulté le 13 mai 2010).
- 18- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH), SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE (SPILF), SOCIÉTÉ DE RÉANIMATION DE LANGUE FRANÇAISE. Recommandations pour la prévention de la transmission de la transmission du virus de la grippe pandémique A (H1N1)2009. Octobre 2009. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/site/medias/alertes/grippe/Preconisations-GrippeAH1N1_SFHH-SPILF-SRLF_V05102009.pdf (consulté le 13 mai 2010).
- 19- CODE DU TRAVAIL, Article R4321-4. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018489685&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 13 mai 2010).
- 20- Guide Textiles et habillement des zones à atmosphère contrôlées – ASPEC 1999. Disponible sur : http://www.aspec.asso.fr/espace_technique/sommaire_textile.php (consulté le 13 mai 2010).
- 21- La fonction linge dans les établissements de santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001. Disponible sur : <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Linge/ministere/minlinge.htm> (consulté le 13 mai 2010).
- 22- BABB JR, DAVIES JG, AYLIFFE GA. Contamination of protective clothing and nurses' uniform in an isolation ward. *J Hosp Infect.* 1983; 4(2): 149-157.
- 23- PERRY C, MARSHALL R, JONES E. Bacterial contamination of uniforms. *J Hosp Infect.* 2001; 48: 238-241.

24- HEDIN G. *Staphylococcus epidermidis* - hospital epidemiology and the detection of methicillin resistance. Scand J Infect Dis Suppl. 1993; 90: 1-59.

25- CODE DU TRAVAIL, Articles R.4321-4 et R.4323-95:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018489685&dateTexte=&categorieLien=cid>,

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=469778B2558A79113A74CF86A383041B.tpdjo07v_1?idArticle=LEGIARTI000018531306&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20100511 (consultés le 13 mai 2010).

26- BOYCE JM, OPAL SM, CHOW JW, *et al.* Outbreak of multidrug-resistant *Enterococcus faecium* with transferable vanB class vancomycin resistance. J Clin Microbiol. 1994; 32(5): 1148-1153.

