



CHU de Bordeaux - Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX Cedex - Tél. : 05.56.79.60.58
www.cclin-sudouest.com



**RECOMMANDATIONS POUR UNE
TENUE VESTIMENTAIRE DES
PERSONNELS SOIGNANTS ADAPTÉE
A LA MAÎTRISE DU RISQUE
INFECTIEUX**



RECOMMANDATIONS POUR UNE TENUE VESTIMENTAIRE DES PERSONNELS SOIGNANTS ADAPTÉE A LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Coordinateur du groupe : Myriam LARREDE

Document validé par le Comité Directeur le 8 septembre 2008

Edition 2008



Document téléchargeable
sur notre site Internet

www.cclin-sudouest.com

GROUPE DE TRAVAIL

MME M. BEAUVAIS	Cadre de santé IFSI	CHU Xavier Arnoz	Pessac
MME J. BIENAIME	Infirmière hygiéniste	Centre hospitalier	Cadillac
MME N. BOULONNE	FFCS - Bloc cardiologie	Groupe Hospitalier Sud	Pessac
MME E. DEKER	Infirmière hygiéniste	CH Samuel Pozzi	Bergerac
MME F. FRUGIER	Cadre de santé	Hôpitaux du Sud Charente	Barbezieux St Hilaire
MME G. JUILLOT	Chef de marché santé	Initial	Boulogne-Billancourt
MME M. LARREDE	IBODE Servie hygiène	Groupe Hospitalier Pellegrin	Bordeaux
M. P. PARNEIX	Responsable du CCLIN Sud-Ouest	Groupe Hospitalier Pellegrin	Bordeaux
MME M. PREVOT	IBODE hygiéniste	CH de la Côte Basque	Bayonne
MME D. SOULIER	Cadre de santé hygiéniste	Syndicat Inter Hospitalier	Brive-Tulle-Ussel
MME N. SOURBES	Infirmière hygiéniste	Centre hospitalier	Agen
MME L. TOURY	Infirmière hygiéniste	Polyclinique Marzet	Pau

GROUPE DE LECTURE

MME S. ARSAC	Infirmière hygiéniste	Antenne Rhône Alpes du CCLIN Sud-Est	Lyon
MME C. CAPPONI-GUILLON	Praticien hygiéniste	Syndicat Inter Hospitalier	Brive-Tulle-Ussel
M. J. COMMENGE	Infirmier	CHCST - CHU	Toulouse
MME M. FANON	Cadre de santé hygiéniste	CCLIN Sud-Ouest - Antenne Martinique -COMPILS	Fort de France
MME A. OPEICLE	Cadre de santé IFSI	CHU Xavier Arnoz	Pessac
MME S. OUAZAN	Directrice des soins	CH de la Côte Basque	Bayonne
MME POUPARD	Cadre de santé	CHU Hôpital Pellegrin	Bordeaux
MME M-A. SARRAZIN	Infirmière	CHSCT - CHU	Bordeaux
M. A. VIALATTE	Ingénieur	Groupe Hospitalier Sud	Pessac

CONSEIL SCIENTIFIQUE DU CCLIN SUD-OUEST

PRÉSIDENT : PR. J-P. GACHIE

MEMBRES : DR. O. CASTEL, MME C. LEGER, DR. A. MAHAMAT, DR. S. MALAUD, DR. M. MOUNIER, DR. A-M. ROGUES

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	5
HYGIÈNE CORPORELLE ET PRE REQUIS	7
LA TENUE STANDARD	9
I - Eléments	9
II - Descriptif et caractéristiques	9
III - Forme	9
IV - Textile	10
V - Rythme de changement	11
TENUE « COMPLÉMENTAIRE EN FONCTION DES SITUATIONS »	12
I - Eléments	12
II - Descriptif et caractéristiques	12
CHRONOLOGIE DE L'HABILLAGE ET DU DÉSHABILLAGE	14
I - Chronologie de l'habillage	14
II - Séquences de gestes relatifs au déshabillage	14
BLOCS OPÉRATOIRES ET SECTEURS PROTÉGÉS	15
I - Eléments	15
II - Descriptif et caractéristiques	15
III - Textile	16
IV - Rythme de changement	17
V - Observations	17
GESTION DES VESTIAIRES	18
QUELQUES CONSEILS POUR PROGRESSER	19
CONCLUSION	20
PIERCING : QUELLES STRATÉGIES ?	21
GRILLES D'ÉVALUATION	22
Tenue des soignants	22
Tenue des personnels dans les blocs et les secteurs protégés	23
BIBLIOGRAPHIE	24

INTRODUCTION

La tenue de travail en milieu hospitalier a pour but de remplacer la tenue de ville afin de limiter les risques infectieux liés à la transmission des micro-organismes, omniprésents dans l'environnement, et de protéger ainsi selon les circonstances le patient et les professionnels de santé. La tenue standard devra donc répondre à des règles établies aussi bien pour la forme que pour l'entretien.

En matière d'hygiène de l'environnement, les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales prévoient que le CLIN de chaque établissement étudiera la tenue vestimentaire des personnels hospitaliers et notamment les textiles utilisés. Le CLIN, ou la sous commission de la CME dans les établissements publics, et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière feront en outre toute proposition à la direction sur la qualité et la quantité des vêtements de travail, ainsi que celles des masques, gants et coiffes utilisés lors des soins. De même il fera des recommandations pour la circulation des personnels vêtus de tenues correspondant aux secteurs à haut risque.

Les recommandations proposées en matière de tenue vestimentaire se basent sur les conceptions générales de l'hygiène et de l'asepsie en secteur de soins. Qui doit porter une tenue de travail ? Est elle obligatoire pour tous et sinon dans quelles circonstances doit elle être portée ? Les recommandations sont parfois étayées par des connaissances scientifiques notamment dans les secteurs à risque. Toutefois s'il est possible de modéliser la transmission de bactéries pathogènes d'une tenue contaminée vers des mains (Scott, 1990) il reste très difficile d'apprécier la part que prend ce mode de transmission dans la transmission croisée, d'où les débats contradictoires d'experts. Force est de constater tout de même que les données scientifiques objectives sont très peu nombreuses comme le démontre l'analyse bibliographique de Wilson qui n'a identifié que 7 études sur le sujet publiées entre 1966 et 2005.

Même si mesurer la part du risque infectieux attribuable à la tenue est chose difficile, il s'agit par contre d'un élément très visuel pour les patients et les usagers. En effet, comment inspirer confiance aux patients en matière de maîtrise de la transmission microbienne lorsqu'à l'évidence la propreté macroscopique des tenues des professionnels n'est pas assurée ou leur utilisation d'apparence incohérente ?

Cette problématique a été parfaitement illustrée en 2007 en Grande-Bretagne après l'annonce par le Ministre de la santé de la suppression des blouses blanches à manches longues des médecins pour lutter contre les épidémies de SARM et de *Clostridium difficile*. Certains ont approuvé cette mesure pragmatique facilitant le lavage des mains et d'autres ont raillé le côté non prioritaire de l'action et en tout cas son absence de fondement scientifique. Sans avoir la prétention de trancher dans ce débat cornélien on rappellera l'intéressante étude de Loh et col en 2000 réalisée chez 100 étudiants en médecine de Londres. Prélevées par les auteurs, les blouses de ces futurs médecins s'avèrent souvent fortement contaminées en particulier au niveau des manches et des poches. Les auteurs ne purent démontrer de lien entre le niveau de la contamination et la fréquence de nettoyage mais identifièrent qu'un tiers des étudiants en Médecine nettoyait sa blouse une fois par mois seulement et parmi les 36 étudiants dans ce cas, 15 considéraient leur blouse comme sale, 13 comme modérément propre et 8 comme propre...



À l'évidence les représentations de la tenue sont diverses avec une forte connotation culturelle et on peut citer un paragraphe du document de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui illustre ces dimensions :

« Les travaux du groupe de travail mandaté pour examiner cette question font ressortir que la tenue vestimentaire joue non seulement un rôle dans la prévention et le contrôle des infections, mais qu'elle incarne l'image de la profession, qu'elle influence la perception du client quant à la compétence et au professionnalisme de l'infirmière et qu'elle favorise l'établissement et le maintien de la relation thérapeutique. »

Dans les recommandations nationales françaises sur la fonction linge dans les établissements de santé, la tenue est au centre d'une des quatre missions proposées à savoir :

« Assurer **les meilleures conditions d'hygiène et de protection** aux patients et personnels vis-à-vis des risques infectieux, grâce à des produits parfaitement adaptés à leurs missions : tenues professionnelles, habillement et linge opératoire, habillement de protection. Cet objectif implique des précautions :

- au niveau du traitement lui-même, qui doit garantir la destruction des micro-organismes du linge souillé,
- au niveau du transport et du stockage, qui doivent prévenir l'apport et le développement de germes dans les circuits du linge. »

Rester cohérent sans être dogmatique n'est dans ce domaine pas chose aisée. Autour d'une tenue standard, on peut concevoir des tenues complémentaires aux performances adaptées aux différentes activités selon leur niveau de risque... Il faudra aussi raisonner en tenant compte des objectifs institutionnels dans ce domaine qui vont au-delà du risque infectieux (culture commune, image de marque, satisfaction des usagers...).

L'objectif de ces recommandations est de rappeler les principes de choix et de gestion de la tenue professionnelle pour contribuer à la maîtrise du risque infectieux et au-delà à la relation avec les usagers. Les aspects concernant les gants et les masques ne seront pas détaillés dans ce document.

HYGIÈNE CORPORELLE ET PRE REQUIS

L'**hygiène corporelle** de base est un élément fondamental.

L'agent arrive au travail douché, il porte des sous vêtements propres. Il doit pouvoir prendre une douche dans les vestiaires à la fin de son service.

Les cheveux sont propres, courts ou attachés et relevés.

Les ongles sont courts propres et sans vernis, même incolore car il risque de s'écailler. L'absence de faux ongles est également requise.

Les bijoux constituent un réservoir de germes, réduisent la performance des techniques d'hygiène des mains conformes et augmentent également le risque d'accidents (par accrochage notamment...). Lors des premiers états généraux des infections nosocomiales organisés en 2007 par l'association Le Lien, une des 24 demandes faites en fin de colloque était : « *Praticiens et soignants respecteront le principe de tolérance zéro pour le port de bijoux...* » ce à quoi le Ministre de la santé de l'époque avait répondu : « *Nous pensons également que les praticiens et les soignants doivent respecter le principe de tolérance zéro pour le port de bijoux...* ». Pour ce qui est de colliers on peut concevoir leur port hors des secteurs à haut risque infectieux à condition qu'ils soient ras du cou et ne risque pas de contact avec l'environnement du patient. Pour les boucles d'oreilles le concept est assez similaire et il paraît logique de proscrire les modèles avec pendentifs exagérés. Là encore il faut souligner l'impact négatif sur les usagers du port de bijoux par les soignants. Comment croire que des mesures complexes de prévention sont appliquées avec rigueur quand déjà, et de façon visible, une mesure aussi simple n'est pas respectée par nombre de professionnels ?



Photo réalisée sans trucage

Les effets personnels tels foulard, sous vêtements à manches longues ou avec col, gilets de laine... sont interdits. Pour se protéger du froid, la seule solution satisfaisante serait que les agents puissent disposer de gilets sans manches ou de vestes « passe-couloirs » sans manche, nominatifs ou dédiés, ou à usage unique. Ils pourraient être financés par l'établissement ou achetés par les professionnels de santé à un tarif négocié. Ils doivent être entretenus régulièrement par la blanchisserie ou le prestataire, s'ils sont réutilisables. Un rythme hebdomadaire paraît adapté. Il paraît logique d'en réserver l'usage aux activités réalisées en dehors des soins.



La montre est accrochée à la tunique ou à la blouse et elle est facilement nettoyable. Cela facilite son accessibilité et évite d'avoir à fouiller dans ses poches à chaque utilisation.

Les lunettes doivent être nettoyées tous les jours et chaque fois que nécessaire.

Les dispositifs médicaux non stériles (ciseaux, pinces, garrots, stéthoscopes) sont tolérés mais ils doivent toutefois être limités. Ils doivent être nettoyés chaque jour, et après tout geste contaminant (après chaque utilisation et entre deux patients) avec un détergent désinfectant en fonction des protocoles mis au point et validés par le CLIN. Ceci nécessite une nouvelle organisation du travail (ex. davantage de stylos sur les postes de travail, un garrot par patient....).

Les badges sont thermocollés. S'ils sont amovibles, ils doivent être nettoyables et nettoyés au minimum une fois par semaine. Les badges en bois sont proscrits.

Le port de plus en plus fréquent de piercing, en particulier nasal, suscite de nombreuses questions auprès des hygiénistes et des enseignants pour savoir si le risque infectieux peut guider les choix dans ce domaine. Une tentative de réponse est proposée en annexe mais ne peut conduire qu'à une approche prudente du sujet au vu des connaissances actuelles. Bien que les argumentations scientifiques mettent en avant des certitudes sur le portage nasal par du SARM chez les soignants et que le bon sens laisse à penser que l'implantation de matériel dans la sphère ORL favoriserait une colonisation propice à l'aérosolisation lors des soins, la réflexion sur ce thème implique une analyse multifactorielle. Le comité directeur du CCLIN Sud-ouest s'est positionné sur le fait qu'actuellement il n'y avait pas d'éléments validés conduisant à préconiser l'interdiction du piercing nasal en milieu de soins sur la seule base du risque infectieux qu'ils induiraient pour les patients.

**UNE HYGIÈNE DES MAINS DOIT ÊTRE RÉALISÉE AVANT D'ENFILER LA TENUE
ET APRÈS L'AVOIR RETIRÉE.**

Les INCONTOURNABLES de l'hygiène des mains

- **Manches courtes ou relevées,**
- **Mains et poignets sans bijou (ni alliance, ni montre...)**
- **Ongles courts sans vernis**

**D'après la Campagne nationale hygiène des mains 2008 du Ministère de la Santé
« Mission mains propres »**

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/hygiene-mains/hygiene-mains.html>

LA TENUE STANDARD

Le port en est obligatoire pour tous soins dispensés.

I - ÉLÉMENTS

Tunique
Pantalon
Blouse
Chaussures

II - DESCRIPTIF ET CARACTÉRISTIQUES

La tenue standard se compose d'une tunique pantalon ou d'une blouse avec plus ou moins deux lisérés ou parements de couleurs et parfois de couleurs différentes. La blouse devrait être portée avec un pantalon appartenant à la tenue standard de l'établissement.

- **La tunique** est à manches courtes, assez longue, adaptée à la taille de la personne.
- **Le pantalon** ou le pantacourt est sans poche, avec un élastique à la taille.
- **La blouse** à manches courtes pour faciliter l'hygiène des mains, doit toujours être fermée.
- **Les chaussures** assurent confort, hygiène et sécurité. Elles sont spécifiques à l'activité. Elles sont silencieuses, antidérapantes, fermées sur le dessus, et au bout, facilement nettoyables et maintenues propres.



III - FORME

La tenue est confortable et ergonomique.

La longueur est adaptée à la personne.

Les emmanchures sont de type « kimono » (sans couture), ou « raglan » pour avoir de l'aisance.



manches "Raglan"



manches "Kimono"

La fermeture se fait à l'aide de boutons-pression.

Les poches sont en nombre limité, droites, plaquées pour éviter de s'accrocher et empêcher la surcharge inutile.

Les couleurs peuvent être différentes selon les catégories de personnel. Elles permettent l'identification des fonctions.

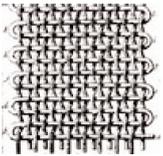
Il est souhaitable que les médecins portent des blouses à manches courtes sans avoir d'effets personnels apparents.

IV - TEXTILE

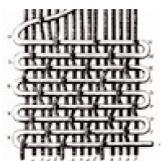
Le mélange polyester coton (65 % - 35 %) reste la référence en matière de vêtement hospitalier, il est plus résistant que le mélange 50/50. D'entretien facile, il autorise un lavage à haute température. Il émet peu de particules. Il a des propriétés isolantes, résiste à l'humidité et présente une moindre adhérence aux micro-organismes que le coton seul. En blanc, son grammage habituel est supérieur ou égal à 200 g/m² pour ne pas être transparent.

Il est souhaitable que ces tenues soient antistatiques.

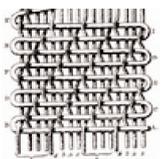
Il existe différents tissages et différentes qualités de fibres pour réaliser une tenue.



Armure toile : le fil de chaîne passe alternativement au-dessus et au-dessous de chaque fil de trame. C'est typiquement le cas de la toile à drap. C'est le tissu réputé le plus solide.



Armure sergé : le fil de chaîne passe alternativement au-dessus et au-dessous de 2 fils de trame et est décalé d'un rang à l'autre, ce qui crée des côtes en diagonale, vers la droite ou vers la gauche. Le sergé a une "main" plus agréable, c'est à dire qu'il est souple et confortable à porter. Il est aussi plus opaque.



Armure satin : le fil de chaîne passe au-dessus de 2 fils de trame et au-dessous d'un seul. on ne voit que les fils de chaîne (ou que les fils de trame), ce qui donne un effet brillant sur l'endroit et mat sur l'envers. (rarement utilisé pour les vêtements hospitaliers). Cette armure n'est pas utilisée pour les tenues des soignants.

Encyclopédie Diderot et D'Alembert pour les dessins des différents tissages

D'autres textiles sont disponibles type 100 % polyester dont la diffusion est limitée en raison du coût. Parmi ces évolutions technologiques on peut citer polyester texturé, c'est-à-dire composé d'un filament classique enrobé de microfilaments. Ils se rapprochent des qualités de touché du coton ainsi que de ses qualités de confort et d'absorption de la transpiration contrairement à une fibre polyester classique.

V - RYTHME DE CHANGEMENT

La dotation doit être suffisante pour un change quotidien et chaque fois que souillée. Elle doit être adaptée pour la prise en charge de la blanchisserie. Un minimum de 6 à 11 tenues est requis selon la durée de rotation.

Actuellement des distributeurs de vêtements automatiques, plus adaptés aux établissements de grandes tailles existent. Ils permettent d'avoir toujours une tenue propre 24/24H. L'inconvénient de ce système outre son coût est de ne pas avoir toujours une tenue à sa taille. Il est possible de distribuer des tenues personnalisées mais cela augmente encore les coûts.

La prise en compte par les établissements de santé du traitement des tenues des étudiants médicaux et non médicaux est primordiale. Offrir aux étudiants la possibilité de gérer correctement leur tenue et de respecter d'emblée les règles d'hygiène fixées par l'institution paraît relever d'une nécessaire pédagogie et constitue un investissement pour l'avenir. Certains établissements ont réussi à mettre en place ces stratégies avec parfois une contribution financière des étudiants.

Pour la prise des repas du personnel, la tenue professionnelle est remplacée par la tenue de ville afin de la protéger des souillures et limiter les risques de transmission de micro-organismes dont elle est porteuse ou susceptible de l'être. Il faut là encore imaginer les représentations des usagers face à une telle situation. Un professionnel venant déjeuner avec sa tenue de bloc opératoire, parfois souillée, est-il vraiment un spécialiste de l'asepsie quand il retourne dans son environnement professionnel direct ? De plus, cela souligne pour les professionnels concernés une méconnaissance de l'intérêt de la tenue dans la gestion du risque infectieux et du caractère parfois trop rituel de certaines pratiques vestimentaires.

LA TENUE DE TRAVAIL NE DOIT PAS ÊTRE PORTÉE DANS UNE ZONE DE RESTAURATION COLLECTIVE

TENUE « ADDITIONNELLE EN FONCTION DES SITUATIONS »

Certaines situations nécessitent le port d'une tenue additionnelle : soins contaminants, soins de nursing, douche, fonctions hôtelières, manipulation de produits toxiques types cytostatiques, mise en application de précautions standard et complémentaires.

I - ELÉMENTS

Sur blouse,
Tablier, chasuble
Masque
Lunettes
Gants

II - DESCRIPTIF ET CARACTÉRISTIQUES

Sur-blouse : Selon son utilisation, elle est sans poche à usage unique et toujours fermée. Le recours à une surblouse paraît devoir être très limité dans la mesure où la tenue doit favoriser l'usage de tablier plastique à usage unique pour l'application des précautions standard ou complémentaires. En effet, en termes de performances barrières et de facilité d'utilisation, c'est le tablier plastique qui offre les meilleures garanties. Des exceptions doivent être envisagées pour certaines pathologies infectieuses nécessitant des surblouses à manches longues étanches comme la gale ou l'infection à *Clostridium difficile*.

Les tabliers sont à usage unique et doivent être de bonne qualité : enveloppants, d'une longueur suffisante, solides et imperméables.

Pour les tâches hôtelières, on peut utiliser des tabliers à usage unique, de couleur différente, des chasubles ou des gilets en tissu réutilisables. Ces tenues doivent être changées et nettoyées à chaque service de repas.



Masques : Voir les *Recommandations pour l'utilisation des masques médicaux et des appareils de protection respiratoire*, (CCLIN Sud-Ouest, 2007: pp 37) (http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/recos_masques.pdf)

Lunettes de protection ou masques à visière : Sont à utiliser selon les situations et s'il existe un risque de projection (Guide de matériel de sécurité : www.geres.org). Les lunettes de vue n'assurent pas une protection suffisante face au risque de projection.



Gants : Ce document n'a pas pour objet de développer ce sujet et vous pouvez trouver plus d'informations sur le sujet dans : *Les gants à l'hôpital : un choix éclairé*, CCLIN Paris-Nord, 1998:pp 69 (<http://www.cclinparisnord.org/Guides/gantshopital.pdf>)

Nota-bene : Sur-chaussures : Non seulement leur efficacité n'a pas été démontrée dans la prévention du risque infectieux, mais leur utilisation peut générer des fautes (défaut d'hygiène des mains en les mettant et retirant) ou encore elles peuvent être utilisées pour d'autres usages non adaptés pour pallier le manque d'effets personnels de certains patients.

CHRONOLOGIE DE L'HABILLAGE ET DU DESHABILLAGE DES TENUES DE PROTECTION

Sont exclus de ce champ les tenues ne servant pas à un soin comme les tabliers repas. On peut retenir ici les propositions des CDC¹ en 2007 même s'il existe selon les publications des petites variantes dans cette chronologie.

I - CHRONOLOGIE DE L'HABILLAGE

- Effectuer une friction hydro alcoolique des mains
- Revêtir le tablier ou la sur blouse
- Positionner le masque et les lunettes de protection
- Enfiler les gants de protection

II - SÉQUENCES DE GESTES RELATIFS AU DESHABILLAGE

- Oter les gants*
- Enlever les lunettes de protection
- Enlever le tablier ou la sur-blouse en évitant tout contact avec sa partie extérieure*
- Enlever le masque*
- Effectuer un traitement hygiénique des mains de préférence par friction.

*à éliminer par la filière des déchets préconisée par les directives spécifiques de chaque établissement.

¹ Centers for Disease Control : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>

BLOCS OPÉRATOIRES ET SECTEURS PROTÉGÉS

Sont concernés :

- blocs opératoires,
- stérilisation,
- unités de reconstitution centralisée,
- hémodynamique et radiologie interventionnelles.
- services d'immunodéprimés (isolement protecteur)

I - ELÉMENTS

Pyjama de bloc opératoire : Tunique pantalon,
Casaque chirurgicale stérile.
Coiffe
Masque chirurgical.
Lunettes de protection ou masque à visière (si nécessaire).
Gants.
Chaussures spécifiques.
Chaussettes.

II - DESCRIPTIF ET CARACTÉRISTIQUES

Pyjama : Tunique à manches courtes
Les bas du pantalon sont resserrés de préférence.

Casaque chirurgicale : Stérile à manches longues serrées aux poignets, couvrant les chevilles et conforme aux normes de la série NF 13795

Coiffe : La plus couvrante possible, de type cagoule chirurgicale en non tissée ou charlotte. Les cheveux doivent être complètement recouverts.

Masque chirurgical : Il est positionné avant d'entrer dans la salle d'intervention, Il couvre le nez, la bouche, le menton et la barbe. Il est changé entre chaque intervention et chaque fois que nécessaire.

Le bon sens du masque est à respecter. Pour cela, le logo du fabricant doit se trouver à l'extérieur. En absence de logo placer la barrette nasale rembourrée côté visage.

Voir les *Recommandations pour l'utilisation des masques médicaux et des appareils de protection respiratoire*, (CCLIN Sud-Ouest, 2007: pp 37)

(http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/recos_masques.pdf)

Lunettes : Sont à utiliser selon les situations et s'il existe un risque de projection. (Guide de matériel de sécurité : www.geres.org).

Gants : Ce document n'a pas pour objet de développer ce sujet et vous pouvez trouver plus d'informations sur le sujet dans : Les gants à l'hôpital : un choix éclairé, CCLIN Paris-Nord, 1998: pp 69 (<http://www.cclinparisnord.org/Guides/gantshopital.pdf>)

Chaussures : sabots dédiés aux zones protégées où ils sont utilisés, lavés quotidiennement en machine à température adaptée.

Un pool de sabots est mis à disposition par l'établissement, en quantité suffisante pour que chaque intervenant puisse disposer d'une paire de sabots propres. Ils sont nettoyés après chaque utilisation.

Chaussettes : Il est préférable de les choisir n'émettant pas de particules par exemple en 100 % polyester.

III - TEXTILE

Pyjama en polyester et coton (65 % - 35 %), 100 % polyester ou usage unique

Casaque chirurgicale microfibres, laminées tissées ou non tissées.

Sans être opposable les normes de la série EN 13795 constituent désormais un guide important pour l'évaluation de la performance des textiles utilisés en bloc opératoire et donc pour leur choix.

Pour les champs opératoires, la normalisation a prévu d'évaluer la performance selon 11 critères (résistance à la pénétration microbienne, propreté, relargage particulaire...). Pour les casaques seuls 10 sont requis car le onzième, concernant les adhésifs de fixation pour isoler la plaie, n'a pas d'objet dans ce cas. Il faut noter aussi que pour la tenue de bloc opératoire, 6 de ces 10 propriétés ont été sélectionnées ce qui en fait un niveau d'exigence élevé. La tenue de bloc est définie par la norme comme : « Tenue destinée et ayant démontré son efficacité à réduire la contamination de la plaie opératoire par les squames porteurs d'agents infectieux provenant de la personne habillée de cette tenue via l'air de la salle d'opération, réduisant ainsi les risques d'infection de la plaie. »

Les normes définissent les méthodes d'essai et aussi les niveaux de performance requis à chacun des critères pour être reconnues conformes. Dans ce cadre la norme prévoit deux niveaux de performance des textiles associés à des exigences croissantes. Il s'agit de la « performance standard » et de la « haute performance ». Toutefois ces niveaux de performance ne sont pas directement superposables aux niveaux de risques infectieux pour le patient, au sens des classifications usuelles de type classe de contamination du site opératoire. La norme précise : « Les exemples d'interventions chirurgicales pour lesquelles il convient d'envisager des exigences de performance élevées sont les interventions au cours desquelles les produits sont susceptibles d'être fortement sollicités, que ce soit mécaniquement ou en termes d'exposition aux liquides, et les interventions longues. »

Enfin dans les deux niveaux de performance les normes prévoient à chaque fois des exigences différentes pour la « zone critique » du produit et la « zone moins critique ». Cette notion de criticité n'est pas détaillée dans la norme mais on peut concevoir pour une casaque que les zones critiques sont les points d'appui potentiel de type plastron et avant bras.

On voit donc que si le paysage de la performance barrière des textiles s'éclaircit un peu, l'évaluation du risque et de la stratégie d'action reste du ressort des établissements de santé. A l'évidence la logique veut que l'on sécurise en priorité les casaques et champs opératoires qui sont les plus à proximité du site anatomique à risque, et que l'on s'intéresse ensuite à l'ensemble des tenues de bloc.

IV - RYTHME DE CHANGEMENT

Pyjama : changé quotidiennement et chaque fois que nécessaire.

Chaussures de bloc : enlevées dès la sortie de l'unité, nettoyées quotidiennement.

Masque : changé entre chaque intervention, au moins toutes les trois heures, en cas de souillures ou de projections.

Casaque chirurgicale : changée entre chaque intervention et suivie d'un traitement chirurgical des mains par friction ou lavage avant un nouvel acte opératoire.

Gants stériles : Selon les temps opératoires et en cas de perforation.

V - OBSERVATIONS

Pas de bijoux apparents mains et poignets (alliances, bagues, montres...), ni d'effets personnels.

La tenue est impérativement enlevée à la sortie du secteur protégé pour revêtir une tenue standard ou les vêtements civils. De rares dérogations peuvent exister à cette règle (gestion de l'urgence dans un secteur d'obstétrique..). Ces dérogations doivent faire l'objet d'une validation par les responsables du secteur protégé et doivent s'accompagner de mesures de protection de la tenue de secteur protégé. Il est aussi souvent possible de trouver des solutions organisationnelles à des habitudes d'allers et venues itératives de personnes dans un secteur protégé comme pour l'acheminement de prélèvements vers les laboratoires.

AVANT ET APRES CHAQUE CHANGEMENT,
REALISER UNE HYGIENE DES MAINS.

LES TENUES SPÉCIFIQUES NE DOIVENT PAS ÊTRE PORTÉES
HORS DES SECTEURS PROTÉGÉS.



GESTION DES VESTIAIRES

Pour éviter ou limiter le risque de contamination, l'agencement des vestiaires doit permettre une gestion cohérente des tenues sans contact entre les tenues civiles et professionnelles. L'intérieur des placards individuels est nettoyé régulièrement par l'utilisateur.

Des points d'eau pour l'hygiène des mains sont installés dans chaque vestiaire. Le linge propre venant de la lingerie est transporté dans les armoires fermées ou des chariots protégés.

Toute tenue sale est déposée dans des sacs correctement fermés pour le transport et dirigés vers la zone de stockage centralisée.

Il est fortement déconseillé d'effectuer le nettoyage de ses tenues de travail à domicile.

QUELQUES CONSEILS POUR PROGRESSER

Améliorer la qualité de la tenue vestimentaire en milieu de soins

Définir des règles les plus simples possible

Avoir une stratégie institutionnelle définie et diffusée

Faire de l'objectif « zéro bijou aux mains » lors des soins une priorité à faire appliquer par les cadres de santé

Adapter sa logistique à ses ambitions

Evaluer régulièrement la conformité des tenues par le cadre de santé (intérêt d'inclure cet indicateur dans les contrats de pôle des établissements publics).



CONCLUSION

Les précautions standard et complémentaires sont les règles qui régissent la gestion du risque infectieux associé aux soins. En leur sein quelques éléments concernent la tenue et ils doivent être appliqués systématiquement. Toutefois, le concept de tenue vestimentaire dépasse le champ de la gestion du risque infectieux. Il est profondément ancré dans les représentations des professionnels et des usagers comme incarnant pour les uns l'appartenance à un corps social ou pour les autres une symbolique de la qualité des soins. Aussi, il est nécessaire que ce sujet fasse l'objet d'une réflexion institutionnelle, d'une éducation des professionnels et d'une attention particulière en termes de communication avec les usagers.

PIERCING : QUELLES STRATÉGIES ?

La mode du **piercing**, en particulier facial, qui a pris de l'ampleur ces dernières années a fait émerger quelques interrogations en milieu de soins. On connaît assez bien les risques allergiques et infectieux pour les personnes porteuses d'un piercing, en particulier lingual. Qu'en est-il par contre de l'impact de cette mode au sein des professionnels de santé vis-à-vis du risque d'infections associées aux soins ? Force est de constater que la littérature est, pour le moment, extrêmement pauvre sur ce sujet.

Dans une étude faite au bloc opératoire, Bartlett et col. ont réalisé des prélèvements microbiologiques chez des soignants porteurs de piercing d'oreilles et de nez. Ils ont conclu que les bijoux, et plus encore la zone cutanée avoisinante, étaient beaucoup plus riches en micro-organismes qu'une zone témoin de peau non percée et que le fait d'enlever le bijou augmentait encore le niveau de contamination. Evidemment l'impact sur le risque infectieux chez le patient n'a pu être mesuré par cette étude mais les auteurs ont conclu qu'il était prudent au bloc opératoire de couvrir ces éléments via le masque et la coiffe sans aller jusqu'à les interdire. Une autre approche plus psychologique a été menée par Newman et col. qui ont testé sur des médecins l'impact perçu du port de piercing facial chez un collègue. Il en ressortait que moins de 10 % trouvaient cela acceptable et la plupart pensaient que cela altérerait la crédibilité et la confiance que l'on pouvait avoir en ces praticiens.

Aussi il est difficile d'avoir une stratégie basée sur la seule approche scientifique car le risque infectieux lié aux piercings des soignants n'est pas démontré à ce jour. Par contre on trouve des règlements intérieurs d'établissements ou d'instituts de formation qui se positionnent contre les piercings apparents à l'exception souvent de ceux des oreilles sur l'argument de ne pas avoir de façon ostensible d'éléments qui pourraient choquer ou altérer la confiance des patients. Il paraîtrait logique que chaque institution se positionne sur ce point dans son règlement intérieur.

A ce stade il ne semble pas logique d'enlever et de remettre son piercing pour travailler car cela est de nature à plutôt augmenter la colonisation. Une bonne hygiène de cette zone paraît un minimum sans que la question d'une désinfection périodique spécifique ne soit tranchée. Au-delà il y a un aspect culturel à débattre et une opposition, entre liberté individuelle, représentation des soignants et des patients et volonté institutionnelle.

GRILLE D'ÉVALUATION

Tenue du personnel soignant en service de soins

Date : ____ / ____ / ____

Service :

Personnel audité :

- AS Interne
 ASH Kinésithérapeute
 IDE Médecin
 Autre :

LEGENDE :
OUI
NON
NA : Non Applicable
NR : Non Renseigné

CRITERES D'ÉVALUATION	OUI	NON	NA	NR	COMMENTAIRES
La tenue de l'agent a été changée ce jour					
L'agent a les cheveux courts ou attachés					
Les mains et les poignets sont dépourvus de bijoux					
L'agent a les ongles courts propres, sans vernis et sans faux ongles					
L'agent ne porte aucun effet personnel (veste, gilet...) sur sa tenue de travail ou dépassant de sa tenue de travail					
L'agent porte des chaussures lavables					
L'agent porte des chaussures de travail à bouts fermés					
L'agent porte le badge institutionnel identifié avec le nom, prénom et la fonction					
TOTAL					
%					

Commentaires / Actions d'amélioration :

GRILLE D'ÉVALUATION

Tenue du personnel dans les blocs et les secteurs protégés

Date : ____ / ____ / ____

Service :

Personnel audité :

- AS IDE
- ASH Anesthésiste
- IADE Chirurgien
- IBODE Médecin
- Autre :

LEGENDE :
OUI
NON
NA : Non Applicable
NR : Non Renseigné

CRITERES D'ÉVALUATION	OUI	NON	NA	NR	COMMENTAIRES
Une tenue spécifique au service est portée					
Les mains et les poignets sont dépourvus de bijoux					
L'agent a les ongles courts, sans vernis et sans faux ongles					
L'agent ne porte aucun effet personnel (veste, gilet...) sur sa tenue de travail ou dessous mais dépassant de sa tenue de travail					
La coiffe de l'agent enveloppe toute la chevelure					
L'agent porte des chaussures spécifiques au service					
Le masque est mis avant d'entrer dans la salle d'opération ou dans la chambre					
Le masque est bien positionné					
L'opérateur porte des lunettes de protection					
L'agent ne porte pas de sur-chaussures					
La tenue est quittée avant la sortie du bloc ou du secteur protégé					
TOTAL					
%					

Commentaires / Actions d'amélioration :

BIBLIOGRAPHIE

AFNOR. Norme NF EN 13795-1 Mai 2003. Champs chirurgicaux, casaques et tenues de bloc, utilisés en tant que dispositifs médicaux, pour les patients, le personnel et les équipements - Partie 1 : exigences générales pour les fabricants, les prestataires et les produits

AFNOR. Norme NF EN 13795-2 Mai 2005. Champs chirurgicaux, casaques et tenues de bloc, utilisés comme dispositifs médicaux, pour les patients, le personnel médical et les équipements - Partie 2 : méthodes d'essais

AFNOR. Norme NF EN 13795-3 Septembre 2006. Champs chirurgicaux, casaques et tenues de bloc, utilisés en tant que dispositifs médicaux pour les patients, le personnel et les équipements - Partie 3 : exigences et niveaux de performance

Bartlett GE, Pollard TCB, Bowker KE, Bannister GC. Effect of jewellery on surface bacterial counts of operating theatres. *J Hosp Infect* 2002; 52: 68-70

Drouvot V. Une tenue chic pour une sécurité choc. *Inter Bloc* 1996; XV: 45-6

Forestier I. Les bons circuits du linge hospitalier. *Infirmière magazine* 1995; suppl.n° 83: 35-6

Girard R, Monnet D, Fabry J. Tenue de travail. In : Girard R, Monnet D, Fabry J (Ed) Guide technique d'hygiène hospitalière, pp 270-3, Fondation Marcel Mérieux, Lyon, 1993

Gordin FM, Schultz ME, Huber R, Zubairi S, Stock F, Kariyil J. A cluster of hemodialysis-related bacteremia linked to artificial fingernails. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007, 28:743-4.

Goulard F, Nyonzina AM. Les chaussures au bloc opératoire. *Inter Bloc* 1993; XI: 11-2

Groupe de travail sur la prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose (DGS). La place des masques, de la ventilation et des ultraviolets dans la prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose dans les lieux de soins. *Bull Epidémiol Hebd* 1994; 15: 65-7

Groupe Textile CCLIN Sud-Ouest. Textiles microporeux ou non-tissés : Quel choix réaliser ? *Le Texthygraphe* 1994; 29: 4-13

Guide des matériels de sécurité : www.geres.org

Hoffman PN, Cooke EM, McCarville MR, Emmerson AM. Micro-organisms isolated from skin under wedding rings worn by hospital staff. *Br Med J* 1985; 290: 206-7

Jacobson G, Thiele JE, McCune JH, Farrell LD. Handwashing: ringwearing and number of microorganisms. *Nurs Res* 1985; 34: 186-8

Lhez P. De la robe de bure à la tunique pantalon, Inter édition, Paris, 1995, pp 182

Loh W, Ng VV, Ng and Holton J. Bacterial flora on the white coats of medical students. *J Hosp Infect* 2000; 45: 65-8

Ministère de l'emploi et de la solidarité. La fonction linge dans les établissements de santé. Eléments d'approche méthodologique. Septembre 2001: pp 165 (<http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Linge/ministere/minlinge.htm>)

Newman AW, Wright SW, Wrenn KD, Bernard A. Should physicians have facial piercing ? J Gen Intern Med 2005; 20: 213-8

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. La tenue vestimentaire des infirmiers. Prise de position. 2006 : pp 20 (http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/TenueVestimentaire.pdf)

Parneix P, Verdeil X, Muller M. Le linge au bloc opératoire : textiles microporeux ou non-tissés: Quel choix réaliser ? Hygiènes 1994; 6: 24-9

Reanis Guide pour la prévention des infections nosocomiales en réanimation, pp 40-52. Arnette, Paris, 1994, pp 183

Siegel, JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings Am J Infect Control 2007 35: S65-S164

Saint Laurent P, Estreich M, Denis P, Bientz M. Lavage antiseptique des mains et port de bagues. VIIIème Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, Arcachon, 1997, 5-6 juin, Abstract page 8.

Salisbury DM, Hutfilz P, Treen LM, Bollin GE, Gautam S. The effect of rings on microbial load of health care workers' hands. Am J Infect Control 1997; 25: 24

Scott E. et col. The survival and transfer of microbial contamination via cloths, hands and utensils. *Applied Bacteriology* 1990; 68: 271-8

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Am J Infect Control, 2007; 10: S65-S1643

The Lancet. The traditional white coat: goodbye, or au revoir ? The Lancet 2007; 370: 1102

The Lancet. War on white coats: The Lancet 2007; 370:2097-8

Wilson JA, Loveday HP, Hoffman PN, Pratt Rj. Uniform: an evidence review of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report of the Department of Health (England). J Hosp Infect 2007; 66: 301-7

Zumofen M. Mise en oeuvre des techniques aseptiques. In: Hygis N. (Ed) Hygiène hospitalière, pp 241-8, Presse Universitaire de Lyon, Lyon, 1998