Public Health Ontario | Santé publique Ontario



Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique

2e révision : Novembre 2026

CCPMI | Comité consultatif provincial des maladies infectieuses

Prévention et contrôle des infections

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario (SPO) est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. SPO met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée de professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

SPO fournit un soutien scientifique et technique expert au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne :

- les maladies transmissibles et infectieuses
- la prévention et le contrôle des infections
- la santé environnementale et au travail
- la préparation aux situations d'urgence
- la promotion de la santé ainsi que la prévention des maladies chroniques et des blessures
- les services de laboratoire liés à la santé publique

Les travaux SPO comprennent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le développement professionnel et les services axés sur le savoir. Pour en savoir plus sur SPO, visitez http://www.santepubliqueontario.ca.

Le **Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI)** est un comité multidisciplinaire composé de professionnels de la santé possédant de l'expertise et de l'expérience en matière de prévention et de contrôle des infections. Le comité conseille Santé publique Ontario en matière de prévention et de contrôle des infections associées aux soins de santé, en prenant en compte le système de santé dans son ensemble, à des fins de protection des clients/patients/résidents et des fournisseurs de soins de santé. Le CCPMI-PCI prépare des produits de connaissance sur les pratiques exemplaires qui sont fondés sur des données probantes dans la mesure du possible, pour aider les organisations de soins de santé à améliorer la qualité des soins et la sécurité des clients/patients/résidents.

Avis de non-responsabilité à l'égard des documents sur les pratiques exemplaires
Le présent document a été préparé par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI). Le CCPMI-PCI est un organisme consultatif multidisciplinaire scientifique qui conseille Santé publique Ontario (SPO) en se fondant sur des faits probants relatifs à plusieurs aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Les travaux du CCPMI-PCI reposent sur les meilleures preuves existantes et sont mis à jour selon les besoins. Les outils et les documents sur les pratiques exemplaires que le CCPMI-PCI produit sont l'expression de l'opinion généralisée de ses membres relativement aux pratiques qu'ils jugent prudentes. Ces ressources sont mises à la disposition des bureaux de santé publique et des fournisseurs de soins de santé.

SPO n'assume aucune responsabilité pour les conséquences de l'usage de ce document par quiconque.

Ce document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, pourvu que les renvois appropriés soient faits à Sant publique Ontario. Aucun changement ou modification ne peut être effectué à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Comment faire référence au présent document :
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet*, 2e révision, Toronto ON, Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026.

Santé publique Ontario remercie le Gouvernement de l'Ontario pour son soutien financier.

REMARQUES : Le présent document vise uniquement à présenter des pratiques exemplaires. Nous invitons les établissements de soins de santé à faire le nécessaire pour mettre en œuvre ces pratiques exemplaires dans un effort d'amélioration de la qualité des soins.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Santé publique Ontario http://www.santepubliqueontario.ca
Tél. : 647 260-7100 Courriel : pidac@oahpp.ca

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026

Prévention et de contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique

Ce document est à jour en date de juin 2013.

Révision d'octobre 2026 :
Les changements apportés dans cette révision sont surlignés en orange dans le document (ou en gris dans le cas d'une impression en noir et blanc).

Sommaire des révisions importantes :

Page	Révision
51	Correction du ratio de dilution du chlore

Le CCPMI-PCI tient à souligner la contribution et l'expertise des personnes suivantes qui ont participé à la mise au point du présent document :

Membres d'office du CCPMI-PCI :

Dr Matthew Muller, président directeur médical, PCI, Hôpital St. Michael's, Toronto.

Dre Irene Armstrong, médecin-hygiéniste adjointe, Bureau de santé publique de Toronto, Toronto

Anne Bialachowski, directrice, PCI, St. Joseph's Health Centre, Hamilton.

Sandra Callery, directrice, PCI, Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto.

Dr William Ciccotelli, maladies infectieuses et microbiologie médicale, Hôpital Grand River, Kitchener.

Judy Dennis, directrice, PCI, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa.

Dre Susy Hota, médecin spécialiste, PCI, Réseau universitaire de santé, Hôpital général de Toronto, Toronto.

Dre Allison McGeer, directrice, contrôle des infections, Hôpital Mount Sinai, Toronto.

Vydia Nankoosingh, directrice, PCI, Hôpital de Scarborough, Toronto.

Catherine Richard, directrice, Programme de santé et de sécurité au travail, Centre d'accès aux soins communautaires Champlain.

Membres d'office :

Erika Bontovics, chef, politiques et programmes en matière de maladies infectieuses, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto.

Dr Gary Garber, Directeur, PCI, Santé publique Ontario, Ottawa

Dr Leon Genesove, médecin en chef, Unité des soins de santé, Direction de la santé et de la sécurité au travail, Ministère du Travail, Toronto.

Personnel de Santé publique Ontario :

Dre Maureen Cividino, Médecin, médecine du travail, St. Joseph's Health Care, Hamilton.

Tim Cronsberry, Chef, réseau régional de contrôle des infections.

Cathy Egan, Directrice, PCI,

Dre Jennie Johnstone, Agente de contrôle des infections, St. Joseph's Health Centre, Toronto.

Dr Kevin Katz, Spécialiste en maladies infectieuses et microbiologiste médical, Directeur médical, PCI, Hôpital général de North York, Toronto.

Mabel Lim, Rédactrice/spécialiste de la PCI.

Liz McCreight, Directrice, ressources sur la PCI.

Dr Samir Patel, microbiologiste clinique, Laboratoire de santé publique Ontario.

Dre Jennifer Robertson, chef, synthèse des connaissances et projets d'analyse.

Dre Mary Vearncombe, présidente sortante, directrice médicale, prévention et contrôle des infections, Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto.

Le CCPMI-PCI est également reconnaissant envers les personnes suivantes qui ont contribué à la mise au point du document original :

Personnes ayant contribué à la version de 2013 :

Groupe de travail sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les cabinets de médecins :

Dre Mary Vearncombe (présidente), directrice médicale, PCI, microbiologie, Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto.

Dr Wadid Abadir, dermatologue, Odette Cancer Center, chargé d'enseignement, Université de Toronto, évaluateur des pairs, CPSO.

Naideen Bailey, chef, Réseau régional de contrôle des infections, Santé publique Ontario, Toronto.

Anne Bialachowski, directrice, PCI, St. Joseph's Health Care, Hamilton.

Dre Maureen Cividino, médecin, médecine du travail, Santé publique Ontario, Toronto.

Mandy Deeves, coordonnatrice de réseau, Réseau de contrôle des infections de Simcoe-nord Muskoka, Santé publique Ontario, Orillia.

Wade Hiller, directeur adjoint, département de l'évaluation et de l'amélioration de la pratique, division de la gestion de la qualité, Ordre des médecins et chirurgiens, Toronto.

Dr John Jordan, médecin de famille, département de médecine familiale, Université Western Ontario, London, Ontario College of Family Physicians.

Shirley McDonald, experte/rédactrice technique, PCI, Santé publique Ontario, Toronto.

Dr Toomas Sauks, médecin de famille, Grey Bruce Regional Health, Owen Sound.

Liz Van Horne, chef, ressources sur la PCI, Santé publique Ontario, Toronto.

Membres du CCPMI-PCI :

Dre Mary Vearncombe, présidente, directrice médicale, PCI, microbiologie, Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto.

Dre Irene Armstrong, médecin-hygiéniste adjointe, Bureau de santé publique de Toronto, Toronto.

Donna Baker, directrice, PCI, Soins continus Bruyère, Ottawa.

Anne Bialachowski, directrice, PCI, St. Joseph's Health Care, Hamilton.

Rena Burkholder, professionnelle de la PCI, Hôpital général de Guelph, Guelph.

Judy Dennis, directrice, PCI, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa.

Dr Kevin Katz, spécialiste en maladies infectieuses et microbiologiste médical, directeur médical, PCI, Hôpital général de North York, Toronto.

Dre Allison McGeer, directrice, contrôle des infections, Hôpital Mount Sinai, Toronto.

Shirley McLaren, directrice des services à la clientèle, Services de santé CanCare, Kingston.

Dre Kathryn Suh, directrice adjointe, PCI, Hôpital d'Ottawa, Ottawa.

Dr Dick Zoutman, professeur, divisions de microbiologie médicale et des maladies infectieuses, Université Queen's, Kingston, médecin-chef, Quinte Health Care, Belleville.

Membres d'office :

Erika Bontovics, directrice, politiques et programmes en matière de maladies infectieuses, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto.

Dr Leon Genesove, médecin en chef, Unité des soins de santé, Direction de la santé et de la sécurité au travail, ministère du Travail, Toronto.

Liz Van Horne, responsable des questions opérationnelles, chef, ressources en PCI, Santé publique Ontario, Toronto.

Dr Gary Garber, responsable, questions scientifiques, directeur médical, PCI, Santé publique Ontario, Toronto.

Personnel de Santé publique Ontario :

Camille Achonu, épidémiologiste, infections en milieu hospitalier, surveillance et épidémiologie, Toronto.

Dre Maureen Cividino, médecin, médecine du travail, Toronto.

Shirley McDonald, experte/rédactrice technique, PCI, Toronto.

Dr Samir Patel, microbiologiste clinique, Laboratoire de Santé publique Ontario, Toronto.

Pat Piaskowski, coordonnatrice de réseau, Réseau de contrôle des infections de la région du Nord-Ouest de l'Ontario, Thunder Bay.

Table des matières

PRÉAMBULE 8

À propos du présent document *8*

Illustrations et symboles *9*

Données probantes relatives aux recommandations *10*

Qui devrait utiliser le présent document *10*

I. PRATIQUES EXEMPLAIRES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS POUR LA PRATIQUE EN CABINET ET EN CLINIQUE **11**

1. LÉGISLATION SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS DANS LES CABINETS ET LES CLINIQUES 11

A. Loi sur la santé et la sécurité au travail *11*

B. Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) *14*

2. ÉDUCATION ET FORMATION DU PERSONNEL 15

3. TRANSMISSION DES MICRO-ORGANISMES DANS LES CABINETS ET LES CLINIQUES 16

4. PRATIQUES DE BASE 17

A. Évaluation des risques et dépistage *17*

B. Hygiène des mains *19*

C. Équipement de protection individuelle (ÉPI) *27*

D. Prise de rendez-vous, accueil et placement *32*

5. PRÉCAUTIONS SUPPLÉMENTAIRES 36

A. Transmission par contact et précautions *37*

B. Transmission par gouttelettes et précautions *38*

C. Transmission par voie aérienne et précautions *38*

D. Combinaisons de précautions supplémentaires *40*

E. Organismes antibiorésistants (OA) *40*

6. MÉDICAMENTS, VACCINS ET ANTISEPSIE CUTANÉE 43

A. Principes généraux *43*

B. Administration sécuritaire des préparations injectables *43*

C. Réfrigérateurs *45*

D. Vaccins *46*

E. Solutions d'irrigation stériles *46*

F. Onguents et gouttes ophtalmiques *46*

G. Agents antiseptiques pour l'antisepsie cutanée *47*

H. Gels médicaux *47*

I. Dépistage aux points de service *47*

7. CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT 49

A. *Nettoyer l'environnement* *49*

B. Conception et rénovation d'un cabinet ou d'une clinique *57*

8. RETRAITEMENT DU MATÉRIEL MÉDICAL 59
A. Principes généraux de retraitement (nettoyage, désinfection et stérilisation) 60
B. Méthodes de retraitement 60
C. Instruments médicaux à usage unique 61
D. Exigences relatives à la formation du personnel 62
E. Exigences relatives à la zone de retraitement 62
F. Transport du matériel contaminé sur les lieux 62
G. Nettoyage des instruments 62
H. Emballage des instruments 64
I. Stérilisation 64
J. Désinfection complète (DC) 66
K. Désinfection partielle (DP) 67

9. INTERVENTIONS CHIRURGICALES OU INVASIVES 68
A. Préparation chirurgicale des mains 68
B. Nettoyage après les interventions invasives ou chirurgicales 68
C. Locaux destinés aux interventions chirurgicales 70

10. MESURES ADMINISTRATIVES 71
A. Politiques en matière de milieux de travail sains 71
B. Immunisation du personnel 71
C. Test cutané à la tuberculine (TCT) 71
D. Infections chez les fournisseurs de soins de santé 72
E. Protocole relatif à l'exposition du personnel 73

ABRÉVIATIONS 75

GLOSSAIRE 76

II. RÉSUMÉS DES PRATIQUES REQUISES ET PRATIQUES EXEMPLAIRES RECOMMANDÉES EN CABINET ET EN CLINIQUE 83

RÉSUMÉ DES PRATIQUES REQUISES SELON LA LOI 83
RÉSUMÉ DES PRATIQUES EXEMPLAIRES RECOMMANDÉES 86

III. ANNEXES 89

Annexe A : Algorithme de l'évaluation des risques pour guider l'utilisation de l'épi *89*
Annexe B : Programme ontarien lavez-vous les mains : les 4 moments où l'on doit se laver les main Méthodes d'hygiène des mains *91*
Annexe C : Méthodes d'hygiène des mains 90
Annexe D : Mise en place et retrait de l'équipement de protection individuelle (épi) *92*
Annexe E : Exemple d'affiche pour les aires d'accueil *94*
Annexe F : Maladies à déclaration obligatoire en Ontario *96*
Annexe G : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C) 97
Annexe H : Liste de vérification pour une utilisation sécuritaire des médicaments 99
Annexe I : Nettoyage, degré de désinfection et fréquence minimums recommandés pour le matériel médical *102*
Annexe J : Liste de vérification pour la prévention et le contrôle des infections dans les cabinets et les cliniques *110*

Annexe K : Options de retraitement pour les cabinets et les cliniques *111*
Annexe L : Retraitement du matériel endoscopique *106*
Annexe M : Liste de vérification pour le retraitement des instruments médicaux..... *117*
Annexe N : Calendrier de vaccination pour le personnel des cabinets et cliniques..... *117*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 118

TABLEAUX

Tableau 1 : Fréquence de nettoyage des articles pour la pratique en cabinet et en clinique 52
Tableau 2 : Classification de spaulding du matériel médical et du degré de traitement requis 61

FIGURES

Figure 1 : Comment se transmettent les micro-organismes 16
Figure 2 : Étapes de dépistage et d'évaluation des risques que le fournisseur de soins de santé doit suivre pour évaluer le risque qu'une personne transmette des agents infectieux et justifier l'adoption de mesures de protection 18
Figure 3 : Efficacité du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA)..... 20
Figure 4 : Programme ontarien *Lavez-vous les mains* 21
Figure 5 : Utilisez du DMBA à 70 % pour l'hygiène des mains de base..... 21
Figure 6 et Annexe B : Comment se désinfecter les mains..... 23
Figure 7 et Annexe B : Comment se laver les mains..... 23
Figure 8 : IDÉAL – Lavabo non encastré
Figure 9 : NON RECOMMANDÉ – Lavabo intégré à une armoire
Figure 10 : Mettre les gants
Figure 11 : Retirer les gants
Figure 12 : Mettre une blouse
Figure 13 : Retirer une blouse
Figure 14 : Mettre le masque
Figure 15 : Retirer le masque
Figure 16 : Mettre le respirateur
Figure 17 : Retirer le respirateur
Figure 18 : Mettre la protection oculaire
Figure 19 : Retirer la protection oculaire
Figure 20 : Exemple d'algorithme pour le dépistage des infections aiguës des voies respiratoires..... 33
Figure 21 : Exemple d'affiche pour l'accueil (Annexe E)..... 34
Figure 22 : Exemples de précautions supplémentaires (selon le mode de transmission)..... 34
Figure 23 : Microbes par ordre croissant de résistance à la destruction et degré minimum de retraitement requis 59

Préambule

Le besoin de mettre en place des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les établissements médicaux n'a probablement jamais été aussi évident pour le public en général et l'ensemble du milieu médical. Que l'on pense à l'expérience du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, à la pandémie du virus H1N1 en 2009 ou aux événements en lien avec la stérilisation et la désinfection inadéquates du matériel médical, force a été de constater que chacun est vulnérable si des mesures de protection pertinentes ne sont pas adoptées pour prévenir la transmission des infections et la contamination.

La nature de la prévention et du contrôle des infections se transforme rapidement. En effet, la description de nouvelles infections, l'ajout de procédures pour les patients externes, l'arrivée de nouveaux produits et équipements médicaux ainsi que de nouvelles normes, directives et lignes directrices élaborées par des organismes provinciaux, nationaux et internationaux sont à l'origine de cette transformation.

Il incombe au médecin de protéger les individus dans le cadre de sa pratique. Cette responsabilité ne se limite pas aux patients; elle englobe le personnel du cabinet ou de la clinique de même que les autres visiteurs. D'un point de vue structurel et fonctionnel, les occasions ne manquent pas dans un bureau pour transmettre des infections. Les agents infectieux ne se transmettent pas seulement d'une personne à l'autre, mais aussi indirectement par l'intermédiaire d'objets inanimés qu'on appelle vecteurs passifs. Ainsi, la salle d'attente peut constituer une source pour un grand nombre de maladies contagieuses. Il faut donc mettre en place des mécanismes de protection, non seulement dans la gestion directe du patient, mais également dans celle du cabinet ou de la clinique.

Les pratiques exemplaires décriront :

- les principes de la prévention et du contrôle des infections dans un cabinet et une clinique
- la législation entourant la pratique en cabinet et en clinique et les devoirs des médecins en tant qu'employeurs et superviseurs
- les enjeux à prendre en compte en mettant sur pied un nouveau cabinet ou une nouvelle clinique
- les motifs et les outils de dépistage et d'évaluation des risques d'infection
- les recommandations pour offrir un environnement propre dans un cabinet ou une clinique
- les directives concernant le retraitement du matériel médical réutilisable
- les enjeux de protection et de sécurité touchant au personnel

À propos du présent document

Ces pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections qui sont destinées aux médecins n'ont pas pour but de remplacer le jugement du médecin, mais plutôt de l'aider dans le cadre de sa pratique en cabinet et en clinique. Certains éléments qui proviennent de la législation et des règlements énonceront en termes clairs ce que les médecins devraient ou ne devraient pas faire. D'autres sections présentent des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, lesquelles visent à prendre mieux conscience des risques quotidiens de contracter et de transmettre des infections dans un cabinet et une clinique et à fournir aux médecins des conseils pratiques et outils pour réduire de tels risques.

En intégrant ces pratiques exemplaires aux pratiques de base et en sachant comment réagir à la menace d'une infection de façon préventive (p. ex., en mettant en place un dépistage saisonnier pour les infections aiguës des voies respiratoires), on diminuera les risques associés aux éclosions des maladies infectieuses graves, la

qualité de la pratique dans les cabinets et les cliniques sera rehaussée et le public sera protégé, car on aura réduit le risque de transmission des infections.

> **Le public s'attend à ce que le niveau de soin et de sécurité du patient dans les cabinets et les cliniques soit équivalent à ce qui est offert en milieu hospitalier.**

AU SUJET DES RECOMMANDATIONS ÉNONCÉES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT :

Le terme « **doit** » indique une exigence obligatoire fondée sur la législation ou les normes nationales (p. ex., Association canadienne de normalisation [CSA]), ou une pratique exemplaire, c.-à-d. la norme de soins basée sur les recommandations courantes de la documentation médicale.

Le terme « **devrait** » indique une recommandation ou une action qui est conseillée, mais non obligatoire.

Le terme « **pourrait** » ou « peut » se rapporte à un conseil ou à une possibilité.

Illustrations et symboles

Les symboles suivants sont utilisés tout au long du document :



Les **recommandations** sont indiquées par ce symbole. Recommandées par le CCPMI, ces pratiques sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles. Toutes les pratiques exemplaires faisant l'objet d'une recommandation sont résumées à la fin du document.



Les **remarques** soulignent des points importants dans le texte.



Les **trésors de sagesse** approfondissent l'information présentée dans le document ou fournissent des indications intéressantes sur l'implantation.



Les **articles de la loi** sont indiqués avec ce symbole et sont des obligations. Tous les articles de la loi sont résumés à la fin du document. Les articles de la loi incluent aussi les articles de la réglementation et les articles de documents auxquels renvoient les lois ou règlements, comme les normes de la CSA.

Données probantes relatives aux recommandations

Les pratiques exemplaires dans le présent document représentent les meilleures données probantes et opinions d'experts dont nous disposions au moment de la rédaction. Le document fera l'objet d'un examen et d'une mise à jour à mesure que nous aurons accès à de nouveaux renseignements.

Qui devrait utiliser le présent document

Les méthodes de prévention et de contrôle des infections présentées dans le document doivent être intégrées aux pratiques dans tous les cabinets de médecins, y compris les centres et les cliniques de santé communautaire, les établissements de santé autonomes (ESA) et les locaux extra-hospitaliers (LEH).

Bien que le document ait été conçu en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et qu'il s'adresse avant tout aux médecins, d'autres professionnels de la santé qui offrent des services cliniques trouveront ces lignes directrices utiles. Cela inclut les professionnels qui travaillent dans des cabinets de dentiste et bureaux d'autres membres de professions de la santé réglementées.

Des annexes offrent des renseignements supplémentaires ainsi que des outils qui peuvent servir à mettre sur pied et à améliorer les pratiques d'un cabinet ou d'une clinique.

I. Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique

TERMES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT (consulter le glossaire pour des précisions et des exemples)

Fournisseur de soins de santé :	Toute personne prodiguant des soins à un patient.
Personnel :	Toute personne effectuant des activités dans un cabinet ou une clinique (comprend les fournisseurs de soins de santé).
Cabinets et cliniques :	Tout lieu dans la communauté où sont offerts des soins de santé, y compris les établissements où l'on offre des soins d'urgence, les cliniques externes, les centres et cliniques de santé communautaire, les cabinets de médecin, les établissements de santé autonomes et les locaux extra-hospitaliers.

1. Législation sur les pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections dans les cabinets et les cliniques

A. Loi sur la santé et la sécurité au travail

Les fournisseurs de soins de santé en cabinet et en clinique ont la responsabilité de mettre en place des systèmes comprenant des politiques et procédures qui protègent la santé et la sécurité des travailleurs dans leur milieu de travail. Prévenir la transmission de micro-organismes à d'autres patients est un enjeu touchant la sécurité du patient tandis que prévenir la transmission à un membre du personnel est un enjeu relatif à la santé et la sécurité au travail. Si tous les fournisseurs de soins de santé utilisent de façon cohérente et pertinente les pratiques de base (voir *Glossaire*), il y aura diminution de la transmission microbienne dans les cabinets et les cliniques. Pour citer quelques exemples, mentionnons l'installation de distributrices de désinfectant pour les mains à base d'alcool, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié mis à la disposition du personnel et l'utilisation d'objets pointus et tranchants conformes au règlement *Sécurité des aiguilles* (Règl. de l'Ont. 474/07) que l'on peut consulter à l'adresse : http://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/070474.

Tout dépendant du milieu dans lequel il travaille, un médecin peut endosser divers rôles et responsabilités en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*. Il peut être un **employeur**, un **superviseur** ou un **travailleur** en vertu de la Loi (voir encadré ci-dessous). Dans certains cas, un médecin peut jouer plus d'un rôle à la fois :

- ***Un médecin est un employeur*** s'il emploie un ou plusieurs travailleurs ou accorde des contrats de services à un ou plusieurs travailleurs.

- ***Un médecin est un superviseur*** s'il a la responsabilité d'un milieu de travail ou l'autorité sur un travailleur, quel qu'il soit.
- ***Un médecin est un travailleur*** s'il effectue son travail ou fournit des services en échange d'une compensation monétaire.

SCÉNARIO

Dre Brown est copropriétaire d'une clinique de santé familiale et travaille avec deux médecins et neuf employés. Elle enseigne la médecine familiale aux résidents dans son bureau; ces derniers l'accompagnent dans ses tournées à l'hôpital et l'aident à effectuer des interventions à l'unité de soins ambulatoires. Dre Brown est aussi employée à temps partiel au centre de santé étudiant de l'université. Dre Brown est donc employeuse, superviseure et employée. Elle a des **responsabilités** différentes dans chacun de ces rôles :

- Employeuse : elle a des employés dans son équipe de soins de santé
- Superviseure : elle supervise des employés à son bureau et des résidents en médecine familiale dans son bureau, et à l'hôpital
- Travailleuse : elle est employée par l'université.

Responsabilités des employeurs

- S'assurer que les travailleurs connaissent les risques et les dangers en leur offrant de l'information, de la formation et de la supervision sur la façon sécuritaire de travailler.
- Nommer une « personne compétente », selon la définition de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, qui jouera le rôle de superviseur.
- S'assurer que les superviseurs connaissent ce qui est requis pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs au travail.
- Créer des politiques et procédures en matière de santé et de sécurité en milieu de travail (là où plus de cinq travailleurs sont régulièrement employés).
- S'assurer que chacun respecte les politiques et procédures en matière de santé et de sécurité en milieu de travail.
- S'assurer que les travailleurs portent et utilisent le bon ÉPI.
- Garder l'équipement, le matériel et les dispositifs de protection des travailleurs en bonne condition.
- Se conformer à la législation applicable et respecter les exigences en matière de rapports.
- Faire tout ce qui est raisonnable dans les circonstances pour empêcher les travailleurs de se blesser ou de contracter une maladie professionnelle.

Responsabilités des superviseurs

- Informer les travailleurs des risques et dangers et tenir compte de leurs préoccupations.
- Montrer aux travailleurs comment travailler de façon sécuritaire et s'assurer qu'ils respectent la loi ainsi que les politiques et procédures en matière de santé et de sécurité en milieu de travail.
- S'assurer que les travailleurs portent et utilisent le bon ÉPI.
- Faire tout ce qui est raisonnable dans les circonstances pour empêcher les travailleurs de se blesser ou de contracter une maladie professionnelle.

Responsabilités des travailleurs

- Respecter la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et ses règlements ainsi que les politiques et procédures en matière de santé et de sécurité en milieu de travail.
- Travailler et agir de manière à ne pas se blesser soi-même et à ne pas blesser les autres.
- Signaler les risques ou les blessures au superviseur/à l'employeur.
- Porter et utiliser l'ÉPI exigé par l'employeur.



1. L'employeur, le superviseur et le travailleur ont des devoirs en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.

En vertu de *la* *Loi sur la santé et la sécurité au travail*[1] s'ajoutent d'autres exigences, notamment :

- Mise sur pied obligatoire d'un comité mixte sur la santé et la sécurité dans tout lieu de travail qui emploie régulièrement 20 travailleurs ou plus [alinéa 9 (2) a)].
- Sélection obligatoire d'un délégué à la santé et à la sécurité dans un lieu de travail où six travailleurs ou plus sont employés régulièrement et où il n'y a pas de comité mixte [alinéa 8 (1)]. Le délégué doit être choisi par les travailleurs.
- Même si le lieu de travail est petit, il doit être inspecté au moins une fois par mois [alinéa 8 (6)].



Liste d'inspection mensuelle pour la sécurité du cabinet ou de la clinique

Visitez tous les locaux du lieu de travail pour vérifier s'il y a des dangers qu'il faut éliminer, par exemple :

- Les contenants pour objets pointus et tranchants sont-ils trop pleins?
- L'ÉPI (gants, masques, blouses) est-il disponible et accessible?
- L'ÉPI est-il en bonne condition?
- Les désinfectants et stérilisants chimiques sont-ils étiquetés et rangés
- correctement?
- Les aires de préparation des aliments sont-elles propres et réservées à cette fin?
- La ventilation est-elle appropriée si des désinfectants liquides sont utilisés?
- Les tablettes de stockage sont-elles en bonne condition?
- Y a-t-il du savon liquide approprié aux lavabos réservés au lavage des mains?
- Y a-t-il du désinfectant pour les mains à base d'alcool au point de service?
- Le protocole pour éliminer les déchets dangereux est-il respecté?
- La zone de ramassage des ordures est-elle propre et en ordre? Les bacs à
- ordures sont-ils fermés?
- Les déversements de sang ou de liquides organiques sont-ils nettoyés par du
- personnel compétent au fur et à mesure?

- On peut consulter un guide relatif aux exigences de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* à : http://www.labour.gov.on.ca/french/hs/pubs/ohsa/index.php.

- Le règlement sur la sécurité des aiguilles (Règl.de l'Ont. 474/07)[2] a des exigences relatives à l'utilisation des aiguilles creuses qui sont de sécurité. On peut consulter le règlement à : http://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/070474.

B. Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT)

Le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) est une norme nationale en matière de communication des renseignements sur les dangers illustrée dans le règlement de l'Ontario 860 de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*[3].

Il y a trois éléments essentiels :

- mises en garde sur les étiquettes des contenants de substances dangereuses appelées « produits contrôlés », comme les désinfectants;
- fiches signalétiques santé-sécurité (FSSS) pour tous les produits dangereux, lesquelles doivent être renouvelées aux trois ans;
- programmes d'éducation et de formation pour les travailleurs.



2. **Les employeurs doivent faire respecter les normes du SIMDUT dans leur lieu de travail. Chaque médecin doit donc se familiariser avec la législation.**

3. **Les employeurs doivent s'assurer que l'établissement est un environnement de travail sécuritaire qui protège les patients, le personnel et eux-mêmes et qui est en conformité avec la législation fédérale et provinciale.**

➢ Pour de plus amples renseignements sur le SIMDUT : http://www.labour.gov.on.ca/french/hs/pubs/whmis/index.php

2. Éducation et formation du personnel

De la formation régulière (y compris orientation et formation continue) et du soutien doivent être offerts dans tous les cabinets et les cliniques pour aider le personnel à systématiquement implanter les méthodes de prévention et de contrôle des infections (PCI). Les programmes de formation efficaces mettent l'accent sur :

- les risques associés aux maladies infectieuses, y compris l'infection aiguë des voies respiratoires et la gastroentérite
- l'importance d'être bien immunisé
- l'hygiène des mains, y compris l'utilisation de désinfectant pour les mains à base d'alcool et le lavage des mains
- les principes et volets des pratiques de base, ainsi que les précautions supplémentaires fondées sur la transmission (Précautions supplémentaires)
- l'évaluation du risque de transmission des infections et l'utilisation appropriée de l'ÉPI, y compris la mise en place, le retrait et l'élimination de manière sécuritaire
- le retraitement de l'équipement médical réutilisable
- le nettoyage et (ou) la désinfection appropriés des surfaces ou des articles dans l'environnement médical.



4. De la formation régulière (y compris de l'orientation et de la formation continue) et du soutien doivent être offerts dans les pratiques en cabinet et en clinique pour aider le personnel à systématiquement implanter les méthodes de prévention et de contrôle des infections (PCI).

3. Transmission des micro-organismes dans les cabinets et les cliniques

Il est nécessaire de comprendre le mode de transmission des infections pour utiliser et concevoir des stratégies de prévention et de contrôle des infections. Pour se transmettre, les micro-organismes empruntent cinq voies principales (

Figure 1) :

- la transmission par contact (direct ou indirect)
- la transmission par gouttelettes
- la transmission par voie aérienne
- la transmission par véhicule
- la transmission vectorielle

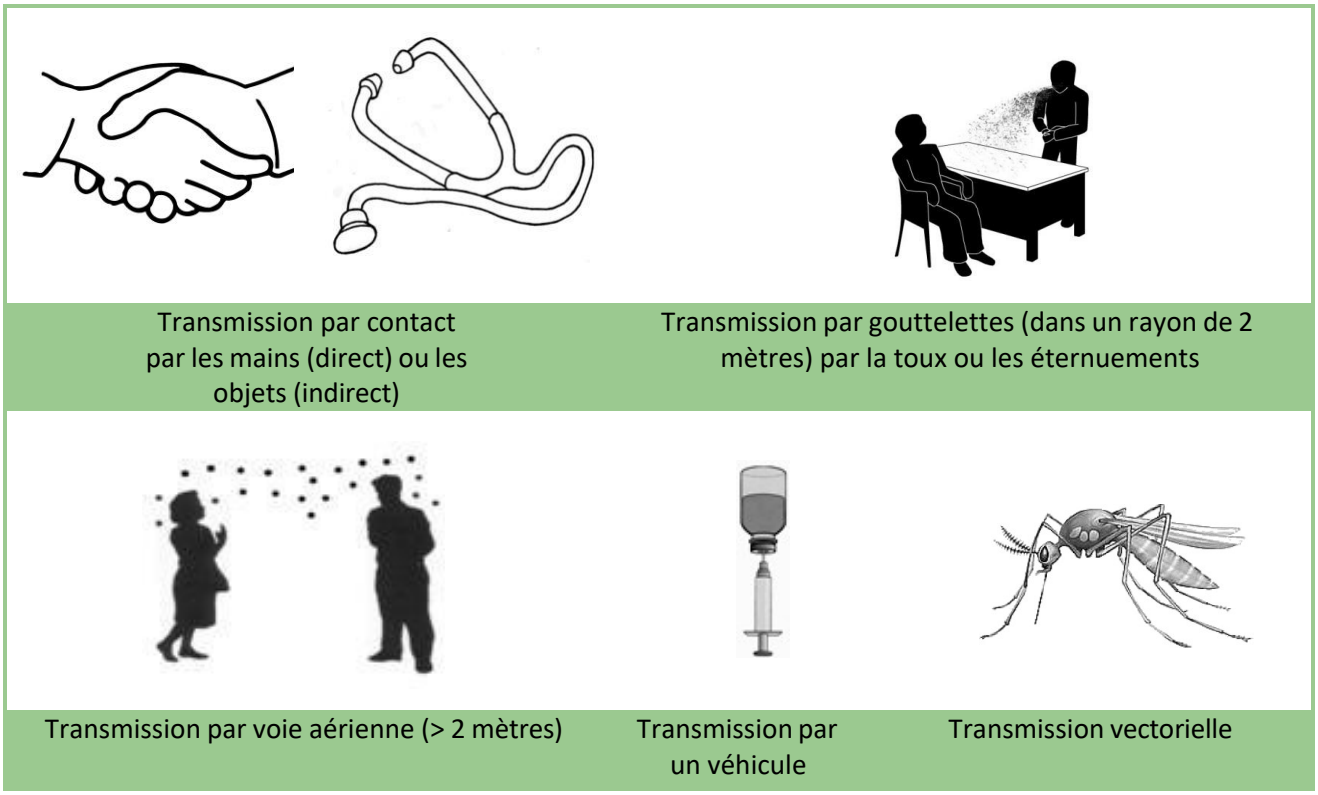


Figure 1 : Comment se transmettent les micro-organismes

Bien que la transmission vectorielle ne soit probablement pas pertinente dans les cabinets et les cliniques, les autres mécanismes sont tous d'importants modes de transmission dans le bureau d'un médecin.

4. Pratiques de base

Les pratiques de base s'appuient sur le principe que tous les patients sont *potentiellement* infectieux, même s'ils sont asymptomatiques, et que les mêmes normes de pratique doivent être utilisées **systématiquement** avec **tous** les patients pour prévenir l'exposition au sang, aux liquides organiques, aux sécrétions, aux excrétions, aux muqueuses, à la peau non intacte ou à des articles souillés et pour empêcher la transmission des micro-organismes.

En adoptant les pratiques de base on protège non seulement le fournisseur de soins de santé mais aussi le personnel et les patients qui peuvent par la suite être en contact avec ce fournisseur de soins.

Les pratiques de base comprennent notamment les éléments suivants :

- **Évaluation des risques** chez le patient et dans l'interaction entre le fournisseur de soins de santé et le patient
- **Hygiène des mains** en respectant les « *4 moments* » décrits dans le programme ontarien *Lavez-vous les mains*[4]
- **Contrôle de l'environnement**, notamment des services d'hébergement appropriés, le retraitement du matériel, le nettoyage de l'environnement, la manipulation sécuritaire des objets pointus et tranchants et les enjeux relatifs aux travaux de construction et de rénovation
- **Mesures administratives (c.-à-d., gestion de la santé du personnel et des pratiques)**, notamment encourager la vaccination du personnel, l'étiquette respiratoire et les vérifications des pratiques
- **Équipement de protection individuelle** (ÉPI) pour protéger le personnel

➢ Pour de plus amples renseignements sur les pratiques de base, consulter le document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé*[5] du CCPMI à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Fr2012.pdf.



Recommandation **:**

1. ***Tous les fournisseurs de soins de santé doivent suivre les pratiques de base avec tous les patients pendant tous les soins dans tous les cabinets et les cliniques.***

A. Évaluation des risques et dépistage



Chaque fois qu'il rencontre un patient, le fournisseur de soins de santé doit effectuer un dépistage pour déterminer si le patient a une maladie contagieuse ainsi que pour évaluer le risque d'exposition à du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excrétions et de la peau non intacte et pour choisir les stratégies qui diminueront le risque d'exposition et préviendront la transmission des micro-organismes.

Pour utiliser les pratiques de base avec efficacité, la première étape consiste à effectuer une évaluation des risques (**Figure 2**)[5].

Une évaluation des risques au point de service est effectuée **avant chaque interaction** avec le patient et à toutes les étapes de l'interaction avec le patient, notamment :

- au moment de prendre le rendez-vous (au besoin, p. ex., rendez-vous le même jour ou le jour suivant);
- à l'arrivée dans la salle d'attente;
- dans la salle d'examen.

➢ Pour de plus amples renseignements sur le dépistage du patient, consulter la Section 4.D, *Prise de rendez-vous, accueil et placement*.

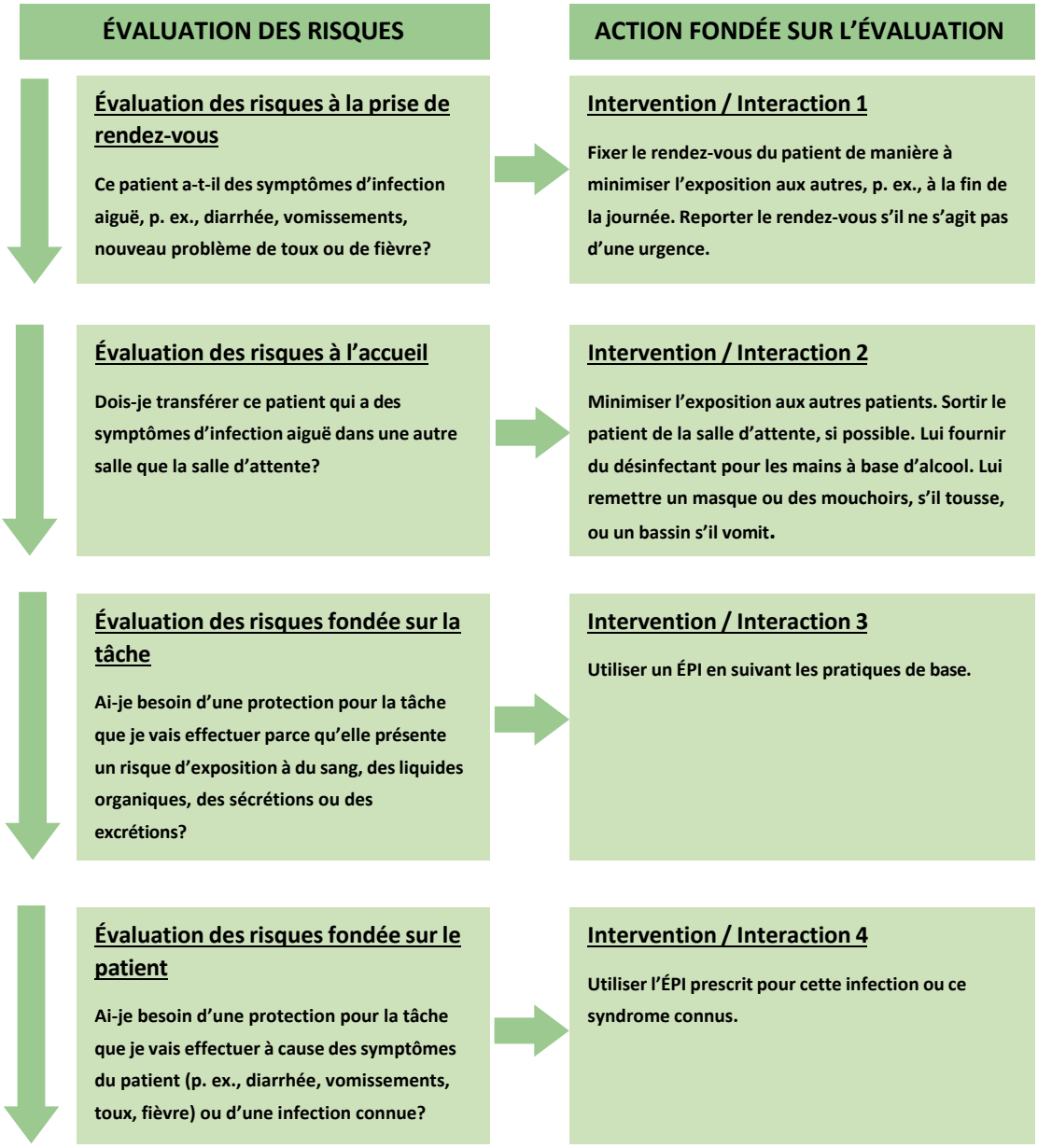


Figure 2 : Étapes de dépistage et d'évaluation des risques que le fournisseur de soins de santé doit suivre pour évaluer le risque qu'une personne transmette des agents infectieux et justifier l'adoption de mesures de protection.

Lorsque l'évaluation des risques indique qu'il y a risque de transmission d'une infection, des interventions et des mesures de protection peuvent être mises en place pour réduire le risque de contracter ou de transmettre

l'infection (voir Annexe A). Alors que l'hygiène des mains est toujours obligatoire, l'évaluation des risques indiquera lorsqu'il faut porter un ÉPI. Par exemple :

- Exposition à du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excrétions ou à de la peau non intacte :
    - mains exposées → PORTEZ DES GANTS
    - vêtements ou avant-bras exposés → PORTEZ UNE BLOUSE
    - muqueuses des yeux, du nez et de la bouche exposées → PORTEZ UN MASQUE ET UNE PROTECTION OCULAIRE
    - exposition à de l'équipement ou des surfaces contaminés → PORTEZ DES GANTS et possiblement une BLOUSE.

➢ Pour de plus amples renseignements sur l'évaluation des risques au point de service, consulter le document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé*[5] du CCPMI à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Fr2012.pdf.

B. Hygiène des mains

L'hygiène des mains consiste à enlever la saleté visible et à éliminer ou supprimer les micro-organismes transitoires se trouvant sur les mains, tout en maintenant l'intégrité de la peau.

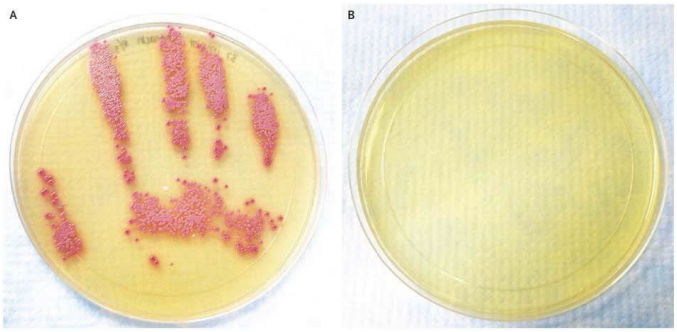


L'hygiène des mains est considérée comme la mesure de PCI la plus importante et efficace pour prévenir la propagation des infections nosocomiales.

Tous les cabinets et les cliniques doivent mettre en œuvre un programme d'hygiène des mains qui englobe les éléments suivants[6] :

- Pour permettre aux fournisseurs de soins de santé de se laver les mains au moment voulu, il faut qu'il y ait du DMBA ou un évier réservé à l'hygiène des mains au point de service, c.-à-d., à portée de main et à proximité du patient.
- Les fournisseurs de soins de santé sont informés/formés quant au moment et à la manière de se laver les mains.
- Des crèmes hydratantes compatibles avec les produits d'hygiène des mains utilisés sont mises à la disposition du personnel pour contribuer à maintenir l'intégrité de la peau.
- On encourage les patients à pratiquer l'hygiène des mains.

Le désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) est la méthode de décontamination des mains privilégiée en cabinet et en clinique lorsque les mains ne sont pas visiblement sales[6]. Le DMBA permet de tuer rapidement la plupart des micro-organismes transitoires (**Figure 3**), prend moins de temps que le lavage des mains au savon et à l'eau et irrite moins la peau. Alors que le geste de se frotter les mains pendant 15 secondes est équivalent au temps passé au lavage des mains, le fournisseur de soins de santé dont l'horaire est très chargé peut faire autre chose en même temps (p. ex., converser avec le patient). L'autre avantage est que le patient voit le fournisseur de soins de santé se laver les mains, un geste qui est souvent apprécié.



A : Empreinte de la main du fournisseur de soins après examen du patient

B : Empreinte de la main du fournisseur de soins après nettoyage avec le DMBA

(Tiré de : NEJM, Donskey, C.J., Eckstein B.C., The Hands Give It Away, Volume 360, e3. *Tous droits réservés* © 2009 Massachusetts Medical Society. Reproduit avec la permission de la Massachusetts Medical Society.)

Figure 3 : Efficacité du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA)

Les obstacles à l'efficacité de l'hygiène des mains comprennent :

- le vernis à ongles – le vernis à ongles écaillé peut retenir des micro-organismes que le lavage des mains n'élimine pas
- les ongles artificiels – ont été associés à l'éclosion de bactéries et de champignons et leur port n'est pas permis
- bagues, autres bijoux pour les mains et bracelets – difficiles à nettoyer, empêchent les produits d'hygiène des mains d'éliminer des bactéries et des virus et augmentent le risque de déchirer les gants
- les montres et les manches longues doivent être dégagées des poignets pendant le lavage des mains.



L'hygiène des mains pour les patients est aussi importante et est souvent négligée. Du désinfectant pour les mains à base d'alcool devrait être fourni aux patients et aux visiteurs dans les salles d'attente pour réduire les risques de contamination environnementale avec les virus respiratoires, les virus gastro-intestinaux et les organismes antibiorésistants (OA), comme le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV).

1. Quand est-il nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains?

1	**AVANT de toucher au patient ou à son environnement**	**QUAND?**	Nettoyez-vous les mains en entrant : • avant de toucher le patient ou • avant de toucher tout objet ou meuble dans l'environnement immédiat du patient
		POURQUOI?	Pour protéger le patient et son environnement des germes nuisibles que vous pourriez avoir sur les mains
2	**AVANT une intervention aseptique**	**QUAND?**	Lavez-vous les mains immédiatement avant une intervention aseptique
		POURQUOI?	Pour protéger le patient contre les germes dangereux, y compris ses propres germes, pouvant envahir son organisme
3	**APRÈS un risque de contact avec du liquide organique**	**QUAND?**	Lavez-vous les mains immédiatement après un risque de contact avec du liquide organique (et après avoir enlevé vos gants)
		POURQUOI?	Pour vous protéger et protéger le milieu de prestation des soins des germes dangereux du patient
4	**APRÈS un contact avec le patient ou son environnement**	**QUAND?**	Nettoyez-vous les mains en sortant : • après avoir touché le patient ou • après avoir touché tout objet ou meuble dans l'environnement immédiat du patient
		POURQUOI?	Pour vous protéger et protéger le milieu de soins de santé des germes nuisibles du patient

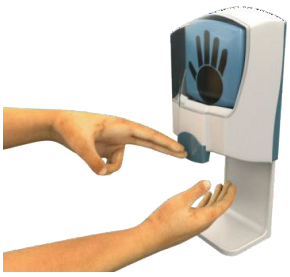
Figure 4 : Programme ontarien Lavez-vous les mains

Suivre les règles d'hygiène des mains en respectant *Les 4 Moments où l'on doit se laver les mains* qui sont décrits dans le programme ontarien *Lavez-vous les mains*[6] (Figure 4 et Annexe B). En outre, il faut se laver les mains après les soins d'hygiène personnelle (p. ex., aller à la toilette et se moucher).

- On peut se procurer gratuitement des affiches et des outils informatifs sur l'hygiène des mains à partir du site Web ontarien *Lavez-vous les mains* à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/JustCleanYourHands/Pages/Just-Clean-Your-Hands.aspx#.UiC7j3_b3Sg.

2. Produits d'hygiène des mains

DÉSINFECTANT POUR LES MAINS À BASE D'ALCOOL (DMBA)



La concentration en alcool du DMBA offert aux cabinets et cliniques varie de 60 à 90 p. 100. Les norovirus sont rendus inactifs dans des concentrations d'alcool allant de 70 % à 90 p. 100[7]. C'est pour cette raison qu'il faut choisir une concentration minimum d'alcool de 70 p. 100. Il faut acheter des produits DMBA qui ont un numéro d'identification du médicament (DIN) ou un numéro de produit naturel (NPN) de Santé Canada.

Figure 5 : Utilisez du DMBA à 70 % pour l'hygiène des mains de base

SAVON À MAINS

Le savon ordinaire agit sur les mains en émulsifiant la saleté et les substances organiques (p. ex., sang, mucus), qui sont ensuite éliminées avec le rinçage. Le savon liquide ordinaire est suffisant pour la pratique générale en cabinet et en clinique.



Du désinfectant pour les mains à base d'alcool et du savon liquide doivent être offerts dans des contenants jetables qui ne doivent pas être remplis de nouveau.
Le savon liquide ordinaire dans des flacons pompes jetables est suffisant pour la pratique générale en cabinet et en clinique. Il ne faut pas utiliser les pains de savon.

AUTRES AGENTS ANTISEPTIQUES POUR LES MAINS

Actuellement, il n'y a aucune preuve de l'efficacité dans l'environnement médical des agents antiseptiques pour les mains sans rinçage qui ne contiennent pas de 70 à 90 p. 100 d'alcool; leur utilisation n'est donc pas recommandée. Ces agents sont aussi plus irritants pour les mains.



Quoi utiliser pour nettoyer vos mains?

1. Désinfectant pour les mains à base d'alcool lorsque les mains ne sont pas visiblement sales.
2. Savon liquide ordinaire lorsque les mains sont visiblement sales.
3. Désinfectant ou gel antimicrobien pour les mains pour les interventions chirurgicales ou invasives.

3. Technique d'hygiène des mains

- Lorsque vous utilisez un DMBA, appliquez une quantité suffisante pour que le produit demeure en contact avec les mains pendant un minimum de 15 secondes avant de sécher (habituellement une ou deux pompes pleines).
- Lorsque vous utilisez de l'eau et du savon, un minimum de 15 secondes à faire mousser est nécessaire avant de rincer.
- Nettoyez les mains à l'eau et au savon ou avec du DMBA, mais pas avec les deux en même temps car cela irrite la peau.

Voir les Figures 6 et 7 et l'Annexe C pour connaître les bonnes techniques d'hygiène des mains. En ce qui concerne la technique d'hygiène des mains avant une intervention chirurgicale, consulter la Section 9. A., *Préparation chirurgicale des mains*.



Figure 6 et Annexe B : Comment se désinfecter les mains [Source : *Lavez-vous les mains*]



Figure 7 et Annexe B : Comment se laver les mains [Source : *Lavez-vous les mains*]

4. Distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA)

Installer des distributeurs de DMBA au point de service améliore le respect de l'hygiène des mains. On devrait avoir accès aux produits au point de service, sans quitter le patient.

- Installer les distributeurs de DMBA au point de service, c.-à-d. à portée de main du fournisseur de soins de santé.
- Ne pas installer le DMBA aux lavabos désignés pour le lavage des mains ou à côté de ceux-ci.
- Installer les distributeurs de DMBA à l'entrée de la zone de soins de santé (p. ex., dans la salle d'attente) en ajoutant des instructions visuelles pour les patients.
- Utiliser des bouteilles à remplissage unique pour le DMBA afin de prévenir la contamination.
- Ne pas installer les distributeurs de DMBA au-dessus ou directement à côté d'une source d'inflammation, comme une prise électrique ou un interrupteur, ou au-dessus d'endroits recouverts de tapis[8].

Dans les cabinets et les cliniques[9], du DMBA devrait aussi être mis à la disposition des patients et des visiteurs dans un endroit accessible dans la salle d'attente afin de réduire les risques de contamination environnementale avec les virus respiratoires, les virus gastro-intestinaux et les organismes antibiorésistants (OA)[6].

La réglementation ou les directives locales en matière de prévention des incendies doivent être observées pour l'installation et l'entreposage du DMBA. Pour de plus amples renseignements, consulter : http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/FireMarshal/Legislation/TechnicalGuidelinesandReports/TG-2011-02_fr.html

5. Lavabos pour le lavage des mains

Si l'emplacement, le design et l'utilisation du lavabo ne sont pas appropriés, le réservoir environnemental de contaminants peut augmenter. Les lavabos doivent être pratiques et accessibles. Au moment de rénover un espace existant ou de concevoir un nouvel espace, consulter les critères ci-après relatifs à l'achat et à l'installation de lavabos destinés au lavage des mains.

CRITÈRES POUR CHOISIR ET INSTALLER DE NOUVEAUX LAVABOS POUR LE LAVAGE DES MAINS

Lorsque vient le temps de rénover ou de choisir de nouveaux locaux :

- installer un lavabo destiné au lavage des mains dans :
  - tous les endroits où l'on traite les patients ou effectue des interventions ou des examens physiques
  - les zones de prélèvement d'échantillons
  - les zones de décontamination du matériel
  - les aires où l'on prépare des aliments, des médicaments ou des articles destinés au soin des patients (p. ex. plateaux)
- Dans les endroits où l'on traite plusieurs patients à la fois, prévoir un lavabo pour trois patients.
- Des lavabos non encastrés devraient être prévus (Figure 8). Les lavabos destinés au lavage des mains ne devraient pas être encastrés dans un comptoir, ni être installés à côté, non plus dans une armoire avec espace de rangement dessous. (Figure 9)
- Prévoir un dosseret s'élevant un minimum de 0,6 mètre au-dessus du niveau du lavabo et descendant un minimum de 25 cm/10 po sous le niveau du lavabo. Les dosserets devraient être sans joints et couvrir la zone sous les distributeurs de serviettes en papier et de savon.
- Prévoir un distributeur de savon à remplissage unique, des serviettes jetables et une poubelle à pédale pour chaque lavabo.
- Ne pas utiliser un lavabo destiné au lavage des mains à d'autres fins, comme pour laver du matériel ou pour jeter des liquides/déchets.
- Les commandes (robinets) ne devraient pas être manuelles (p. ex., œil électrique, actionnées par le pied ou le coude) et devraient minimiser les éclaboussures.
- Prévoir un évier de chirurgien muni de commandes à mains libres dans tout endroit où ont lieu des interventions chirurgicales.

Figure 8 : IDÉAL
Lavabo non encastré



Figure 9 : NON RECOMMANDÉ
Lavabo intégré à une armoire





Ne pas entreposer de fournitures ou de matériel médical sous un lavabo ou sur un comptoir situé à côté d'un lavabo, car les articles risquent de devenir humides et pourraient moisir.

- Pour de plus amples renseignements sur l'hygiène des mains, consulter le document *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins* du CCPMI à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf.

- Pour de plus amples renseignements sur le programme d'hygiène des mains fondé sur des données probantes de l'Ontario, consulter le document *Lavez-vous les mains*[4] de Santé publique Ontario à l'adresse :http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/JustCleanYourHands/Pages/Just-Clean-Your-Hands.aspx#.UiDBzn_b3Sg.

- Pour connaître les exigences relatives aux lavabos destinés au lavage des mains dans les établissements de soins de santé, consulter le document du Groupe CSA *Z8000-11 Canadian health care facilities*[10], en vente à l'adresse suivante (en anglais) : http://shop.csa.ca/en/canada/health-care-facility-engineering/z8000-11/invt/27033042011/.



Recommandations :

2. ***L'hygiène des mains devrait être assurée en respectant « Les 4 moments où l'on doit se laver les mains » décrits dans le programme ontarien*** **Lavez-vous les mains.**
3. ***Un désinfectant pour les mains à base d'alcool devrait être utilisé puisqu'il s'agit du produit idéal pour nettoyer les mains qui ne sont pas visiblement sales.***
4. ***De l'eau et du savon doivent être utilisés pour nettoyer les mains qui sont visiblement sales. Si on n'a pas accès à de l'eau courante, on doit se servir d'essuie-mains humides pour éliminer la saleté visible, puis d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool.***
5. ***Des lavabos devraient être réservés au lavage des mains uniquement et ne pas être utilisés à d'autres fins, comme pour nettoyer du matériel ou y jeter des déchets liquides.***
6. ***On ne devrait pas porter de bague. Si vous en portez une, elle doit être lisse, sans aucun bosselage.***
7. ***Les fournisseurs de soins de santé ne doivent pas porter d'ongles artificiels, ni de bijoux aux mains et aux bras.***
8. ***Les produits antiseptiques sans alcool et sans rinçage ne devraient pas être utilisés pour se nettoyer les mains dans les établissements de soins de santé.***

C. Équipement de protection individuelle (ÉPI)

Le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) fait partie des pratiques de base visant à prévenir la transmission des micro-organismes des patients au personnel et du personnel aux patients. La sélection de l'ÉPI s'appuie sur la nature de l'interaction entre le fournisseur de soins de santé et le patient et (ou) sur le ou les mode(s) de transmission possible(s) des agents infectieux, selon l'évaluation des risques. L'ÉPI comprend les gants, la blouse et la protection du visage.



L'ordre suivi pour retirer l'ÉPI est très important pour éviter de se contaminer soi-même pendant l'opération.

- Consulter l'Annexe D, *Mise en place et retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)* pour de plus amples renseignements sur l'ordre à suivre pour retirer l'ÉPI.

- Pour de plus amples renseignements sur l'ÉPI, consulter le document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé*[5] du CCPMI à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Fr2012.pdf.

1. Gants

TYPES DE GANTS

Il est préférable d'offrir plus d'un type de gants aux fournisseurs de soins de santé parce que cela leur permet de choisir le type le mieux adapté à leurs activités[11] :

- Utiliser des gants d'examen non stériles de bonne qualité et de la bonne taille pour les soins généraux.
- Utiliser des gants synthétiques (p. ex., en nitrile, néoprène) pour les interventions qui nécessitent des sensations tactiles.
- Utiliser des gants de chirurgie stériles pour les procédés aseptiques.

Les gants en latex ne sont pas recommandés. On a signalé des réactions allergiques aux gants en latex; il faut donc en tenir compte lorsque l'on fait l'achat de gants. Si le fournisseur de soins de santé ou le patient a une allergie au latex, il faut utiliser des gants sans latex.

UTILISATION DES GANTS



Le port des gants ne remplace pas l'hygiène des mains.

UTILISATION APPROPRIÉE DES GANTS

- Portez des gants lorsqu'il y a contact avec des muqueuses, de la peau non intacte, y compris les éruptions cutanées non diagnostiquées, du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excrétions ou du matériel et des surfaces dans l'environnement qui sont contaminés par ces substances.
- Lavez-vous les mains avant de mettre les gants.
- Retirez les gants et jetez-les immédiatement après l'activité pour laquelle ils ont servi. Ne pas réutiliser ni laver les gants.
- Changez de gants entre les soins pour chaque patient.
- Lavez-vous les mains après avoir retiré les gants car il est possible de se contaminer les mains en les enlevant.

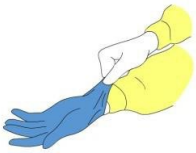


Figure 10 : Mettre les gants

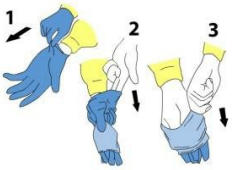


Figure 11 : Retirer les gants

2. Blouses

UTILISATION APPROPRIÉE DES BLOUSES

- Portez une blouse ou un tablier en plastique lorsque vous prodiguez des soins pouvant contaminer la peau ou les vêtements avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excrétions.
- Mettez la blouse immédiatement avant l'activité pour laquelle elle est indiquée.
- Portez la blouse correctement, c.-à-d. bien nouée au cou et à la taille.
- Retirez la blouse immédiatement après l'activité pour laquelle elle a été utilisée.
- Ne réutilisez pas la blouse.
- Lavez-vous les mains après avoir retiré la blouse car vous pourriez vous contaminer les mains en l'enlevant.



Figure 12 : Mettre une blouse



Figure 13 : Retirer une blouse

3. Protection du visage

Le port du masque et de la protection oculaire protège le fournisseur de soins de santé des éclaboussures de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions sur les muqueuses du visage. Les masques et la protection oculaire constituent aussi la base de la protection contre les maladies transmises par gouttelettes comme la grippe (voir *Précautions supplémentaires*).

MASQUES

Le port du masque chirurgical est obligatoire pour effectuer une intervention aseptique ou invasive.

UTILISATION APPROPRIÉE DES MASQUES

- Mettez le masque immédiatement avant l'activité pour laquelle il est indiqué.
- Placez-le sur le nez et la bouche et nouez-le avec les attaches.
- Retirez le masque immédiatement après l'activité pour laquelle il a été utilisé.
- Changez le masque s'il devient mouillé.
- Ne touchez pas au masque quand vous le portez.
- Ne laissez pas le masque autour de votre cou.
- Ne pliez pas le masque ou ne le rangez pas dans une poche.
- Ne réutilisez pas un masque.
- Lavez-vous les mains après avoir retiré le masque.

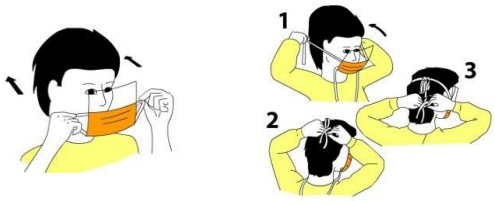


Figure 14 : Mettre le masque

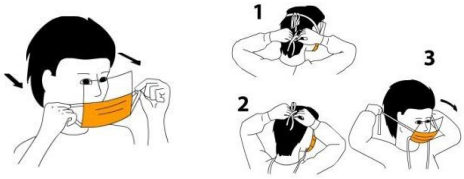


Figure 15 : Retirer le masque

RESPIRATEURS N95

On utilise un respirateur N95 pour ne pas inhaler les petites particules pouvant contenir des agents infectieux présents dans l'air (p. ex., *Mycobacterium tuberculosis* [TB]). Il faut aussi porter un respirateur N95 pour les interventions produisant des aérosols qui, selon les études, exposent le personnel à la tuberculose pulmonaire, notamment :

- l'induction de l'expectoration
- la bronchoscopie diagnostic

Il doit effectuer une évaluation des risques de la situation démographique de la pratique en cabinet ou en clinique pour déterminer s'il est nécessaire d'utiliser un respirateur N95. Si on prévoit rencontrer des patients atteints de la tuberculose pulmonaire ou effectuer des tests diagnostiques (p. ex., une bronchoscopie), il faut mettre en place un programme de protection respiratoire comprenant la vérification de l'ajustement et la

formation de l'utilisateur en matière de contrôle de l'étanchéité. Si l'évaluation des risques indique qu'un respirateur N95 est nécessaire, l'employeur devrait recourir au conseil d'un spécialiste (p. ex., le service de santé au travail d'un hôpital local, la Public Services Health and Safety Association (PSHSA).



La PSHSA collabore avec les employeurs et travailleurs du secteur des services publics de l'Ontario en leur offrant des conseils, de la formation et des ressources en vue de réduire les risques en milieu de travail et éviter les maladies et blessures au travail. Vous trouverez des renseignements supplémentaires à l'adresse : http://pshsa.ca/.



4. Les cabinets et les cliniques qui utilisent des respirateurs doivent mettre en place un programme de protection respiratoire. Le programme doit comprendre une évaluation de la santé, une vérification de l'ajustement du respirateur N95 et une formation du personnel pour lui apprendre à effectuer correctement le test d'étanchéité.

Comme les structures faciales diffèrent, les travailleurs de la santé doivent chacun faire l'objet d'une vérification de l'ajustement pour veiller à ce que le respirateur N95 qu'ils portent soit étanche et qu'il n'y ait aucune fuite entre le joint d'étanchéité et leur visage. Les médecins, comme employeurs, ont le devoir de s'assurer que l'ajustement des respirateurs N95 portés par le personnel infirmier et les employés fait l'objet d'une vérification, si de tels respirateurs seront utilisés dans leur cabinet ou clinique.

UTILISATION APPROPRIÉE DES RESPIRATEURS

- Mettez le respirateur immédiatement avant l'activité pour laquelle il est indiqué.
- Retirez le respirateur aussitôt qu'il est sécuritaire de le faire.
- Utilisez seulement un respirateur dont l'ajustement a été vérifié.
- Effectuez un test d'étanchéité chaque fois que vous mettez un respirateur.
- Changez de respirateur s'il devient mouillé ou sale.
- Retirez le respirateur correctement et jetez-le immédiatement après utilisation.
- Lavez-vous les mains après avoir retiré le respirateur.



Figure 16 : Mettre le respirateur

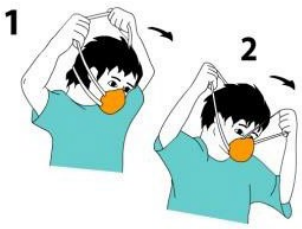


Figure 17 : Retirer le respirateur

➢ Pour de plus amples renseignements sur les exigences d'un programme de protection respiratoire, la vérification de l'ajustement et la vérification de l'étanchéité, consulter le document *Pratiques de base et*

précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé[5] du CCPMI à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Fr2012.pdf.

PROTECTION OCULAIRE

La protection oculaire peut être jetable ou, si elle est réutilisable, elle doit être nettoyée et désinfectée après chaque utilisation. Les lunettes d'ordonnance ne peuvent servir à eux seuls de protection oculaire, mais on peut les porter sous les masques et sous certains types de protection oculaire.

Les lunettes d'ordonnance ne sont pas acceptables comme protection oculaire car les yeux sont exposés aux éclaboussures sur le dessus et les côtés.

La protection oculaire comprend :

- les lunettes de protection
- les lunettes de sécurité
- les protecteurs faciaux
- les visières fixées aux masques.

UTILISATION APPROPRIÉE DE LA PROTECTION OCULAIRE

- Assurez-vous que la protection oculaire est confortable, s'ajuste parfaitement et ne nuit pas à la vision.
- Mettez la protection oculaire immédiatement avant l'activité pour laquelle elle est indiquée.
- Retirez la protection oculaire immédiatement après l'activité pour laquelle elle a été utilisée.
- Retirez la protection oculaire en saisissant les branches et en la tirant vers l'avant, sans toucher au devant de la lunette.
- Jetez la protection oculaire après utilisation ou déposez-la dans le récipient approprié pour le nettoyage et la désinfection.



Figure 18 : Mettre la protection oculaire

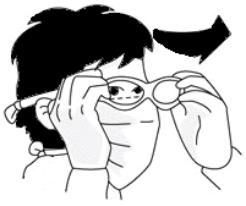


Figure 19 : Retirer la protection oculaire



Recommandations

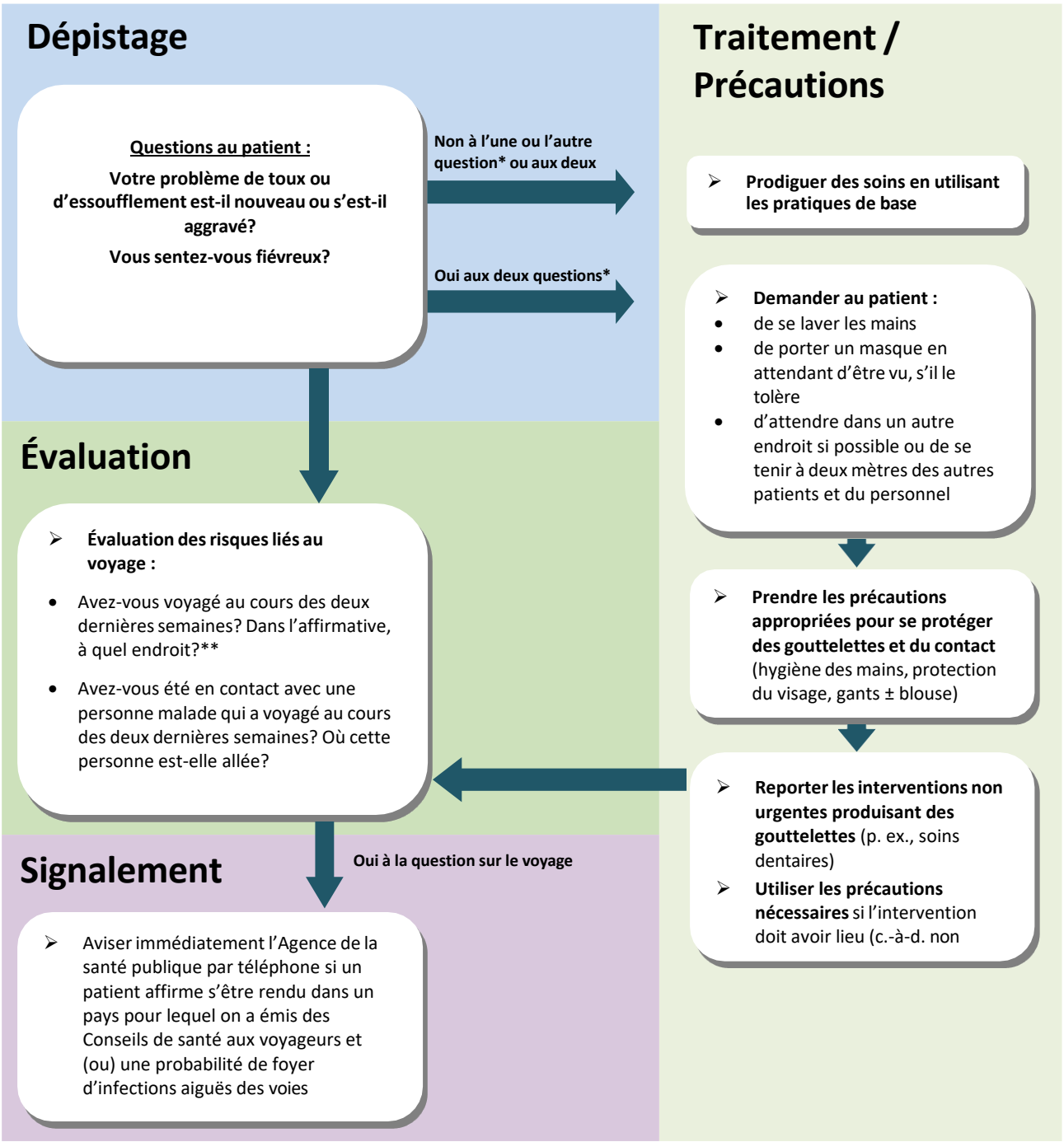
9. ***Des gants devraient être portés s'il est prévu que les mains seront en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excrétions.***
10. ***Une blouse devrait être portée s'il est prévu que les bras et (ou) les vêtements seront en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excrétions.***
11. ***Une protection faciale devrait être portée s'il est prévu que les muqueuses des yeux, du nez et (ou) de la bouche seront en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excrétions.***

D. Prise de rendez-vous, accueil et placement

1. Dépistage des patients pendant la prise de rendez-vous

Dans tous les cabinets et les cliniques, le personnel devrait recueillir des renseignements simples au téléphone lui permettant d'effectuer un triage au moment de la prise du rendez-vous, au besoin (p. ex. rendez-vous le même jour ou le lendemain). L'information recueillie devrait porter sur les symptômes de maladie contagieuse ou d'infection aiguë des voies respiratoires, comme une toux, de la fièvre, des vomissements ou la diarrhée. On peut effectuer un dépistage supplémentaire, selon le groupe de patients (p. ex., varicelle chez les enfants en pédiatrie, conjonctivite pour la clientèle en ophtalmologie). On peut aussi renforcer le triage lorsque des maladies particulières affectent la collectivité.

Voir la **Figure** pour un exemple d'algorithme pour le dépistage des infections aiguës des voies respiratoires.



* Il se peut que les personnes âgées et les personnes immunodéprimées n'aient pas de réaction fébrile à une infection respiratoire, ainsi la présence d'un nouveau problème de toux ou d'essoufflement peut être suffisante pour inciter à prendre plus de précautions.

** Vous trouverez la liste à jour des conseils de santé aux voyageurs à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/pub-fra.php.

Figure 20 : Exemple d'algorithme pour le dépistage des infections aiguës des voies respiratoires

2. Étiquette respiratoire

Les fournisseurs de soins de santé devraient insister auprès des membres du personnel et des patients sur l'importance des mesures personnelles aidant à prévenir la propagation des micro-organismes qui causent des infections respiratoires. Ces mesures personnelles comprennent ce qui suit :

- adopter des mesures de prévention qui auront pour effet de réduire au minimum le contact avec des gouttelettes lorsqu'on tousse ou éternue, comme :
  - détourner la tête des autres
  - se tenir à deux mètres des autres
  - se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir
  - installer une barrière en plexiglas à l'accueil pour protéger le personnel
- jeter immédiatement les papiers mouchoirs utilisés;
- se laver les mains immédiatement après avoir jeté des papiers mouchoirs.

S'il n'y a pas de papiers mouchoirs, on peut utiliser d'autres mesures de prévention (p. ex., éternuer dans sa manche). Voir l'Annexe E pour obtenir un exemple d'affiche sur les précautions à prendre lorsqu'on tousse pour les aires d'accueil

Éléments de l'étiquette respiratoire

- Installer des affiches d'autoévaluation (voir l'Annexe E pour des exemples d'affiches)
- Fournir des masques faciaux aux patients aussi près de l'entrée du cabinet ou de la clinique que possible, avec des directives relatives à leur utilisation et élimination.
- Fournir des papiers mouchoirs et des poubelles.
- Informer les gens qu'ils doivent se couvrir le nez et la bouche lorsqu'ils toussent ou éternuent.
- Mettre du DMBA à la disposition des patients et du personnel.

3. Aires d'accueil



Figure 21 : Exemple d'affiche pour l'accueil (Annexe E)

Une affiche bien visible (Figure 21 et Annexe E) à l'entrée devrait demander aux patients présentant des symptômes d'en aviser la personne à l'accueil.

Si possible, l'aménagement de la salle d'attente devrait permettre d'établir une distance d'au moins deux mètres entre les patients qui ont des symptômes d'infection des voies respiratoires et les autres lorsqu'ils ne peuvent pas être transférés immédiatement dans une salle d'examen. De même, les fauteuils pourraient être placés de sorte que les patients qui toussent ne fassent pas face aux autres patients (p. ex. fauteuils placés dos à dos).

4. Placement

Pour les patients qui présentent des symptômes d'infection aiguë ou qui salissent l'environnement (p. ex., vomissements, incontinence) :

- Leur donner accès à une autre pièce ou les faire entrer dans la salle d'examen aussitôt que possible.
- S'il n'y a pas d'autre local, maintenir une distance d'au moins deux mètres[11] entre le patient qui tousse et les autres dans la salle d'attente, ou placer les fauteuils de façon à ce que les patients qui toussent ne fassent pas face aux autres patients.
- Un masque et de l'information sur l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire devraient être offerts au patient qui tousse.
- Les patients ayant des symptômes d'infection aiguë devraient être évalués aussitôt que possible.

Des précautions supplémentaires devraient être mises en place toutes les fois qu'un patient présente des symptômes d'une maladie contagieuse.

5. Précautions supplémentaires

Les précautions supplémentaires sont les interventions de PCI (p. ex., barrières, hébergement, nettoyage environnemental supplémentaire) qui s'ajoutent aux pratiques de base visant à protéger le personnel et les patients et à interrompre la transmission de certains agents infectieux par contact avec un patient atteint ou possiblement atteint d'une infection.

Les précautions supplémentaires sont fondées sur le mode de transmission (p. ex., contact direct et indirect, voie aérienne ou gouttelettes). Il existe trois catégories de précautions supplémentaires : précautions contre les contacts, précautions contre l'exposition aux gouttelettes et précautions contre la transmission par voie aérienne. La Figure 22 offre des exemples de précautions supplémentaires à utiliser selon le mode de transmission de certaines maladies infectieuses.

PRÉCAUTIONS CONTRE LES CONTACTS	PRÉCAUTIONS CONTRE L'EXPOSITION AUX GOUTTELETTES	PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR VOIE AÉRIENNE
Pour les patients présentant : Organismes antibiorésistants (p. ex., SARM) Vomissements et (ou) diarrhée aigus Drainage non contenu Conjonctivite	Pour les patients présentant : • Coqueluche • Oreillons • Rubéole • Méningite à méningocoques ou d'étiologie inconnue Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes Infection aiguë des voies respiratoires (p. ex., laryngite diphtérique, grippe, VRS, rhumes, bronchiolite, pneumonie, exacerbation aiguë de l'asthme)	Pour les patients présentant : Tuberculose pulmonaire Rougeole Varicelle
▼	▼	▼
Dépistage et gestion des patients • Repérer au triage • Séparer les patients symptomatiques des autres patients dans la salle d'attente ou les transférer dans une chambre individuelle	Dépistage et gestion des patients • Repérer au triage • Masque chirurgical • Transférer dans une chambre individuelle • Étiquette respiratoire • Poser une affiche d'alerte à l'entrée de la chambre, si disponible	Dépistage et gestion des patients • Repérer au triage • Masque chirurgical • Transférer dans une chambre individuelle avec porte pleine (fermée) – ouvrir la fenêtre de la chambre, si possible • Poser une affiche d'alerte à l'entrée de la chambre, si disponible
▼	▼	▼
Réaction de l'intervenant • Hygiène des mains • Gants pour tous les contacts • Blouse, s'il est probable de se salir • Nettoyer et désinfecter le matériel et les surfaces que le patient a touchés avec un désinfectant à faible action après son départ	Réaction de l'intervenant • Hygiène des mains • Masque chirurgical et protection oculaire pour tous les contacts • Nettoyer et désinfecter le matériel et les surfaces que le patient a touchés avec un désinfectant à faible action après son départ	Réaction de l'intervenant • Hygiène des mains • Respirateur N95 si le patient est atteint de tuberculose pulmonaire ou soupçonné de l'être • Respirateur non obligatoire pour la varicelle/rougeole si l'intervenant est immunisé. Seul le personnel immunisé devrait prodiguer des soins

Figure 22 : Exemples de précautions supplémentaires (selon le mode de transmission)

Le respect des pratiques de base et des précautions supplémentaires limitera la transmission des micro-organismes.



Pratiques de base est le terme utilisé pour décrire les normes que vous devez utiliser tout le temps pour prodiguer des soins à tous les patients.

*Les **précautions supplémentaires*** sont ajoutées aux pratiques de base pour offrir une protection accrue contre certaines infections lorsque les modes de transmission ont été ciblés. On les appelait aussi « précautions axées sur la transmission ».

De nombreuses infections pour lesquelles des précautions supplémentaires sont indiquées doivent être déclarées, conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Ces infections doivent être signalées aux bureaux de santé publique afin qu'on puisse procéder à une investigation et à la recherche de cas. Voir à l'Annexe F la liste des maladies à déclaration obligatoire en Ontario.

Si vous croyez qu'il y a éclosion d'une maladie à déclaration obligatoire après avoir observé un groupe de patients atteint d'une infection donnée ou d'un ensemble de symptômes, avisez-en votre bureau de santé publique local. Les fournisseurs de soins de santé de première ligne jouent un rôle essentiel relativement à la prévention des maladies dans leur collectivité locale.

- Pour de plus amples renseignements sur les Précautions supplémentaires, se reporter au document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé*[5] du CCPMI à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Fr2012.pdf.

- Pour trouver les bureaux de santé publique (en anglais) : http://www.phdapps.health.gov.on.ca/PHULocator/.

A. Transmission par contact et précautions

Les précautions contre les contacts sont utilisées en plus des pratiques de base pour se protéger des micro-organismes lorsqu'on craint de contaminer l'environnement ou la peau intacte. La transmission par contact est le mode de transmission le plus courant des agents infectieux. Il existe deux types de transmission par contact:

- il y a transmission par *contact direct* avec le toucher;
- il y a transmission par *contact indirect* lorsque des micro-organismes sont transférés par l'intermédiaire d'objets contaminés.

Les micro-organismes transmis par contact comprennent les organismes antibiorésistants (OA) comme le Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), les entérocoques résistant à la vancomycine (ERV), la bactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu (BPBLSE), les entérobactériacées productrices de la carbapénèmase (EPC); la gale sarcoptique humaine et certains agents des diarrhées infectieuses, comme le *Clostridium difficile* et le norovirus.

Pour les patients atteints d'une infection transmise par contact, tenir compte de ce qui suit :

- Voir le patient à la fin de la journée, si son état clinique le permet.
- Faire un triage rapide des patients symptomatiques afin de les évacuer des salles d'attente communes et de les transférer dans une salle d'examen. Si ce n'est pas possible, tenir le patient à l'écart des autres.
- Porter des gants pour tout contact avec le patient et avec les articles qu'il a touchés. Porter une blouse en cas de contact direct ou si les vêtements risquent d'être salis.
- Lorsque le rendez-vous est terminé, désinfecter tous les plans horizontaux dans la salle d'examen qui ont été en contact avec le patient, de même que le matériel utilisé pour l'examiner (brassard

de tensiomètre, stéthoscope, etc.), avec un désinfectant à faible action ou un chiffon imbibé d'un désinfectant à faible action.

- Il est recommandé de signaler les dossiers médicaux des patients aux prises avec des organismes antibiorésistants pour les reconnaître plus facilement lors des prochaines visites.

B. Transmission par gouttelettes et précautions

Les précautions contre l'exposition aux gouttelettes sont utilisées en plus des pratiques de base pour les patients atteints ou potentiellement atteints d'une infection pouvant être transmise par de grosses gouttelettes infectieuses. Il y a transmission par gouttelettes lorsque des gouttelettes transportant un agent infectieux (p. ex., la coqueluche) sont expulsées des voies respiratoires d'une personne. Les gouttelettes peuvent se propager lorsque la personne parle, tousse ou éternue, ou encore par des interventions pratiquées sur les voies respiratoires (p. ex., succion, bronchoscopie ou thérapies avec aérosol de nébulisation). Ces gouttelettes sont propulsées sur une courte distance (moins de deux mètres) et peuvent pénétrer dans les yeux, le nez ou la bouche de l'hôte ou se déposer sur des surfaces. Selon des études, les gouttelettes expulsées avec force lors d'une toux ou d'un éternuement peuvent être projetées sur une distance atteignant deux mètres[12].

Pour les patients atteints d'une infection transmise par des gouttelettes, tenir compte de ce qui suit :

- Essayer en autant que possible de voir le patient à la fin de la journée, si son état clinique le permet.
- Procéder rapidement au triage afin d'évacuer le patient des salles d'attente communes et de le transférer dans une salle d'examen. Si ce n'est pas possible, tenir le patient à l'écart des autres, à une distance d'au moins deux mètres.
- Remettre un masque facial chirurgical au patient qu'il devra porter en tout temps dans toutes les zones de la clinique. Pour les cliniques où la clientèle enfantine est nombreuse, des masques pour enfants sont maintenant disponibles.
- S'assurer que la personne à l'accueil a des masques, des protections oculaires et un produit d'hygiène des mains à portée de main qu'elle pourra utiliser dès qu'elle reçoit un patient avec qui il faut avoir recours aux précautions contre l'exposition aux gouttelettes.
- Encourager les patients à respecter l'étiquette respiratoire.
- Placer une affiche d'alerte à l'entrée de la salle d'examen.
- Porter un masque chirurgical et une protection oculaire lorsqu'il y a contact direct avec le patient.
- Ajouter les précautions contre les contacts pour prodiguer des soins aux patients atteints d'une infection respiratoire aiguë, car la contamination de l'environnement est probable.

C. Transmission par voie aérienne et précautions

Des précautions contre la transmission par voie aérienne sont observées en plus des pratiques de base pour les patients atteints ou possiblement atteints d'une maladie transmise par voie aérienne.[13]

La transmission par voie aérienne se produit lorsque des particules en suspension dans l'air sont dispersées par les courants d'air puis inhalées par d'autres personnes qui se trouvent à proximité ou peuvent se trouver à une certaine distance du patient source, dans une autre pièce (selon les courants d'air) ou dans la même pièce qu'un patient a quittée, si le renouvellement d'air est insuffisant[13]. Le contrôle de la transmission par voie aérienne nécessite une commande de circulation d'air au moyen de systèmes de ventilation spéciaux et l'utilisation de respirateurs N95[13]. Les micro-organismes transmis par voie aérienne sont la *Mycobacterium tuberculose* (TB), le virus de la varicelle et le virus de la rougeole.



5. Les cabinets et les cliniques qui utilisent des respirateurs doivent mettre en place un programme de protection respiratoire. Le programme doit comprendre une évaluation de la santé, une vérification de l'ajustement du respirateur N95 et une formation du personnel pour lui apprendre à effectuer correctement le test d'étanchéité.

Il faudrait prévoir des mesures particulières pour les patients atteints ou possiblement atteints de tuberculose pulmonaire, du virus de la varicelle (actif ou en période d'incubation) et de la rougeole :

- Essayer en autant que possible de voir le patient à la fin de la journée, si son état clinique le permet.
- Faire un triage rapide afin d'évacuer le patient des salles d'attente communes et le transférer dans une salle d'examen. Si c'est possible, le patient devrait entrer et sortir par une entrée distincte pour se rendre directement dans la salle d'examen et repartir aussitôt la visite terminée.
- Remettre un masque facial chirurgical au patient qu'il devra porter en tout temps dans toutes les zones de la clinique. Pour les cliniques où la clientèle enfantine est nombreuse, des masques pour enfants sont maintenant disponibles à des fins d'acquisition.
- Garder la porte de la salle de traitement ou d'examen fermée. Les visiteurs et le personnel ne devraient pas entrer dans la pièce à moins d'être immunisés contre la maladie (lorsque l'immunisation est possible). Ouvrir une fenêtre dans la pièce si possible.
- Placer une affiche d'alerte sur la porte fermée.
- Le fournisseur de soins de santé qui entre dans la pièce où se trouve le patient doit porter un respirateur N95 dont l'ajustement a été vérifié pour prodiguer des soins aux patients souffrant d'une tuberculose pulmonaire active. Un respirateur N95 n'est pas nécessaire si le dossier médical du fournisseur de soins de santé atteste qu'il est immunisé contre l'infection soupçonnée d'être transmise par voie aérienne, c.-à-d. la varicelle ou la rougeole. Seul le personnel immunisé devrait fournir des soins aux patients atteints de la varicelle ou de la rougeole.
- Laisser suffisamment de temps pour qu'il y ait un changement d'air dans la pièce et que les petits noyaux de gouttelettes disparaissent avant de l'utiliser pour un autre patient (pour la tuberculose) ou pour un patient non vacciné (pour la rougeole et la varicelle). Le temps nécessaire peut être diminué si le patient a porté constamment un masque chirurgical.
- Le nettoyage de base de la pièce ou du matériel est suffisant après l'examen du patient lorsque les précautions contre la transmission par voie aérienne ont été prises.

BUREAUX VISITÉS FRÉQUEMMENT PAR DES PATIENTS SOUFFRANT DE TUBERCULOSE PULMONAIRE ACTIVE

- Il faudrait prévoir l'achat d'un dispositif autonome qui offre une filtration particulaire haute efficacité et empêche la recirculation de l'air potentiellement infectieux en l'évacuant à l'extérieur.
- Le personnel du cabinet ou de la clinique devrait subir un examen cutané annuellement.
- Aviser les bureaux de santé publique s'il y a eu une exposition non protégée à la tuberculose pulmonaire dans votre cabinet ou clinique.
- Les patients soupçonnés d'être atteints de tuberculose pulmonaire ne devraient pas se rendre dans des laboratoires communautaires sans faire une vérification préalable avec le laboratoire.



En moyenne, les systèmes de ventilation des bureaux de médecin effectuent de trois à six changements d'air à l'heure. Il faut compter entre une heure (pour trois changements d'air) et deux heures (pour six changements d'air) pour remplacer 99 p. 100 de l'air dans un cabinet ou une clinique. Par conséquent, le bureau de médecin moyen ne convient pas à la prestation de soins aux patients atteints de tuberculose pulmonaire active.

- Pour de plus amples renseignements sur le temps nécessaire pour évacuer la *M. tuberculosis* d'une pièce, consulter l'Annexe D du document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé*[5] du CCPMI à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Fr2012.pdf.

D. Combinaisons de précautions supplémentaires

Lorsqu'il existe plus d'un mode de transmission pour un micro-organisme en particulier, les précautions observées doivent tenir compte de ces deux modes. Les virus respiratoires, par exemple, peuvent demeurer viables pendant un certain temps sous forme de gouttelettes qui se sont déposées sur des objets dans l'environnement immédiat du patient et peuvent éventuellement se retrouver sur les mains des autres patients ou du personnel. Ces micro-organismes peuvent ensuite être transmis par contact ainsi que par une exposition aux gouttelettes. Par conséquent, des précautions contre les contacts et contre l'exposition aux gouttelettes doivent être prises.

Des précautions contre l'exposition aux gouttelettes et contre les contacts devraient être prises lorsque les patients souffrent d'un rhume, d'une laryngite diphtérique, d'une grippe, d'une pneumonie d'étiologie inconnue, de pharyngite (chez l'enfant), d'un virus respiratoire syncytial (VRS) et d'infections aiguës des voies respiratoires d'étiologie inconnue. Si l'on soupçonne qu'une même personne déjà atteinte de tuberculose est également infectée par un virus respiratoire, on doit recourir à une combinaison de précautions contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts.

Lorsque le rendez-vous est terminé, désinfecter tous les plans horizontaux dans la salle d'examen qui ont été en contact avec le patient, de même que le matériel utilisé pour l'examiner (brassard de tensiomètre, stéthoscope, etc.), avec un désinfectant à faible action ou un chiffon imbibe d'un désinfectant à faible action.

E. Organismes antibiorésistants (OA)

La colonisation et l'infection par des souches de bactéries qui sont résistantes aux antibiotiques courants (p. ex., SARM, ERV, BPBLSE, EPC) sont de plus en plus fréquentes dans les soins de santé, y compris dans les établissements de santé communautaire, de soins actifs et de longue durée. Ces patients/résidents peuvent nécessiter un suivi ou des soins intermédiaires dans le cabinet d'un médecin. Il est donc important de savoir comment les OA peuvent être transmis et de connaître les précautions qui peuvent être prises pour limiter leur transmission.

1. Gestion des antimicrobiens

De nombreux OA sont associés à l'utilisation d'antibiotiques. Par exemple, le risque d'infection au SARM a été relié à la durée et à la fréquence d'utilisation antérieure d'antibiotiques[14, 15]. En outre, on croit que l'usage excessif d'antibiotiques favorise la transmission du SARM en diminuant la résistance à la colonisation chez les patients et en donnant aux souches résistantes des chances de survie.

Une gestion efficace des antibiotiques comprend les mesures suivantes :

- éviter les traitements aux antibiotiques et les prophylaxies inappropriés ou excessifs
- s'assurer que le dosage des antibiotiques est correct et leur durée appropriée
- réduire l'utilisation des antibiotiques à large spectre, en particulier les céphalosporines de 3^{e} génération et les fluoroquinolones, à ce qui est approprié sur le plan clinique.

➢ Pour de plus amples renseignements sur le programme ontarien de gestion des antimicrobiens destiné aux hôpitaux, consulter le site suivant : http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/AntimicrobialStewardshipProgram/Pages/Antimicrobial-Stewardship-Program.aspx#.VUedMZPth68.



Les mains temporairement colonisées des fournisseurs de soins sont le plus important mode de transmission des micro-organismes antibiorésistants dans la pratique en cabinet et en clinique. Ils attrapent ces micro-organismes au contact des patients colonisés ou infectés, ou après avoir manipulé du matériel contaminé.

2. Communication

Une bonne communication avec les autres établissements de soins de santé relativement à l'état du patient qui a été, ou qui sera, en contact avec eux est importante :

- Si l'on découvre qu'un patient est infecté par un OA après avoir reçu son congé, le patient ou le médecin de famille doit être avisé des résultats.
- Si l'on découvre qu'un individu est entré en contact avec un patient infecté par un OA après son transfert dans une autre installation ou après son congé, l'établissement de santé d'accueil, le médecin de famille ou le médecin en chef doit être avisé de l'exposition afin de prendre des décisions quant à un suivi supplémentaire.
- Si un médecin de famille découvre qu'un patient est infecté d'un nouveau OA après une récente hospitalisation/avant son hospitalisation ou son admission dans un établissement de soins de longue durée, il doit aviser l'établissement d'accueil des résultats.

La divulgation de l'état d'un patient à d'autres fournisseurs de soins doit être effectuée conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPD), accessible à l'adresse : http://www.ontario.ca/fr/lois/loi/04p03.



La LPRPD prévoit qu'il y a consentement implicite s'il existe des motifs raisonnables de croire que la divulgation de renseignements personnels sur la santé éliminera ou réduira un risque considérable de préjudice à autrui. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter la brochure sur la divulgation de renseignements personnels sur la santé à des fins médicales du commissaire à l'information et à la vie privée intitulée *Cercle de soins*, et accessible à l'adresse : http://www.ipc.on.ca/images/Resources/circle-of-care-fr.pdf.

3. Collecte d'échantillons

Si un patient a des antécédents d'infection par un OA ou est entré en contact avec un patient infecté par un OA et qu'il nécessite un dépistage de suivi, des échantillons appropriés devraient être prélevés.
SARM : les échantillons comprennent :

- l'écouvillonnage des deux narines;
  ET
- l'écouvillonnage de la région périanale ou périnéale, ou de l'aine (de la région périanale de préférence);
  ET
- un ou des écouvillonnages des lésions cutanées, plaies, incisions, ulcères et points d'émergence cutanés des dispositifs à demeure, le cas échéant, à l'aide d'une technique aseptique s'il y a lieu.

ERV : Faire un écouvillonnage rectal pour le dépistage. Si le patient a subi une colostomie, l'échantillon des ERV peut être prélevé à cet endroit.
BPBLSE : Le prélèvement pour un dépistage de la BPBLSE est un écouvillonnage rectal ou un échantillon de selle. Un échantillon d'urine peut aussi être envoyé dans certaines situations (p. ex., patient cathétérisé).
EPC : Le prélèvement principal pour le dépistage des EPC et un écouvillonnage rectal ou un échantillon de selle. Les échantillons d'urine et les écouvillonnages de plaies ouvertes peuvent aussi être indiqués.

4. SARM d'origine communautaire (SARM-C)

Si un SARM d'origine communautaire (SARM-C) est soupçonné, on devrait envisager d'effectuer des cultures des furoncles, des abcès ou autres lésions cutanées récurrents en plus des cultures périanales, périnéales et des narines. Chez les enfants et les jeunes, il est possible que les prélèvements de gorge présentent une plus grande sensibilité que les prélèvements nasaux pour le dépistage du SARM.

Pour un algorithme du dépistage des patients infectés au SARM-C, consulter L'Annexe G, la fiche de renseignements de Santé publique Ontario sur le *Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C).*

- Pour de plus amples renseignements sur les OA, consulter l'*Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants (OA) dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI[16] à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC-IPC_Annex_A_Screening_Testing_Surveillance_AROs_2013_FR.pdf.



Recommandation

12. Des précautions supplémentaires devraient être prises, en plus des pratiques de base, avec les patients ayant ou soupçonnés d'avoir des étiologies infectieuses.

6. Médicaments, vaccins et antisepsie cutanée

A. Principes généraux

Les principes généraux relatifs à l'utilisation et à l'entreposage des médicaments englobent ce qui suit :

- Les médicaments devraient être entreposés uniquement dans des endroits dont l'accès est doté d'un dispositif de sécurité et interdit aux personnes non autorisées.
- Prévoir des installations pour se laver les mains dans les aires de préparation des médicaments.
- Fournir au point de service un contenant antiperforation pour objets pointus et tranchants.
- Entreposer et préparer les médicaments et le matériel dans un endroit et sur un plan propres.
- Dater les contenants ouverts de solutions stériles et jeter toutes les 24 heures et (ou) selon les directives du fabricant.
- Jeter les médicaments périmés. Il devrait y avoir une procédure en place pour vérifier les dates de péremption avant l'utilisation.

Voir l'Annexe H pour obtenir une liste de vérification pour une utilisation sécuritaire des médicaments.

B. Administration sécuritaire des préparations injectables

La transmission par le sang de virus et d'autres pathogènes microbiens aux patients pendant les procédures courantes de soins se produit toujours en raison du fait que des fournisseurs de soins de santé dans diverses cliniques ont recours à des pratiques non sécuritaires et inadéquates relativement aux injections, aux infusions et aux flacons de médicaments[16-20].

Les méthodes suivantes devraient être suivies pour préparer et administrer les médicaments injectables :

1. Technique aseptique

- Se laver les mains avant de toucher au matériel, de manipuler les flacons et les solutions intraveineuses et de préparer et administrer les médicaments.
- Utiliser une technique aseptique pour tout ce qui a trait à l'administration d'un médicament parentéral, à l'utilisation des flacons, aux injections et aux procédures de surveillance de la glycémie. Limiter l'accès à des personnes formées triées sur le volet, si possible.
- Ne jamais administrer de médicament à l'aide d'une même seringue à plus d'un patient, et ce, même si l'aiguille est changée entre les patients.
- Ne jamais entreposer les aiguilles et les seringues sans les envelopper car leur stérilité ne serait pas garantie.
- Ne jamais préparer à l'avance des ensembles pour perfusion. Lorsqu'il est préparé, l'ensemble devrait être couvert.
- Ne pas utiliser de sacs de solution intraveineuse comme source commune d'approvisionnement auprès de patients multiples.

2. Flacons à dose unique

Les flacons à dose unique, conçus pour être utilisés par un seul patient, ne contiennent habituellement pas d'agent de conservation. L'utilisation de ces flacons auprès de patients multiples s'accompagne de risques considérables de contamination et d'infection bactériennes.

- Ne pas réutiliser les flacons à dose unique. On devrait y insérer l'aiguille une fois, puis le jeter immédiatement.
- Insérer toujours une seringue et une aiguille/canule stériles dans le flacon. Ne jamais insérer dans un flacon une seringue ou une aiguille/canule qui a déjà servi pour un patient.
- Ne jamais combiner ou mélanger les restes des flacons à dose unique.

3. Flacons à doses multiples

Les éclosions associées à l'utilisation des flacons à doses multiples sont fréquentes dans les milieux hospitaliers et de consultation externe, et continuent de se produire en Ontario. Toute erreur en matière de respect des protocoles sur l'utilisation judicieuse des flacons à doses multiples peut entraîner la transmission de pathogènes viraux de source bactérienne ou à diffusion hématogène. La transmission de l'hépatite C17-21-23, de l'hépatite B24, et du VIH25, ont été associés à l'usage de flacons à doses multiples17-21-25.

L'utilisation de flacons à doses multiples pour l'administration de médicaments et de vaccins injectables augmente le risque de transmission de pathogène à diffusion hématogène et de contamination bactérienne des flacons, et devrait être évitée. La sécurité des patients devrait avoir priorité sur les considérations relatives au coût au moment de choisir entre l'utilisation d'un flacon à dose unique et l'utilisation d'un flacon à doses multiples.

Si on choisit d'utiliser un flacon à doses multiples, les recommandations suivantes doivent être mises en pratique chaque fois qu'on utilise le flacon :

- Toutes les aiguilles doivent être RÉSERVÉES À UN SEUL PATIENT.
- Toutes les seringues doivent être RÉSERVÉES À UN SEUL PATIENT.
- Ne jamais réinsérer une aiguille/seringue qui a été utilisée dans un flacon.
- Une fois le médicament aspiré, l'aiguille devrait IMMÉDIATEMENT être retirée du flacon. AUCUNE aiguille ne devrait être laissée dans un flacon à des fins d'utilisation avec une nouvelle seringue.
- Dans la mesure du possible, utiliser les flacons à doses multiples auprès d'un seul patient et inscrire le nom du patient sur le flacon.
- Indiquer sur tout flacon à doses multiples la date de sa première utilisation et s'assurer de jeter le flacon au moment approprié.
- Respecter les techniques aseptiques au moment de manipuler des flacons à doses multiples. Les flacons à doses multiples devraient être manipulés sur une surface propre sur laquelle n'a été placé ni conservé aucun matériel souillé, usagé ou potentiellement contaminé. Frotter la membrane d'accès des flacons avec de l'alcool à 70 %. Laisser sécher avant d'insérer une nouvelle aiguille ou seringue dans le flacon.
- Jeter immédiatement le flacon à doses multiples si sa stérilité est mise en doute ou a été compromise, ou si le flacon ne porte pas sa date de première utilisation ou le nom du patient.
- Passer en revue le dépliant du produit pour connaître la durée d'utilisation recommandée après pénétration du flacon à doses multiples. Jeter les flacons à doses multiples en suivant les directives du fabricant ou 28 jours après leur ouverture30, selon la période la plus courte*.

  * Des exceptions peuvent être envisagées dans le cas de flacons à doses multiples utilisées auprès d'un seul patient (p. ex., administration d'immunothérapie) si les directives du fabricant stipulent que le flacon peut être utilisé pour une période supérieure à 28 jours. Toutes les étapes susmentionnées doivent être suivies et le flacon doit être utilisé auprès d'un seul patient.



L'utilisation de flacons à doses multiples accroît le risque de transmission d'agents pathogènes transmissibles par le sang ainsi que la contamination bactérienne. Il est TOUJOURS préférable d'utiliser un flacon à dose unique.

C. Réfrigérateurs

Dans un cabinet et une clinique, il pourrait être nécessaire de se procurer au moins trois réfrigérateurs qui auront chacun un usage précis :

- Un réfrigérateur pour les échantillons.
- Un réfrigérateur pour les vaccins et les médicaments.
- Un réfrigérateur pour les aliments (p. ex., repas du personnel, boissons).

Les aliments devraient être conservés à une température d'au plus de 4 °C. Les thermomètres, si on en utilise, devraient être placés près du centre du réfrigérateur (pas dans la porte).

Idéalement, le réfrigérateur pour les vaccins est doté d'un système d'alarme et d'une batterie de secours. Les exigences suivantes relatives au réfrigérateur pour les vaccins doivent être satisfaites :

- Si la pratique du médecin est nouvelle, prévoir une inspection du réfrigérateur par le bureau local de santé publique avant de commander et de recevoir des vaccins financés par les deniers publics.
- Munir les réfrigérateurs servant à la conservation des vaccins d'un dispositif de mesure de la température (p. ex. thermomètre à maxima et minima, enregistreur de données) pour s'assurer que les vaccins n'ont pas été exposés à une température se situant à l'extérieur de la plage recommandée. Placer le dispositif de mesure de la température sur la tablette du milieu et, le cas échéant, dans une boîte de vaccins vide pour le protéger des courants d'air soudains.
- Consigner les températures maximale, minimale et actuelle deux fois par jour dans un Registre des températures (disponible dans les bureaux de santé publique ou au Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario (SAMPGO).
- Garder les réfrigérateurs à une température se situant entre 2 °C et 8 °C. Si l'on constate que les températures du réfrigérateur s'écartent de ces valeurs, en aviser le bureau local de santé publique pour faire évaluer l'activité des vaccins.
- Dégivrer les réfrigérateurs en suivant un calendrier régulier ou lorsqu'il y a au moins un centimètre de glace d'accumulée.
- Transférer les vaccins dans un autre réfrigérateur ou dans un contenant isotherme pendant le dégivrage.
- Nettoyer le ou les réfrigérateurs servant à la conservation des vaccins selon un calendrier régulier et désinfecter avec un désinfectant approuvé pour les hôpitaux.
- Garder les congélateurs à une température de moins de 15 °C.

➢ Pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide sur la conservation et la manutention des vaccins*[31] du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2012) à l'adresse suivante : www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/guide_vaccine_handling_storage_fr.pdf.

D. Vaccins

Dans les cabinets et cliniques où l'on administre régulièrement des vaccins, le personnel devrait être dûment formé et posséder les compétences nécessaires en matière de manipulation, d'administration et de conservation des vaccins qui sont utilisés.

- Pour de plus amples renseignements sur la conservation et la manipulation des vaccins, consulter le *Guide sur la conservation et la manutention des vaccins*[31] du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2012) à l'adresse suivante : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/guide_vaccine_handling_storage_fr.pdf.

Afin de s'assurer que les vaccins administrés aux patients sont pleinement efficaces, il faut respecter les exigences suivantes[26] :

- Élaborer des politiques et procédures pour la manipulation et la conservation des vaccins.
- Suivre les directives du fabricant du vaccin relatives à la conservation et à la manipulation.
- Ne pas stocker plus d'un mois d'approvisionnement en vaccins. Placer les vaccins dont la date de péremption est la plus rapprochée devant les autres.
- Réfrigérer les vaccins à une température située dans les limites de température prévues par le fabricant.
- Conserver les vaccins sur la tablette du milieu du réfrigérateur, et non dans la porte.
- Ne pas laisser les vaccins à l'extérieur du réfrigérateur, sauf pour préparer la seringue.
- Protéger les vaccins de la lumière.
- Ne pas préparer les doses de vaccin à l'avance en remplissant les seringues au préalable ou en laissant les seringues prêtes sur le comptoir.
- Vérifier la date de péremption des vaccins régulièrement. Vérifier la date de péremption avant l'utilisation.
- Retourner les vaccins non utilisés ou périmés au bureau de santé publique local, au SAMPGO ou au fournisseur.
- S'il y a une raison de croire que les vaccins ont été exposés à des températures hors des valeurs exigées durant leur entreposage, aviser le fournisseur (c.-à-d. le bureau local de santé publique, le SAMPGO, le fabricant) pour faire évaluer leur efficacité.

E. Solutions d'irrigation stériles

- Vérifier la date de péremption des solutions avant chaque utilisation.
- Jeter les bouteilles ouvertes à la fin de chaque journée.
- Utiliser de petites bouteilles, si possible, et conserver en suivant les recommandations du fabricant.

F. Onguents et gouttes ophtalmiques

- Utiliser de préférence les gouttes oculaires à dose unique.
- Jeter les gouttes oculaires à doses multiples et les onguents en suivant les directives du fabricant.
- Refermer les contenants d'onguent et de gouttes immédiatement après utilisation.
- Jeter les médicaments ophtalmiques immédiatement s'il y a possibilité qu'ils aient été contaminés.

- Le bout du tube ou du distributeur ophtalmique ne devrait pas toucher la conjonctive du patient ni entrer en contact avec des larmes. Si cela se produit, l'article est considéré comme contaminé et doit être jeté.

G. Agents antiseptiques pour l'antisepsie cutanée

Un « antiseptique » est une substance antimicrobienne qui peut être utilisée sur la peau ou les tissus d'une personne. On utilise également les antiseptiques pour préparer la peau des patients avant les interventions invasives. Pour être efficaces, les agents antiseptiques doivent avoir le temps de sécher après leur application. Le choix de l'antiseptique dépendra de son usage, p. ex. une phlébotomie ou la prévention des infections du site opératoire.

Les antiseptiques suivants sont utilisés pour la préparation de la peau :

- Gluconate de chlorhexidine à 2 p. 100 dans de l'alcool isopropylique à 70 p. 100
- Alcool isopropylique à 70 p. 100
- Gluconate de chlorhexidine à 2 % avec alcool à 4 p. 100 comme agent de conservation
- Povidone-iode à 10 p. 100 suivi d'alcool isopropylique à 70 p. 100
- Gluconate de chlorhexidine à 4 p. 100 (préparation préopératoire)

H. Gels médicaux

Pour de l'information sur l'utilisation appropriée des gels médicaux, se reporter à la position[27] de CHICA-Canada à l'adresse suivante (en anglais) : http://www.chica.org/pdf/medgels.pdf.

I. Dépistage aux points de service

Le dépistage aux points de service a trait aux tests que l'on effectue à l'extérieur d'un laboratoire médical au moyen de trousses d'analyse et (ou) d'appareils portatifs pour examiner des échantillons de sang, de salive ou d'urine. On a relevé des cas d'infections qui étaient en lien avec la réutilisation de dispositifs de prélèvement de sang au bout du doigt (p. ex., glucomètres) entre les patients[34-37].

- Les dispositifs de prélèvement de sang capillaire au bout du doigt, aussi appelés autopiqueurs, ne doivent jamais être partagés, même avec des membres de sa famille et des amis proches. Cette directive concerne à la fois la lancette (c.-à-d. l'instrument tranchant qui perce la peau), le porte-lancettes et le dispositif de la forme d'un stylo dans lequel se loge la lancette.

- Lorsque c'est possible, les dispositifs de lecture des valeurs sanguines, comme les glucomètres, ne devraient pas être partagés. S'il faut les partager, le dispositif devrait être nettoyé et désinfecté après chaque utilisation en suivant les directives du fabricant. Si le fabricant n'indique pas comment le dispositif devrait être nettoyé et désinfecté avant de passer à un nouveau patient, ou si l'étiquette indique qu'il ne doit pas être utilisé par plus d'un patient, il ne faut alors pas le partager.



Recommandations

13. ***Les seringues et aiguilles qui ont été utilisées auprès d'un patient ne doivent jamais être réinsérées dans un flacon ou utilisées pour retirer le médicament d'un flacon.***
14. ***Les seringues ne doivent pas être réutilisées.***
15. ***Les flacons à dose unique ne doivent pas être réutilisés et les restes des flacons à dose unique ne doivent être combinés.***
16. ***Les seringues ne doivent pas être remplies à l'avance pour être utilisées plus tard.***
17. ***Les flacons à doses multiples ouverts doivent être éliminés en suivant les directives du fabricant ou 28 jours après ouverture, selon la période la plus courte.***
18. ***Les directives du fabricant des vaccins et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée relatives à la conservation et à la manipulation des vaccins doivent être suivies.***

7. Contrôle de l'environnement

A. Nettoyer l'environnement

Maintenir l'environnement propre et sécuritaire dans le milieu des soins de santé est essentiel à la prévention et au contrôle des infections (PCI) et fait partie intégrante de la sécurité des patients et du personnel. Le nettoyage et la désinfection des lieux devraient être faits de façon systématique et cohérente afin d'offrir un environnement sécuritaire et hygiénique. La responsabilité en matière de nettoyage doit être clairement définie et bien comprise.

1. Principes généraux de nettoyage de l'environnement

Pour le nettoyage et la désinfection des surfaces dans l'environnement, la clé est d'utiliser la friction (« l'huile à bras ») pour éliminer les micro-organismes et les débris. La saleté visible doit être nettoyée des surfaces avant la désinfection, car les matières organiques peuvent inactiver un désinfectant.

- On trouvera les pratiques générales à observer dans tous les cabinets et cliniques et pour tous les types de nettoyage dans le document du CCPMI *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections*[38] à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012_FR.pdf .

  - Pour connaître les pratiques de nettoyage de l'environnement à suivre en milieu de soins dentaires, se reporter aux lignes directrices de l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (en anglais) intitulées *Infection Prevention and Control in the Dental Office*[39] et accessibles à l'adresse : http://www.rcdso.org/save.aspx?id=ab90c89d-dcf4-4a2c-9a8a-bb91a316b6a0.

  - Consulter la trousse de nettoyage environnemental (en anglais) des Réseaux régionaux de contrôle des infections pour de l'information sur les programmes de formation, les pratiques et les outils pour le nettoyage environnemental dans les cabinets et les cliniques à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/ServicesAndTools/Tools/Pages/Trousse_de_nettoyage_de_l%27environnement.aspx#.

Les cabinets et les cliniques peuvent être divisés en trois composantes aux fins du nettoyage de l'environnement[38] :

- La **composante *aire publique*** est constituée des lieux publics du cabinet ou de la clinique où aucun soin n'est prodigué aux patients. Elle comprend les salles d'attente, les bureaux, les corridors et les aires de service. Les zones faisant partie des aires publiques sont nettoyées avec un détergent.
- La **composante *clinique*** est constituée des lieux où l'on prodigue des soins aux patients. Elle comprend, entre autres, les salles d'examen, les salles de radiologie, les salles de bains ainsi que les locaux destinés aux diagnostics et aux traitements. Les aires faisant partie de la composante clinique sont nettoyées avec un détergent puis désinfectées avec un désinfectant approuvé pour les hôpitaux. Les surfaces qui sont souvent touchées peuvent nécessiter un nettoyage plus fréquent.

  - Pour obtenir de plus amples renseignements sur la fréquence de nettoyage et les surfaces à contact fréquent, voir l'Annexe I du document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections*

dans tous les établissements de soins de santé, accessible à :
http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012_FR.pdf

- La **composante *chirurgie*** est constituée des lieux destinés aux interventions chirurgicales et invasives. Ces aires faisant partie de la composante chirurgie sont nettoyées et désinfectées dans le respect des normes fixées par l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC)[34].

Le nettoyage de l'environnement de ces trois endroits doit être classé par catégories et on doit y attribuer des ressources différentes en fonction de la priorité, de l'intensité, de la fréquence du nettoyage et de la main-d'œuvre nécessaire.



Les surfaces souvent touchées dans le milieu immédiat d'un patient peuvent constituer un réservoir pour des pathogènes, lesquels sont transmis directement ou indirectement par les mains des travailleurs de la santé. Le nettoyage et la désinfection sont habituellement faits au moins une fois par jour, et plus souvent si le risque de contamination environnementale est plus élevé (p. ex., dans les salles d'endoscopie).



Au moment d'engager une entreprise pour nettoyer le cabinet ou la clinique, s'assurer qu'elle sera en mesure de respecter les normes exigées dans le milieu des soins de santé.

2. Surfaces et finitions

La facilité de nettoyage est un aspect important dont doit tenir compte un cabinet ou une clinique dans le choix des matériaux. Cela s'applique au matériel médical et à toutes les finitions et les surfaces, y compris les planchers, les plafonds, les murs et les meubles. Voici certains aspects dont il faut tenir compte pour choisir les meubles et le matériel dans le but de prévenir et de contrôler les infections :

- Choisir des finitions, des meubles et du matériel qui peuvent être nettoyés avec un désinfectant.
- Éviter les meubles qui ont des coutures, des pores (p. ex., tissu), des charnières et qui sont faits en bois.
- S'assurer que les produits pour nettoyer et désinfecter sont compatibles avec les articles et les surfaces à nettoyer.
- Repérer les articles endommagés qui ne peuvent plus être nettoyés. Remplacer dès que possible les articles usés, tachés ou déchirés.

3. Principes de nettoyage et de désinfection



Le nettoyage est l'élimination de corps étrangers (p. ex., poussière, saleté, substances organiques comme le sang, les sécrétions, les excrétions et les micro-organismes) d'une surface ou d'un objet. Le nettoyage enlève physiquement les micro-organismes au lieu de les détruire, en en diminuant la quantité sur une surface à l'aide d'eau, de détergent et d'une action mécanique. **Un nettoyage rigoureux est obligatoire pour tout le matériel à désinfecter** car les matières organiques peuvent rendre inactif un désinfectant.

La désinfection est le processus utilisé sur les objets et surfaces inanimés pour détruire les micro-organismes. La désinfection détruira la plupart des micro-organismes causant des maladies, mais n'éliminera peut-être pas toutes les spores bactériennes.

Les règles de nettoyage d'un cabinet et d'une clinique comprennent le nettoyage et la désinfection quotidiens des surfaces et objets avec un nettoyant pour surfaces approuvé et un désinfectant à faible action approuvé pour les hôpitaux. Les salles d'examen devraient être ordonnées afin d'en faciliter le nettoyage. Les surfaces dans les bureaux et les salles d'attente doivent être **nettoyées et désinfectées immédiatement** lorsqu'on y voit des traces de sang ou d'autres liquides organiques, excrétions ou sécrétions (p. ex., tables d'examen, planchers, toilettes).



Les agents nettoyants et désinfectants peuvent être réunis en un seul produit, ce qui élimine une étape dans le processus. Les antiseptiques cutanés (p. ex., DMBA, gluconate de chlorhexidine) ne doivent jamais être utilisés comme désinfectant pour l'environnement.

DÉSINFECTANTS DE QUALITÉ HOSPITALIÈRE (À FAIBLE ACTION)

Voici quelques désinfectants de qualité hospitalière à utiliser dans les cabinets et les cliniques :

- Alcool (éthylique ou isopropylique dont la concentration est de 70 % à 95 %)
- Chlore
  - Hypochlorite de sodium à 5,25 % (eau de Javel) à 1 000 ppm (c'est-à-dire, 1 partie d'eau de Javel dans 50 parties d'eau); pour obtenir plus d'information sur l'usage d'eau de Javel à des fins de désinfection, consulter le Calculateur de dilution du chlore de SPO.
  - Hypochlorite de calcium
- Phénolique (ne doit pas être utilisée sur les jouets ou le matériel venant en contact avec les bébés)
- Composé d'ammonium quaternaire
- Peroxyde d'hydrogène à action améliorée

4. Choisir et utiliser les produits de nettoyage et de désinfection

Les détergents éliminent les matières organiques et dissolvent la graisse ou l'huile. Le matériel et les surfaces dans le cabinet et la clinique doivent être nettoyés avec des détergents et des désinfectants de qualité hospitalière. Le nettoyage et la désinfection du matériel doivent être faits aussitôt que possible après que les articles ont été utilisés.

Une variété de produits provenant d'un grand nombre de fournisseurs peuvent être utilisés pour un nettoyage efficace. Il est important de suivre les directives du fabricant lorsqu'on utilise les agents nettoyants et désinfectants.

Les produits nettoyants et désinfectants de qualité hospitalière :

- doivent avoir un numéro d'identification du médicament (DIN) de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/databasdon/index-fra.php) s'ils contiennent un désinfectant;
- doivent être utilisés conformément aux recommandations du fabricant en ce qui concerne la dilution, la température, la dureté de l'eau et le temps de contact;
- doivent être utilisés en conformité avec la fiche signalétique santé-sécurité du produit.

Le matériel non invasif (touche seulement à de la peau intacte) (**Tableau**) devrait être désinfecté avec un chiffon et un désinfectant à faible action, en accordant le temps de contact recommandé par le fabricant.

Après la désinfection, l'article devrait être rincé ou essuyé avec de l'eau, pour éliminer le désinfectant résiduel, puis séché avant utilisation.

On peut utiliser des lingettes désinfectantes avec les articles qu'on ne peut immerger, mais il peut être difficile d'atteindre le bon temps de contact. Le principal fournisseur de soins peut aussi utiliser des lingettes désinfectantes pour nettoyer les petits articles non invasifs entre les patients (p. ex., stéthoscope, brassard de tensiomètre).

5. Nettoyage entre les patients

Le matériel médical qui entre seulement en contact avec la peau intacte d'un patient et qui est utilisé entre les patients nécessite un nettoyage et une désinfection partielle après chaque utilisation. Voir le **Tableau** pour les articles qui doivent être nettoyés entre chaque patient.

Les autres articles qui entrent en contact avec le patient devraient être remplacés ou jetés entre chaque patient (p. ex., papier couvrant la table d'examen, couvre-étriers).

6. Nettoyage de fin de journée

Les cabinets et les cliniques devraient être complètement nettoyés à la fin de chaque journée. Les ordures devraient être ramassées (voir *Déchets*), les planchers lavés et les tapis nettoyés à l'aspirateur. Les fournitures devraient être remplacées au besoin (p. ex., savon, DMBA, serviettes en papier, papier de toilette, ÉPI) et les contenants pour objets tranchants devraient être scellés, retirés et remplacés s'ils sont pleins. Les articles qui sont souvent touchés (p. ex., poignées de porte, téléphones) devraient être nettoyés et désinfectés, tandis que les articles qui ne sont pas touchés fréquemment doivent seulement être nettoyés. Voir le **Tableau** pour les articles qui devraient être nettoyés à la fin de la journée.

7. Calendrier de nettoyage

Les articles qui ne sont pas touchés fréquemment et qui ne sont pas susceptibles d'être contaminés par du sang ou des liquides organiques ne nécessitent pas un nettoyage quotidien. Ils devraient cependant être nettoyés et désinfectés périodiquement selon un calendrier. Voir le **Tableau** pour les articles qui nécessitent un nettoyage régulier.

Tableau 1 : Fréquence de nettoyage des articles pour la pratique en cabinet et en clinique

Nettoyer entre chaque patient	Nettoyer à la fin de la journée et lorsqu'il y a traces de saleté	Nettoyer selon un calendrier fixe et lorsqu'il y a traces de saleté
• Accoudoirs des chaises • Lits (p. ex., table d'examen) • Brassard de tensiomètre • Dispositifs de surveillance électroniques, si partagés (p. ex. glucomètre) • Imageurs (p. ex., transducteurs à ultrasons, plaques pour mammographie, cassettes)	• Salles de bains • Tapis (à l'aspirateur) • Chaises, canapés • Poignées de porte • Planchers • Interrupteurs de lampe • Miroirs • Lampes et lumières des patients • Pèse-personnes (verticaux) • Tables	• Appareils électroménagers (réfrigérateurs, micro-ondes, cafetières) • Plinthes • Tapis (nettoyage à la vapeur) • Plafonds et évents • Surfaces extérieures des machines et du matériel • Meubles des bureaux (p.

- Ophtalmoscope
- Matériel orthopédique (p. ex., béquilles)
- Otoscope
- Marteau à réflexe
- Pèse-personnes (pour bébés)
- Stéthoscope
- Jouets
- Appareils de transport (p. ex., fauteuils roulants)

- Téléphones
- Articles installés au mur (p. ex., distributeurs de savon et de DMBA, supports à serviettes en papier, supports de boîtes de gants)

ex., bureaux, armoires, étagères)
- Machines à glaçons
- Tiges pour intraveineuses
- Casiers
- Rideaux de séparation
- Radiateur
- Stérilisateurs
- Télévisions
- Coffres et armoires à jouets
- Murs
- Climatiseurs de fenêtre
- Fenêtres, appuis de fenêtre, couvre-fenêtres

8. Nettoyage des déversements de liquide organique

Les déversements de sang et d'autres substances organiques, comme l'urine, les selles et les vomissements, doivent être contenus et nettoyés; la zone doit être désinfectée immédiatement. Si le déversement se produit sur un tapis, un désinfectant autre que le chlore devrait être utilisé. Dans certains cas, il se peut que le nettoyage ne suffise pas et qu'il faille remplacer et jeter le tapis.

Les procédures suivantes devraient être suivies pour nettoyer un déversement de sang ou d'autres liquides organiques.

NETTOYER UN DÉVERSEMENT DE LIQUIDE ORGANIQUE

- Limiter les activités près du déversement jusqu'à ce que la zone soit nettoyée, désinfectée et parfaitement sèche.
- Mettre des gants; s'il y a possibilité d'éclaboussures, porter une blouse et une protection du visage (masque et protection oculaire ou écran facial).
- Confiner et contenir le déversement; essuyer les déversements de sang ou de liquide organique immédiatement à l'aide de chiffons jetables ou d'un produit conçu à cette fin. Jeter les matières dans la poubelle ordinaire; si les matières souillées sont détrempées au point que du sang peut s'en échapper si on les comprime, on doit les jeter dans le contenant pour déchets biomédicaux (c.-à-d. le sac jaune).
- Désinfecter toute la zone du déversement avec un désinfectant approuvé pour les hôpitaux en respectant le temps de contact recommandé par le fabricant.
- Essuyer de nouveau la zone à l'aide de chiffons jetables puis les jeter dans la poubelle ordinaire.
- Des mesures devraient être prises pendant le nettoyage pour ne pas faire d'éclaboussures ni générer d'aérosols.
- Retirer les gants et se laver les mains.

9. Matériel électronique

Le matériel électronique dans les cabinets et les cliniques comprend les pompes à perfusion, les récepteurs et transmetteurs de télémesure, les réchauffeurs de liquide de perfusion, le matériel de surveillance, les dispositifs portatifs et les claviers. L'utilisation inappropriée de liquides sur le matériel médical électronique peut causer des incendies et d'autres dommages, la défectuosité du matériel ainsi que des brûlures chez les fournisseurs de soins de santé. Le matériel défectueux pourrait mettre la vie des patients en danger, en entraînant, par exemple, une perfusion excessive.

Lorsqu'on choisit du matériel électronique, il est important de s'assurer qu'il est compatible avec les agents nettoyants et désinfectants utilisés dans le cabinet ou la clinique et de suivre les recommandations du fabricant quant au nettoyage. Tout le personnel qui nettoiera l'article doit recevoir une formation.

Il est préférable de protéger le matériel électronique contre la contamination. Pour ce faire, on peut :

- placer le matériel de manière à éviter le contact avec les éclaboussures possibles;
- éviter de placer des articles contaminés sur les surfaces du matériel non protégé;
- utiliser des barrières sur les surfaces du matériel qu'on prévoit toucher avec des mains contaminées ou lorsque le contact avec des éclaboussures ne peut être évité (p. ex., protège-clavier).

Principales recommandations pour le nettoyage du matériel électronique[41] :

- Nettoyer et désinfecter toutes les surfaces touchées utilisées au point de service ou près de cet endroit avec un désinfectant approuvé pour les hôpitaux (selon les directives du fabricant) si elles sont utilisées ou touchées durant la rencontre avec le patient.
- Nettoyer la surface des téléphones, des téléavertisseurs et des souris d'ordinateur de manière à prévenir les dommages que pourrait causer un excès de liquide dans les systèmes internes.
- Nettoyer les écrans ACL dans les aires non cliniques avec des produits approuvés pour le nettoyage des écrans.
- Utiliser des claviers solides résistant à la pénétration des liquides qui peuvent être nettoyés et désinfectés.

➢ Pour de plus amples renseignements sur le nettoyage du matériel électronique, consulter le document *Practice Recommendations for Infection Prevention and Control Related to Electronic (IT) Devices in Healthcare Setting*[41] de CHICA-Canada à l'adresse suivante (en anglais) : http://www.chica.org/pdf/Electronic_Devices_Practice_Recommendations-2012.pdf.

10. Magazines/livres

S'il y a des magazines dans la salle d'attente du cabinet ou de la clinique, du DMBA devrait être mis à la disposition des patients et visiteurs pour qu'ils puissent l'utiliser avant et après la lecture. Les magazines sales devraient être jetés.

11. Jouets

Les jouets peuvent être un réservoir pour les micro-organismes potentiellement pathogènes que peuvent renfermer la salive, les sécrétions respiratoires, les selles ou autres substances organiques. Il devrait y avoir dans les salles ou les aires de jeu qui sont utilisées par plus d'un enfant un endroit pour mettre à l'écart les jouets qui ont servi (p. ex., un coffre dans lequel les enfants/parents/membres du personnel peuvent déposer les jouets utilisés). Les jouets propres devraient être rangés de manière à prévenir la contamination (p. ex., par la poussière et les éclaboussures d'eau) et à ce qu'il soit facile de les distinguer des jouets utilisés. Les coffres et armoires pour le rangement des jouets devraient être vidés et nettoyés chaque semaine ou lorsqu'ils sont visiblement sales.

Les jouets devraient être lisses, non poreux et résistants à un nettoyage mécanique rigoureux (p. ex., pas de peluches). On devrait encourager les parents à apporter leurs propres jouets. Tous les jouets devraient être nettoyés et désinfectés entre chaque utilisation. Les jouets devraient être retirés des salles d'attente générales si un processus approprié ne peut être mis en place pour s'assurer qu'ils sont inspectés, nettoyés et désinfectés quotidiennement. Une personne devrait être désignée pour nettoyer les jouets.

- Pour de plus amples renseignements sur les jouets, consulter le document *Toys Practice Recommendations*[36] de CHICA-Canada à l'adresse suivante (en anglais) : http://www.ipac-canada.org/pdf/Toys%20Practice%20Recommendations%202011%20-%20R2014.pdf.

12. Déchets

Les déchets dans un cabinet et une clinique sont divisés en deux catégories : biomédical et général. La gestion des déchets contaminés infectieux devra respecter la réglementation provinciale et les règlements administratifs locaux ainsi que couvrir les questions du ramassage, du stockage, du transport, de la manipulation et de l'élimination des déchets contaminés, y compris les objets pointus et tranchants et les déchets biomédicaux[43].

Lorsqu'on manipule les déchets :

- Trier les déchets à l'endroit où ils ont été produits en les déposant dans un sac en plastique ou un contenant rigide doté d'un couvercle.
- Ne pas doubler le sac, sauf si le premier s'est étiré ou brisé, ou si les déchets ont débordé sur la surface extérieure.
- Fermer les sacs de déchets lorsqu'ils sont pleins aux trois quarts et les nouer de manière à empêcher le contenu de s'échapper.
- Apporter les déchets dans les aires d'entreposage centrales à intervalles fréquents.

Les déchets doivent être déposés dans des contenants appropriés au point de service/d'utilisation et stockés dans une pièce fermée réservée à cet usage dont l'accès est restreint à du personnel autorisé.



6. On doit mettre en place un programme de gestion des déchets conforme aux lois et normes nationales actuelles.

7. Les aires de stockage des déchets biomédicaux doivent être fermées à clef, sauf lorsque le personnel autorisé est sur place[44].

Flux de déchets et exigences relatives à l'élimination

Déchets généraux (sac vert ou noir)

- Pansements, éponges, couches, ÉPI, cathéters, contenants d'échantillons vides, tampons périnéaux
- Déchets de bureau
- Déchets des salles de bains, des cuisines et des aires publiques

Déchets biomédicaux

Déchets anatomiques (sac rouge)

- Tissus, parties organiques

Déchets médicaux (sac jaune)

- Sang, produits sanguins, liquides organiques contenant du sang
- Unités de prélèvement pour le drainage (si possible, verser le liquide dans la toilette)
- Flacons de vaccins vides
- Prélèvements pour diagnostic (le liquide peut être versé dans la toilette, p. ex., les contenants d'urine)

Objets pointus et tranchants (contenant pour objets pointus et tranchants)

- Aiguilles, seringues, lancettes, lames, verre médical (p. ex., ampoules)
- Flacons de vaccins utilisés

Vaccins non utilisés

- Retournés à la pharmacie du gouvernement, au bureau local de santé publique, au SAMPGO ou au fabricant.



8. Tout transport externe de déchets infectieux doit se faire en conformité avec la *Loi sur le transport des marchandises dangereuses*http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/T-19.01/ de Transport Canada[34].

9. Les déchets doivent être transportés par un transporteur de déchets accrédité qui présente un certificat d'autorisation. Du personnel formé mais ne détenant pas de permis peut transporter de petites quantités de déchets vers un hôpital ou un laboratoire où ils seront éliminés.

Consultez le bureau du ministère de l'Environnement de votre région et (ou) le Service des travaux publics pour connaître les règlements sur le transport dans votre province.

13. Objets pointus et tranchants

Les objets pointus et tranchants sont les dispositifs pouvant faire une coupure ou une perforation profonde. Ils comprennent les aiguilles, le matériel de suture, les lancettes, les lames et le verre médical**.**



10. En Ontario, tous les établissements de soins de santé doivent utiliser des aiguilles de sécurité, selon le règlement sur la sécurité des aiguilles (Règl. de l'Ont. 474/07)[2].

On peut consulter le règlement à l'adresse suivante :
http://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/070474

11. Les objets pointus et tranchants doivent être gérés conformément aux lois et normes nationales actuelles.

Pour prévenir les blessures liées aux objets pointus et tranchants chez les travailleurs de la santé :

- utiliser des aiguilles de sécurité et des dispositifs médicaux;
- ne jamais réencapuchonner, plier ou briser les aiguilles;
- ne jamais plonger la main dans des déchets ou des contenants pour objets pointus et tranchants;
- placer des contenants rigides et antiperforation au point d'utilisation, ou tout près, pour y jeter les objets pointus et tranchants;
- remplacer les contenants pour objets pointus et tranchants lorsqu'ils sont pleins;
- informer le personnel des risques associés aux procédures non sécuritaires, comme le réencapuchonnage.

14. Contenants pour objets pointus et tranchants

Les objets pointus et tranchants doivent être jetés dans un contenant scellé et antifuite résistant aux perforations. Le contenant doit porter une étiquette de danger biologique bien visible et être conçu de manière à ce qu'il soit possible d'y laisser tomber les objets pointus et tranchants usagés d'une main. Les contenants pour objets pointus et tranchants doivent être facilement accessibles dans chaque point d'utilisation (p. ex., dans chaque salle d'examen) et surélevé pour le garder hors d'atteinte des enfants. Ils ne doivent pas être remplis de désinfectant et ne doivent pas déborder d'objets tranchants. Les contenants pour objets pointus et tranchants doivent être remplacés lorsque leur contenu atteint la ligne de remplissage ou lorsqu'ils sont pleins aux trois quarts. Les objets pointus et tranchants qui ont été utilisés sont considérés comme des déchets biomédicaux.

B. Conception et rénovation d'un cabinet ou d'une clinique

Lorsqu'on rénove un cabinet ou une clinique ou aménage dans un cabinet ou une clinique, on doit respecter les règlements municipaux en vigueur relativement aux locaux ainsi que les normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA). Les recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections lorsqu'on loue ou rénove un cabinet ou une clinique destiné aux soins de santé sont résumés dans la case ci-après :



12. Lorsqu'on aménage un nouvel espace clinique, on doit respecter les exigences de l'Association canadienne de normalisation (CSA).

RECOMMANDATIONS DE PCI RELATIVES À LA RÉNOVATION D'UN CABINET OU D'UNE CLINIQUE OU À L'AMÉNAGEMENT DANS UN CABINET OU UNE CLINIQUE DESTINÉ AUX SOINS DE SANTÉ

Règle générale

- L'environnement et les meubles sont faciles à nettoyer.
- Toutes les surfaces devraient être lisses et non poreuses. Les tapis et recouvrements en tissu ne sont pas recommandés.
- Il y a un endroit approprié pour les contenants de déchets.
- Il y a un nombre suffisant de lavabos non encastrés pour le lavage des mains et de distributeurs de DMBA aux points de service (p. ex., dans chaque salle d'examen, salle de bains, laboratoire, aire de préparation des médicaments, local pour le matériel souillé et local pour le matériel propre).

Salle d'attente

- La salle d'attente est assez grande pour permettre d'établir une distance d'au moins deux mètres entre les patients potentiellement infectieux et les autres.

Salle(s) d'examen ou d'intervention

- Le local doit convenir au type d'intervention auquel il est destiné.
- On doit pouvoir installer un lavabo non encastré pour le lavage des mains dans la pièce.
- On doit avoir accès à de l'ÉPI sans quitter la pièce.
- Il y a suffisamment de surface murale près de la table d'examen pour installer un contenant pour objets pointus et tranchants et un distributeur de DMBA.
- Il y a de l'espace pour un panier à linge sale et une poubelle pour matériel souillé.
- Il y a une salle de bains adjacente à la salle d'examen et (ou) d'intervention.

RECOMMANDATIONS DE PCI RELATIVES À LA RÉNOVATION D'UN CABINET OU D'UNE CLINIQUE OU À L'AMÉNAGEMENT DANS UN CABINET OU UNE CLINIQUE DESTINÉ AUX SOINS DE SANTÉ

Locaux d'entreposage et d'entretien

- Il y a des locaux distincts pour les matières propres et les matières sales.
- Les fournitures stériles doivent être conservées à distance du sol dans un endroit propre et sec et à l'écart de la circulation.
- Il y a suffisamment d'armoires fermées pour entreposer le matériel médical.
- Il y a au moins un placard réservé à l'entretien ménager.

Aire(s) de retraitement

- Le local de retraitement/stérilisation inclut des aires sales et des aires propres séparées.

Médicaments

- Il doit y avoir un poste de distribution des médicaments, séparé des autres zones, si des médicaments sont délivrés.
- Le poste de distribution de médicaments doit comprendre un plan de travail, un évier, un réfrigérateur et un espace de rangement fermé à clef pour les substances biologiques et les médicaments.

- Pour obtenir de l'information sur l'aménagement d'un local pour les interventions chirurgicales, consulter la Section 9. C., *Locaux destinés aux interventions chirurgicales*.

- Pour obtenir une liste de vérification pour la prévention et le contrôle des infections dans les cabinets et les cliniques, consulter l'Annexe J.

- Pour de l'information sur l'aménagement des installations pour la pratique en cabinet et en clinique, consulter les documents suivants :

  - Association canadienne de normalisation : *CAN/CSA-Z8000-11 Canadian health care facilities*[10] à l'adresse suivante (en anglais) : http://shop.csa.ca/en/canada/health-care-facility-engineering/z8000-11/invt/27033042011/.
  - Association canadienne de normalisation. Norme *CAN/CSA Z317.2-F10 Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de santé : exigences particulières*[46] à l'adresse suivante : http://shop.csa.ca/fr/canada/health-care-facility-engineering/cancsa-z3172-10/invt/27013482010/&bklist=icat,5,shop,publications,healthcare,healthcarefacilityeng**.**
  - Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : Out-of-Hospitals Premises (OHP) Standards[47] à l'adresse suivante (en anglais) : http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp_standards.pdf.
  - American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities, Inc. (AAAASF) Standards à l'adresse suivante (en anglais) : http://www.aaaasf.org/.



Recommandation

19. Le cabinet ou la clinique devrait adopter des méthodes de nettoyage qui sont appropriées pour cette pratique.

8. Retraitement du matériel médical

Le matériel médical réutilisable doit être lavable; on doit aussi pouvoir le désinfecter ou le stériliser, selon ce qui est approprié. Pour un petit établissement, cela pourrait ne pas être économique ou réalisable en temps voulu, et d'autres options devraient être envisagées. La quantité de matériel et la fréquence d'utilisation devraient être les indicateurs pour déterminer si le retraitement est possible ou si le matériel jetable est plus économique.

La **Figure** classe l'éventail d'activités microbiennes selon la résistance à la destruction par la chaleur. En y combinant les critères de Spaulding (voir le Tableau 2 à la page 58), on peut déterminer le degré minimum de retraitement requis du matériel médical.

CATÉGORIE DE MICRO-ORGANISME	PLUS RÉSISTANT	DEGRÉ MINIMUM DE RETRAITEMENT REQUIS POUR TUER LES MICROORGANISMES
Prions (Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) et ses variantes)		**Méthodes particulières requises**
Spores bactériennes (p. ex., *Clostridium difficile*) **Protozoaires sous forme de kystes** (p. ex., *Giardia*, *Cryptosporidium*)		**Stérilisation**
Mycobactéries (p. ex., TB)		**Désinfection complète**
Petits virus ou à enveloppe non lipidique (p. ex., norovirus, Coxsackie)		**Désinfection complète**
Champignons (p. ex., *Candida*, *Aspergillus*)		**Désinfection complète, avec désinfectants à faible action**
Virus de taille moyenne ou à enveloppe lipidique (p. ex., herpès, rhinovirus, influenza, VIH, hépatite B/C)		**Désinfection partielle**
Bactéries végétatives (p. ex., *Staphylococcus*, *Pseudomonas*)		**Désinfection partielle**
	MOINS RÉSISTANT	

Figure 23 : Microbes par ordre croissant de résistance à la destruction et degré minimum de retraitement requis

A. Principes généraux de retraitement (nettoyage, désinfection et stérilisation)



Les attentes des patients en matière de sécurité sont toujours les mêmes, quel que soit le lieu de l'intervention (c.-à-d., en cabinet et en clinique ou à l'hôpital).

Le matériel médical doit bien fonctionner et faire l'objet de l'entretien préventif nécessaire; l'information relative à l'entretien doit être consignée dans un registre. On doit pouvoir laver, désinfecter et (ou) stériliser tout produit utilisé pour prodiguer des soins aux patients en respectant les normes et lignes directives les plus à jour de l'Association canadienne de normalisation (CSA), de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC/Santé Canada) ainsi que les pratiques exemplaires de l'Ontario[48].

- On doit se procurer l'information du fabricant relative à tout le matériel médical et de décontamination. Cette information doit être conservée sous une forme permettant au personnel effectuant les activités de retraitement d'y avoir facilement accès[49].
- Le matériel qui est utilisé pour nettoyer, désinfecter ou stériliser (p. ex., laveurs à ultrasons, pasteurisateurs, laveurs-désinfecteurs, unités de retraitement automatique des endoscopes/URAE, stérilisateurs) doit aussi respecter les normes fixées par Santé Canada/ASPC, de la CSA[49] et les pratiques exemplaires provinciales[48].
- Du personnel doit être affecté au retraitement du matériel et doit recevoir la formation correspondant au niveau requis pour le volume et la complexité du matériel à retraiter.
- On doit mettre en place des mesures pour protéger le personnel des risques auxquels il est exposé pendant le retraitement (p. ex., expositions aux produits chimiques, aux objets pointus et tranchants).

Consulter l'Annexe I, *Nettoyage, degré de désinfection et fréquence minimums recommandés pour le matériel médical* pour connaître les exigences de retraitement de matériel médical spécifique.

- Pour de plus amples renseignements sur le retraitement du matériel, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins*[48] à l'adresse : http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/2011-02%20BP%20for%20Cleaning%20Disinfection%20and%20Sterilization%20-%20French.pdf.
- Pour connaître les pratiques de retraitement du matériel à suivre en milieu de soins dentaires, se reporter aux lignes directrices de l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (en anglais) intitulées *Infection Prevention and Control in the Dental Office* et accessibles à l'adresse : http://www.rcdso.org/save.aspx?id=ab90c89d-dcf4-4a2c-9a8a-bb91a316b6a0.

B. Méthodes de retraitement

Il doit y avoir une procédure écrite pour le nettoyage, la désinfection et (ou) la stérilisation du matériel médical qui est gardé près de l'aire de retraitement. Les procédures doivent être examinées et révisées régulièrement.



13. La méthode, le degré et les produits de retraitement utilisés pour le matériel médical doivent refléter l'utilisation prévue du matériel ainsi que les dangers potentiels d'infection découlant de l'utilisation du matériel[43].

La méthode et les produits nécessaires pour retraiter le matériel médical seront fonction de l'utilisation prévue et du risque potentiel d'infection lié à cette utilisation. La méthode et les produits utilisés pour nettoyer, désinfecter et (ou) stériliser le matériel médical doivent être compatibles avec ce dernier[42]. Consulter l'Annexe K, *Nettoyage, degré de désinfection et fréquence minimums recommandés pour le matériel médical*, pour connaître les méthodes de retraitement disponibles selon le degré minimum de retraitement requis.

Le système de classification de Spaulding[50] (Tableau 2) répartit le matériel médical en trois catégories fondées sur les risques potentiel d'infection découlant de leur utilisation.



On applique les critères de Spaulding (Tableau 2) pour déterminer le degré de retraitement requis des instruments et appareils médicaux.

Tableau 2 : Classification de Spaulding du matériel médical et du degré de traitement requis

Classification	Utilisation	Degré minimum de retraitement	Exemples
Matériel invasif	Matériel qui pénètre des tissus stériles, y compris le système vasculaire	Nettoyage suivi d'une stérilisation	▪ Instruments chirurgicaux ▪ Instruments de biopsie ▪ Matériel destiné aux soins des pieds
Matériel semi-invasif	Matériel qui entre en contact avec de la peau non intacte ou des muqueuses mais sans les pénétrer	Nettoyage suivi par une désinfection complète Stérilisation recommandée	▪ Spéculums vaginaux ▪ Endoscopes ▪ Matériel d'anesthésie ▪ Tonomètre
Matériel non invasif	Matériel qui ne touche que la peau intacte et aucune muqueuse, ou qui n'entre pas en contact direct avec le patient	Nettoyage suivi d'une désinfection partielle (dans certains cas, un nettoyage seul est acceptable)	▪ Électrocardiographes ▪ Oxymètres ▪ Stéthoscopes

C. Instruments médicaux à usage unique

Le matériel et les instruments invasifs et semi-invasifs conçus pour usage unique ne doivent pas être retraités et réutilisés à moins que le retraitement soit effectué par une entreprise de retraitement autorisée[48]. Les seringues, spéculums vaginaux en plastique et embouts pour les tests de fonction respiratoire sont des exemples d'articles invasifs et semi-invasifs à usage unique. Actuellement, il n'y a pas d'entreprise de retraitement autorisée au Canada. Il existe aux États-Unis de telles entreprises autorisées par la United States Food and Drug Administration (USFDA).

Les fabricants apposent généralement cette étiquette sur le matériel médical à usage unique :



Les cabinets et les cliniques qui souhaitent faire retraiter leur matériel médical à usage unique par une entreprise de retraitement autorisée doivent s'assurer que

ses installations et procédés ont été certifiés par un organisme de réglementation ou un auditeur agréé de systèmes qualité; ainsi, le nettoyage, la stérilité, la sécurité et le bon fonctionnement du matériel retraités seront garantis.

D. Exigences relatives à la formation du personnel

Dans les établissements où l'on effectue des interventions chirurgicales (y compris les ESA et LEH) et où le retraitement se fait sur place, une ou des personnes doivent être chargées du retraitement, ce qui veut dire :

- offrir la formation appropriée pour le degré qu'exigent le volume et la complexité du matériel à retraiter;
- consigner l'information relative à la formation, y compris un manuel qui est révisé annuellement et mis à jour au besoin;
- offrir un programme de formation continue.

E. Exigences relatives à la zone de retraitement

Le retraitement du matériel doit être effectué dans un endroit à l'écart des patients et des zones propres. **Une personne doit être clairement responsable du retraitement**[48].

Au minimum[48] :

- Il doit y avoir une zone à l'écart destinée au retraitement du matériel médical.
- La zone de retraitement sera physiquement séparée des zones propres au moyen de murs ou de cloisons lavables[49].
- Dans la zone de retraitement il doit être facile de nettoyer et de désinfecter les surfaces.
- Lorsqu'on procède à une désinfection et (ou) une stérilisation chimiques à l'aide de produits qui génèrent des vapeurs et des brouillards toxiques, la qualité de l'air doit être surveillée.
- Un bassin oculaire doit se trouver dans la zone de retraitement[51].
- Un lavabo destiné au lavage des mains doit se trouver dans la zone de retraitement.
- De l'ÉPI approprié sera mis à la disposition du personnel effectuant le retraitement.

F. Transport du matériel contaminé sur les lieux

Le transport du matériel médical utilisé de la zone d'intervention à la zone de retraitement doit se faire de manière à éviter de contaminer l'environnement. Des chariots fermés ou des contenants munis de couvercles et conçus pour empêcher le déversement des liquides doivent être utilisés pour manipuler et transporter le matériel médical souillé. Les contenants ou les chariots utilisés pour transporter le matériel souillé doivent être nettoyés après chaque utilisation.

G. Nettoyage des instruments



Le nettoyage est toujours essentiel avant la désinfection ou la stérilisation. *Un article qui n'a pas été lavé ne peut être désinfecté ou stérilisé avec certitude.*

Agence de la Santé publique du Canada/ Santé Canada

Le matériel médical réutilisable doit être nettoyé à fond avant la désinfection ou la stérilisation[52]. Le nettoyage élimine physiquement les contaminants du matériel, mais ne détruit pas les micro-organismes. Si un article n'est pas nettoyé, la saleté (p. ex., sang, liquides organiques, poussière) peut protéger les micro-organismes de

l'action du processus de désinfection ou de stérilisation en le rendant inefficace; cela peut aussi rendre inactif le désinfectant ou le stérilisant qui ne fonctionnera donc pas.

Recommandations pour laver le matériel médical[48] :

- Suivre les directives du fabricant de l'instrument relatives au lavage.
- Le personnel qui manipule et nettoie le matériel contaminé doit porter une protection du visage, des gants et une blouse[49].
- Nettoyer l'instrument aussitôt que possible après l'avoir utilisé afin que les matières organiques ne durcissent pas dessus. S'il y a un contretemps dans le retraitement, immerger l'instrument dans une solution de trempage approuvée.
- Nettoyer l'instrument avec un détergent et (ou) un nettoyeur enzymatique dilué en respectant les directives du fabricant ou bien, dans un laveur à ultrasons.
- Nettoyer les instruments munis de lumières avec une brosse en suivant les directives du fabricant. La brosse doit aussi être nettoyée et désinfectée.
- Rincer l'instrument à l'eau après l'avoir nettoyé afin d'éliminer les résidus qui pourraient empêcher le désinfectant et (ou) le stérilisant d'agir.
- Faire sécher l'instrument selon les directives du fabricant. Le séchage prévient la dilution des désinfectants chimiques.
- Inspecter visuellement l'instrument après le nettoyage et avant la désinfection et (ou) stérilisation pour s'assurer qu'il est propre et intact.

➢ Pour de l'information sur le retraitement des endoscopes, consulter l'Annexe I, *Retraitement du matériel d'endoscopie*.

LISTE DE VÉRIFICATION DU NETTOYAGE DES INSTRUMENTS POUR GARANTIR UNE STÉRILISATION ET UNE DÉSINFECTION EFFICACES

- Démonter l'instrument en suivant les directives du fabricant.
- S'assurer que la méthode de retraitement utilisée pour l'instrument satisfait aux critères de Spaulding (Tableau 2). Lorsque le degré de retraitement recommandé par le fabricant ne correspond pas aux critères de Spaulding, le degré le plus élevé doit être utilisé.
- Éliminer les substances organiques, comme le mucus, le sang, le pus, les selles, la salive, etc., avant de nettoyer l'instrument.
- En nettoyant l'instrument, accorder une attention particulière aux surfaces rugueuses ou poreuses (p. ex., nervures, cannelures, rainures); aux lumières et canaux longs et étroits; ainsi qu'aux charnières, craques, spirales, valves, joints, pinces ou crevasses pouvant emprisonner des micro-organismes.
- Les articles en caoutchouc ou en plastique peuvent nécessiter un traitement particulier étant donné que la chaleur et (ou) certains produits chimiques peuvent les abîmer.
- Mélanger et (ou) diluer les produits chimiques en suivant les directives du fabricant. Tenir compte des recommandations du fabricant concernant la dureté de l'eau, la température et le pH, qui pourraient entraver l'action de certains produits chimiques.
- Vérifier la date de péremption du produit avant de l'utiliser et jeter les produits périmés.
- Utiliser des bandelettes réactives chimiques pour les désinfectants liquides à forte action afin d'évaluer leur efficacité.
- S'assurer de respecter la durée de l'exposition (contact) entre l'instrument et l'agent stérilisant et (ou) le désinfectant.
- Sécher l'instrument après le nettoyage, avant la désinfection ou la stérilisation avec des produits liquides pour prévenir la dilution du désinfectant et (ou) de l'agent stérilisant.

H. Emballage des instruments

Le matériel à stériliser doit être emballé avant la stérilisation. Les matériaux servant à l'emballage doivent être préparés d'une façon qui permet de retirer l'air adéquatement ainsi que de faire pénétrer et d'évacuer la vapeur sur toutes les surfaces.

Le matériau d'emballage le plus utile pour les cabinets et les cliniques est le sachet en plastique ou pelable. Facile à utiliser, il comprend souvent un joint autoclave et des bandelettes réactives chimiques; il est offert dans une variété de formats pouvant contenir un seul instrument ou de petits ensembles d'instruments. La date de stérilisation devrait être inscrite sur l'emballage du produit.

I. Stérilisation

La stérilisation est l'élimination de tous les micro-organismes qui provoquent des maladies, y compris les spores. La stérilisation est utilisée sur le matériel médical invasif et, si possible, sur le matériel médical semi-invasif.

Consulter l'Annexe I, *Nettoyage, degré de désinfection et fréquence minimums recommandés pour le matériel médical*, pour connaître les exigences de retraitement de dispositifs médicaux spécifiques.

Critères à prendre en compte pour la stérilisation du matériel médical[48] :

- Élaborer des politiques et procédures écrites pour la stérilisation du matériel médical utilisé dans le cabinet ou la clinique portant notamment sur le nettoyage, le séchage, l'inspection, le démontage, l'emballage, la fermeture hermétique et l'étiquetage.
- S'assurer que les directives du fabricant concernant l'installation, le fonctionnement, le nettoyage et l'entretien préventif du matériel de stérilisation sont respectées.
- Le personnel doit avoir la formation nécessaire pour utiliser les stérilisateurs.
- Évaluer le rendement de tous les stérilisateurs à l'aide de contrôles et d'indicateurs physiques, chimiques et biologiques.

1. Types de stérilisateurs

La méthode à privilégier pour la décontamination du matériel thermorésistant est la stérilisation à la vapeur. Les stérilisateurs de table à vide partiel sont recommandés pour les cliniques et la pratique en cabinet. Il est nécessaire d'effectuer régulièrement un entretien préventif et un nettoyage du stérilisateur pour garantir son efficacité. Il faut consigner dans un dossier toute l'information sur l'entretien préventif et les réparations qui ont été effectués. Il faut s'assurer que le niveau d'eau distillée est correct et que le drainage est effectué selon les recommandations du fabricant. Vérifier le joint pour s'assurer qu'il fonctionne correctement et qu'il n'est pas abîmé. S'assurer que les paquets sont correctement placés et ne pas surcharger la chambre.

La chaleur sèche devrait être utilisée seulement avec le matériel qui ne peut être stérilisé à la vapeur. Le principal avantage de la stérilisation à la chaleur sèche est son pouvoir de pénétration. Pour ce qui est des désavantages, le processus est lent et il faut un long temps d'exposition et des températures élevées, ce qui pourrait endommager le matériel.

Il faut respecter les directives du fabricant concernant l'entretien et l'utilisation des stérilisateurs[43].

Voici quelques méthodes de désinfection ou de stérilisation qui sont **inacceptables** :

- Lave-vaisselle (y compris ceux qui ont des cycles de stérilisation)
- Eau bouillante

- Irradiation aux rayons ultraviolets
- Stérilisation par billes de verre
- Chemiclave
- Four à micro-ondes

2. Surveillance du procédé de stérilisation

Le procédé de stérilisation sera surveillé pour en assurer l'intégrité. On doit consigner dans un registre de contrôle les données de chaque lot placé dans un stérilisateur. La surveillance du rendement s'appuie sur des indicateurs physiques, biologiques et chimiques (voir *Glossaire*) et les trois procédés doivent être utilisés :

- des indicateurs physiques (p. ex. relevés du stérilisateur) doivent être vérifiés et signés à chaque cycle du stérilisateur par la personne qui stérilise l'instrument;
- un indicateur biologique (IB) doit être utilisé pour vérifier le stérilisateur une fois chaque jour où on utilise le stérilisateur;
- un indicateur chimique interne doit être placé dans chaque emballage, contenant ou paquet soumis à un procédé de stérilisation;
- si on utilise un stérilisateur du type à élimination dynamique de l'air, un test d'élimination d'air au moyen d'un indicateur chimique de catégorie II doit être effectué chaque jour où le stérilisateur est utilisé.

Pour obtenir plus d'information sur la surveillance des stérilisateurs, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins* à l'adresse : www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2011-02%20BP%20for%20Cleaning%20Disinfection%20and%20Sterilization%20-%20French.pdf.



14. La méthode de stérilisation doit faire l'objet d'un test et d'un contrôle, avec consignation et vérification des résultats.

15. Le rendement de tous les stérilisateurs doit être évalué à l'aide de contrôles et d'indicateurs physiques, chimiques et biologiques.

3. Échec de la stérilisation

La stérilisation est inadéquate si, entre autres :

- les instruments n'ont pas été nettoyés adéquatement avant leur stérilisation;
- le lot contient un indicateur biologique positif;
- une méthode inappropriée a été utilisée pour retraiter le matériel;
- les relevés sur le matériel de retraitement indiquent que les paramètres n'ont pas été respectés (p. ex., température, pression, temps d'exposition);
- l'indicateur chimique ou le ruban de contrôle n'a pas changé de couleur.



16. Une procédure doit être établie pour le rappel du matériel médical qui n'a pas été retraité correctement.

PROCÉDURE À SUIVRE LORSQUE LA STÉRILISATION A ÉCHOUÉ

- Consigner tout le matériel dans chaque lot traité afin de permettre le suivi en cas de rappel.
- Refaire le test. Si possible, ne pas remettre en circulation les articles qui ont été traités depuis le dernier test négatif. Si ce nouveau test est négatif, et que rien n'indique une défaillance du système, continuer comme à l'habitude.
- Si le nouveau test révèle une défaillance :
    - Consigner l'heure, la date, la description du lot et les résultats des indicateurs physiques, chimiques et biologiques.
    - Contacter le fabricant du stérilisateur. Lorsque les réparations et l'entretien ont été effectués, faire une nouvelle tentative avec l'indicateur biologique.
    - Stériliser à nouveau les articles rappelés lorsque les résultats des indicateurs du stérilisateur sont acceptables.
    - Évaluer les risques pour les patients.
- Établir une procédure visant l'émission d'un avis aux médecins, aux patients, aux autres établissements ou aux organismes de réglementation, le cas échéant.

4. Entreposage du matériel stérile

Les paquets stérilisés à la vapeur doivent subir un cycle de séchage avant la manipulation et l'entreposage. Les paquets emballés doivent être soigneusement entreposés dans un endroit propre, sec, à l'abri de la poussière (étagères fermées), qui n'est pas à même le sol, et loin des débris, des drains, de l'humidité, des éviers et de la vermine afin de prévenir la contamination et maintenir la stérilité jusqu'au moment de les utiliser. On doit en autant que possible éviter de manipuler le matériel entreposé puisque cela pourrait entraîner la pénétration de contaminants par effet de capillarité.

Au moment d'ouvrir le matériel stérile, vérifier l'intégrité de l'emballage[42] :

- Procéder à une inspection visuelle pour y déceler une décoloration, des traces d'humidité, de poussière, de saleté, des déchirures; le cas échéant, retourner le matériel pour le faire retraiter.
- Valider les résultats du ruban de contrôle et des indicateurs internes, le cas échéant; si la couleur n'a pas changé, retourner le matériel pour le faire retraiter.
- Vérifier si le matériel est défectueux.

5. Durée de conservation des articles stériles

En ce qui concerne les articles retraités dans un cabinet ou une clinique, si l'intégrité de l'emballage a été conservée, l'article demeure stérile. Une protection anti-poussière en plastique peut allonger de beaucoup la durée de conservation du paquet et devrait être utilisée lorsque les paquets sont emballés dans de la mousseline ou du crêpe. Si un plateau ou un paquet stérile a été acheté et qu'il affiche une date ou une étiquette de péremption, suivre les recommandations du fabricant et le jeter lorsqu'il est périmé.

J. Désinfection complète (DC)

La stérilisation est toujours la méthode privilégiée pour retraiter le matériel médical semi-invasif. Cependant, lorsque les articles ne tolèrent pas la stérilisation, il faut utiliser la désinfection complète (DC). La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes ou les prions.

Consulter l'Annexe I, Nettoyage, degré de désinfection et fréquence minimums recommandés pour le matériel médical, pour connaître les exigences de retraitement de dispositifs médicaux spécifiques.
Les instruments qui entrent en contact avec les muqueuses sont considérés comme des articles semi-invasifs. La DC tue les bactéries végétatives, les champignons, les virus enveloppés et les mycobactéries, mais elle ne stérilise pas (c'est-à-dire, ne détruit pas les spores bactériennes et prions). Parmi les désinfectants à forte action figurent :

- le glutaraldéhyde à 2 p. 100
- le peroxyde d'hydrogène à 6 p. 100
- l'acide peracétique à 0,2 p. 100
- le Peroxyde d'hydrogène à action améliorée à 7 p. 100
- l'orthophthalaldéhyde (OPA) à 0,55 p. 100

Recommandations pour la désinfection complète du matériel médical[48] :

- Utiliser des désinfectants à forte action en suivant les recommandations du fabricant.
- Utiliser des bandelettes réactives chimiques pour déterminer s'il y a concentration efficace d'ingrédients actifs.
- Consigner et conserver toutes les données sur le traitement dans un registre permanent.
- Les solutions préparées ne doivent pas être complétées avec une solution fraîche[49].
- Si l'on procède à une désinfection manuelle, le contenant servant à la désinfection doit demeurer couvert au cours de l'utilisation[49]. Idéalement, la désinfection manuelle devrait être effectuée dans un endroit bien aéré pour protéger le personnel des vapeurs toxiques.
- Le rinçage de l'instrument après la désinfection chimique doit se faire en trois étapes distinctes, chaque fois avec de l'eau stérilisée et une solution de rinçage différente.



17. Les cabinets et les cliniques doivent avoir des systèmes de ventilation adaptés au procédé ou produit utilisés pour protéger le personnel des vapeurs toxiques.
Un grand nombre de désinfectants chimiques ont des limites d'exposition professionnelle qui sont réglementées par la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (R.R.O. 1990, Règl. 833). Si des mesures de contrôle ne sont pas disponibles pendant un retraitement avec un agent chimique, on peut exiger des échantillons d'air pour s'assurer que la limite permise n'a pas été dépassée pour le produit chimique utilisé.

18. On doit respecter les normes de la Canadian Standards Association (CSA) lorsqu'on retraite du matériel médical.

19. On doit utiliser des désinfectants chimiques conformément à la réglementation de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.

K. Désinfection partielle (DP)

Le matériel non invasif qui n'entre pas en contact avec les muqueuses et qui touche seulement à de la peau intacte (p. ex., stéthoscopes, brassards de tensiomètre, pèse-bébés) nécessite un nettoyage et une désinfection partielle (DP) entre chaque patient. Voir la Section 7, *Contrôle de l'environnement*, pour de l'information sur l'utilisation des désinfectants à faible action.

Voir à l'Annexe M la liste de contrôle pour le retraitement des instruments médicaux.



Recommandation

20. Le matériel médical invasif ou semi-invasif identifié comme étant à usage unique ne doit pas être retraité ou réutilisé à moins que le retraitement ne soit effectué par un retraiteur autorisé.

9. Interventions chirurgicales ou invasives

A. Préparation chirurgicale des mains

Étant donné la multiplication rapide des bactéries sur les mains quand on porte des gants de chirurgie et la forte incidence de perforations trouvées sur les gants après la chirurgie, il est recommandé d'utiliser un produit d'hygiène des mains ayant un effet antiseptique prolongé sur la peau. En milieu chirurgical, on devrait utiliser un antiseptique chirurgical sans rinçage (DMBA) ou effectuer un lavage chirurgical des mains (à l'aide d'un savon antimicrobien).

Les alcools sont efficaces pour le nettoyage préopératoire des mains de l'équipe chirurgicale. Plusieurs DMBA ont été approuvés comme antiseptique chirurgical sans rinçage; ces produits contiennent aussi des composés à action prolongée, comme le gluconate de chlorhexidine.

Des études ont démontré que le savon antimicrobien est plus efficace que le savon ordinaire et l'eau pour les interventions chirurgicales ou invasives. Le savon antimicrobien a une activité antimicrobienne résiduelle et la présence de matières organiques n'a pas d'effet sur lui.



L'activité antimicrobienne du DMBA est supérieure à celle de toutes les autres méthodes actuellement disponibles de préparation chirurgicale des mains avant une intervention.

Procédure pour le lavage des mains avant les interventions chirurgicales en cabinet et en clinique :

- Enlever tous les bijoux.
- Se laver les mains à fond et les avant-bras jusqu'à cinq centimètres/deux pouces au moins au-dessus des poignets pendant la période recommandée par le fabricant du produit (généralement de deux à cinq minutes).
- Nettoyer le dessous des ongles. On peut utiliser un bâtonnet de manucure jetable; les brosses à ongles ne sont PAS recommandées, car elles peuvent se contaminer et endommager la peau autour des ongles.
- Les ongles devraient être assez courts pour permettre de bien nettoyer le dessous et pour qu'ils ne déchirent pas les gants.
- Si on utilise du savon, rincer puis bien sécher les mains.



Recommandation

21. En milieu chirurgical, on doit utiliser des produits d'hygiène des mains conçus pour les interventions chirurgicales.

B. Nettoyage après les interventions invasives ou chirurgicales

S'il n'est pas nettoyé et désinfecté correctement, le bloc opératoire peut devenir hautement contaminé par des microbes et ainsi exposer les patients à des risques. C'est à l'employeur qu'incombe la responsabilité de veiller à ce que le milieu chirurgical soit propre.

Du personnel formé doit nettoyer l'environnement en respectant le protocole du cabinet ou de la clinique, lequel répond aux normes de l'AIISOC (maintenant sous l'égide de l'Association canadienne de normalisation)[40]. Un calendrier de nettoyage régulier doit être fixé, affiché et consigné dans un dossier. La responsabilité pour le nettoyage des appareils et chariots d'anesthésie devrait être clairement définie.

Les salles d'opération sont nettoyées entre chaque patient[40] :

- Les surfaces et le matériel qui entrent en contact direct ou indirect avec le patient ou des liquides organiques sont considérés comme contaminés et doivent être nettoyés avec un désinfectant approuvé pour les hôpitaux.
- On doit nettoyer les surfaces et l'équipement en commençant par la zone la moins contaminée pour terminer avec les éléments les plus contaminés.
- Après avoir enlevé les déchets, le linge et les instruments, on devrait nettoyer le plancher dans un périmètre de 1 à 1,5 mètre autour de l'aire opératoire s'il est visiblement sale. La zone nettoyée devra être élargie au besoin pour englober tous les endroits visiblement sales.
- Les têtes de vadrouille seront changées après chaque utilisation. Si un seau de solution désinfectante approuvée pour les hôpitaux est préparé pour usages multiples, on n'y replongera pas les vadrouilles utilisées.
- Les récipients pour la succion devraient être jetables et on devrait si possible utiliser des agents de solidification. Les récipients seront jetés en respectant la politique de gestion des déchets de l'établissement.
- On ne devrait pas utiliser de récipients réutilisables pour la succion. Les tubes d'aspiration seront jetables.

Le nettoyage en fin de journée (dernier) de chaque salle d'opération, aire de brossage des mains, corridor, meuble et matériel comprend[40] :

- lumières et rails installés au plafond
- poignées de porte et plaques de propreté
- interrupteurs et commandes de lampes
- téléphones et claviers d'ordinateur
- vérification de la propreté des murs
- surfaces extérieures de tous les appareils et de tout le matériel (laisser le temps nécessaire pour sécher –selon les directives du fabricant –avant d'entreposer)
- tous les meubles, y compris les roues et roulettes
- toutes les surfaces horizontales
- frotter les lavabos et les murs autour
- les planchers devraient être nettoyés avec une vadrouille contenant une quantité suffisante de désinfectant ou de détergent pour qu'ils restent mouillés pendant 5 minutes. Chaque plancher sera nettoyé à fond avec une solution fraîche et une vadrouille ou tête de vadrouille propres
- les planchers devraient être récurés à intervalles réguliers en conformité avec les protocoles établis.

Les aires de stérilisation où est entreposé le matériel stérile sont nettoyées une fois par jour au moins (y compris les comptoirs, tablettes et planchers).

➢ Se reporter aux normes de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) pour de plus amples renseignements sur le nettoyage environnemental dans les salles d'opération à l'adresse suivante (en anglais) : http://shop.csa.ca/en/canada/operating-room-nurses-association-of-canada/ornac-2013/invt/27031122013. Remarque : les normes de l'AIISOC sont maintenant sous l'égide de l'Association canadienne de normalisation.

- Se reporter aux normes de l'American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities, Inc. (AAAASF) à l'adresse suivante : http://www.aaaasf.org/.

C. Locaux destinés aux interventions chirurgicales

Les plans d'aménagement des locaux destinés aux interventions chirurgicales devront respecter les exigences suivantes de l'Association canadienne de normalisation[10] :

- Le périmètre des murs, du plafond et du plancher, y compris les ouvertures, des salles d'opérations devront être scellés. Les matériaux et les finitions devront être lisses et les surfaces des plafonds, murs et planchers devront être intégrales. Il n'y aura aucun siphon de sol.
- Il devra y avoir un minimum de 20 changements d'air à l'heure dans les salles d'opération, et au moins six changements d'air à l'extérieur à l'heure. Une pression positive est maintenue par rapport au corridor. Pour les interventions chirurgicales mineures et les endoscopies, il devrait y avoir un minimum de 15 changements d'air à l'heure, et au moins cinq changements d'air à l'extérieur à l'heure.
- La température dans les salles d'opération se situe entre 18 °C et 23 °C.
- Les surfaces doivent être lisses et assez durables pour résister au nettoyage et à la désinfection.
- L'aménagement doit permettre de gérer séparément la circulation du matériel stérile et celle du matériel souillé, ainsi que d'entreposer les fournitures et le matériel dans des endroits distincts.
- Les locaux de travail pour le matériel souillé et le matériel propre ou les aires d'entreposage des déchets doivent être séparés.
- Tout le procédé de retraitement doit être effectué dans une aire réservée au retraitement des instruments médicaux.
- L'entreposage approprié du matériel doit être prévu.
- Deux éviers de chirurgien doivent être installés près de l'entrée de chaque salle d'opération.
- Des éviers et des fournitures pour l'hygiène des mains doivent être placés immédiatement à l'extérieur d'une salle d'opération ou d'une salle d'examen.

Exigences pour les locaux destinés à l'endoscopie

- Les services d'endoscopie doivent être situés de manière à ce que la salle d'endoscopie soit adjacente à une aire de retraitement des instruments médicaux[10] [article 9.1.2.6].
- Dans les salles de bronchoscopie, la pression doit être négative par rapport au corridor.

10. Mesures administratives

Les mesures administratives sont mises en place pour réduire les risques d'infection chez les membres du personnel ou chez les patients. Elles englobent les politiques et procédures de PCI, l'éducation et la formation, les politiques en matière de milieux de travail sains, l'immunisation et la gestion de l'exposition.

A. Politiques en matière de milieux de travail sains

Tous les cabinets et les cliniques devraient émettre une directive claire enjoignant aux membres du personnel de ne pas se présenter au travail lorsqu'ils ont des symptômes d'infection[53]. Cela signifie notamment qu'on ne doit pas travailler lorsqu'on est très malade et qu'on présente des signes et des symptômes qui sont probablement dus à une infection transmissible, comme une fièvre, une toux, des symptômes s'apparentant à la grippe, un nez qui coule, un mal de gorge, des vomissements, une diarrhée, une éruption cutanée ou une conjonctivite.

Les fournisseurs de soins de santé qui sont malades doivent faire appel à leur jugement et mesurer les risques et les avantages de travailler en tenant compte des conséquences pour les patients s'ils ne prodiguent pas de soins. Si le fournisseur de soins de santé décide qu'il doit travailler, il est essentiel qu'il adopte une stricte hygiène des mains et qu'il porte l'ÉPI approprié (p. ex., masque s'il a un rhume) pour minimiser la possibilité de transmission d'une infection.

B. Immunisation du personnel

Pour protéger la santé des patients et se protéger eux-mêmes, il est particulièrement important que les membres du personnel soient immunisés contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la coqueluche, la varicelle, l'hépatite B et qu'ils se fassent vacciner tous les ans contre la grippe. Le personnel devrait connaître son état vaccinal et ses vaccins devraient être à jour. Parmi les vaccins qui sont indiqués pour les fournisseurs de soins de santé figurent :

- vaccin antigrippe annuel
- vaccin associé Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO)(deux doses) ou preuve sérologique de l'immunité
- vaccin contre la varicelle (deux doses) ou preuve sérologique de l'immunité
- vaccin contre l'hépatite B (série complète) et preuve sérologique de l'immunité pour le personnel qui peut être exposé à du sang, des liquides organiques ou des objets pointus et tranchants au travail
- vaccin contre le tétanos (tous les dix ans)
- vaccin contre la coqueluche acellulaire (une dose de dcaT).

Voir à l'Annexe N le calendrier d'immunisation du personnel pour le Canada.

C. Test cutané à la tuberculine (TCT)

Un TCT en deux étapes est recommandé en début d'emploi pour toutes les personnes qui travaillent dans le cabinet ou la clinique. Le TCT peut être effectué par l'employeur ou le médecin personnel de l'employé. Un TCT en une étape est suffisant si :

- il y a preuve qu'un test en deux étapes a été effectué antérieurement, OU
- il y a preuve d'un TCT négatif au cours des 12 derniers mois, OU

- il y a deux résultats négatifs ou plus de TCT avec preuve à l'appui, peu importe la date, mais le plus récent a été obtenu il y a au plus 12 mois.

Les personnes qui ont obtenu un TCT positif, ou qui obtiennent un résultat positif avec la méthode en deux étapes, devraient faire l'objet d'un suivi médical pour s'assurer qu'il n'y a pas de tuberculose active.

➢ Consulter les protocoles de surveillance des maladies transmissibles de OMA/ OHA, *Tuberculosis Surveillance Protocol*, pour des directives sur la façon d'administrer le test cutané à la tuberculine en deux étapes à (en anglais) : www.oha.com/Services/HealthSafety/Documents/TB%20Protocol%20Revised%20Aug%202014.pdf.

D. Infections chez les fournisseurs de soins de santé

➢ Consulter les protocoles de surveillance des maladies transmissibles de OMA/ OHA pour des directives sur la façon d'administrer le test cutané à la tuberculine en deux étapes à (en anglais) : www.oha.com/Services/HealthSafety/Documents/TB%20Protocol%20Revised%20Aug%202014.pdf.

Infections chez les fournisseurs de soins de santé

Conjonctivite

- **Conjonctivite bactérienne aiguë :** La conjonctivite bactérienne aiguë s'accompagne habituellement d'écoulements purulents ou mucopurulents et de croutes. Les fournisseurs de soins ayant une conjonctivite bactérienne ne devraient pas prodiguer de soins tant que des symptômes sont présents.
- **Conjonctivite virale :** La conjonctivite virale s'accompagne habituellement de douleur à l'œil, d'écoulements clairs, d'enflures périorbitaires et d'adénopathie préauriculaire. L'adénovirus constitue la cause principale d'éclosions de conjonctivite en milieu hospitalier. Les fournisseurs de soins ayant une conjonctivite virale ne devraient pas prodiguer de soins avant le 14^{e} jour suivant l'apparition des symptômes. Les fournisseurs de soins infectés peuvent continuer d'exercer des fonctions sans lien avec le traitement des patients tant qu'ils pratiquent une bonne hygiène des mains et évitent tout contact avec les yeux. L'adénovirus peut survivre sur des surfaces pendant une période prolongée.

Grippe ou autre infection respiratoire aiguë d'origine virale

La grippe (influenza) se transmet par gouttelettes et par les mains contaminées. Une fièvre et des symptômes systémiques (mal de tête, malaise, myalgie) laissent supposer un diagnostic de grippe plutôt qu'un rhume ordinaire. Si vous avez la grippe ou une maladie s'y apparentant, ne travaillez pas tant que vous n'allez pas bien. Si vous devez travailler, portez un masque chirurgical, lavez-vous souvent les mains et soyez particulièrement prudent avec les patients à risque élevé (p. ex., personnes immunodéprimées, patients atteints de troubles cardiaques ou de maladies respiratoires chroniques, femmes enceintes, bébés). La vaccination annuelle contre la grippe est la meilleure forme de prévention.

Herpès simplex

- **Bouton de fièvre :** Si possible, couvrir la lésion pendant les visites des patients, surtout avec les patients immunodéprimés. Éviter de toucher le visage et se laver les mains souvent.
- **Panaris herpétique** (infection herpétique du doigt) : Les personnes présentant un panaris herpétique ne doivent pas être en contact direct avec les patients tant que la lésion n'est pas guérie, car les gants ne garantiront pas que le patient est correctement protégé.
- **Zona :** Les fournisseurs de soins de santé peuvent travailler, dans la plupart des cas, s'il est possible de couvrir les lésions et s'ils utilisent une bonne technique de lavage des mains. Les fournisseurs de soins de santé présentant un zona ne doivent pas travailler avec les patients à risque élevé (p. ex.,

nouveau-nés, patients immunodéprimés) tant que les lésions ne se sont pas transformées en croûtes.

Infections entériques
Les fournisseurs de soins de santé qui ont des vomissements et la diarrhée devraient rester à la maison.

Pathogènes à diffusion hématogène

- Les médecins qui effectuent des interventions propices aux expositions, ou qui y participent, doivent subir annuellement des tests de dépistage de pathogènes à diffusion hématogène (VHB, VHC et VIH). Consulter la politique sur les pathogènes à diffusion hématogène de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (en anglais) à : http://www.cpso.on.ca/policies-publications/policy/blood-borne-pathogens.
- Les fournisseurs de soins de santé qui ont été exposés à du sang ou à des liquides organiques dans le cadre d'un incident précis, comme une piqûre ou une éclaboussure d'aiguille, doivent consulter un spécialiste du domaine pour connaître la fréquence des tests qui est nécessaire pour déterminer s'ils ont été infectés par un ou plusieurs pathogènes à diffusion hématogène.

E. Protocole relatif à l'exposition du personnel

Une intervention rapide et organisée est nécessaire lorsqu'un membre du personnel est exposé accidentellement à du sang ou à des liquides organiques par voie percutanée (piqûre) ou muqueuse (éclaboussures). Il faudra surtout prendre une décision quant à la nécessité d'entreprendre une prophylaxie post-exposition.

L'*exposition est importante* si la personne a été en contact avec du sang ou un liquide organique pouvant transmettre le VHB, le VHC et (ou) le VIH au moyen d'une blessure percutanée causée par une aiguille ou un autre objet pointu contaminés, d'une éclaboussure sur une muqueuse ou la peau non intacte ou d'une morsure humaine qui perce la peau[48]. Consulter l'encadré suivant pour connaître les étapes à suivre après une exposition importante à du sang ou à des liquides organiques.

PROTOCOLE À SUIVRE APRÈS UNE EXPOSITION IMPORTANTE À DU SANG OU DU LIQUIDE ORGANIQUE

1. Administrer immédiatement les premiers soins

Si la blessure a été causée par un objet pointu ou tranchant, provoquer le saignement, puis laver soigneusement et doucement la région avec du savon et de l'eau tiède. Ne pas frotter. Si les yeux ont été éclaboussés de sang ou de liquide organique, bien rincer à l'eau froide. Si la bouche a été éclaboussée, bien rincer à l'eau froide.

2. Obtenir le consentement du patient pour effectuer le test

Obtenir le consentement du patient qui est à la source de l'exposition pour effectuer des tests de dépistage de pathogènes à diffusion hématogène. Consigner le processus de consentement dans le dossier du patient.

3. Sérologie de base et de suivi

La personne qui a subi une exposition importante au sang ou à des liquides organiques devra effectuer des tests sérologiques de base et de suivi pour le VHB, le VHC et le VIH. Cette démarche devrait se faire en collaboration avec un spécialiste des maladies infectieuses ou sur le conseil des bureaux de santé publique.

4. Consigner l'incident

PROTOCOLE À SUIVRE APRÈS UNE EXPOSITION IMPORTANTE À DU SANG OU DU LIQUIDE ORGANIQUE

Si le cabinet ou la clinique est inscrit à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, le formulaire de déclaration doit être rempli au plus tard trois jours ouvrables après l'incident. Inscrire la date et l'heure de l'incident, ce que le travailleur faisait, quelles mesures de protection étaient utilisées au moment de l'incident et ce qui a été fait après l'exposition.

5. Entreprendre la prophylaxie post-exposition au VIH, comme indiqué

Le risque de transmission après une exposition percutanée à une personne dont on sait qu'elle a le VIH est d'environ 0,3 p. 100. Le traitement de prophylaxie post-exposition au VIH devrait être administré aussitôt que possible après une exposition importante, de préférence une heure ou deux après l'incident. Envoyer la personne exposée chez un spécialiste des maladies infectieuses ou du VIH qui évaluera la situation et gérera le traitement, à l'urgence la plus près, ou contacter votre bureau local de santé publique.

6. Entreprendre la prophylaxie post-exposition à l'hépatite B, comme indiqué

Le risque de contracter l'hépatite B après une exposition percutanée peut être aussi élevé que 25 %, selon l'état infectieux du cas source. Idéalement, tous les professionnels de la santé auront été vaccinés et leur immunité confirmée après la vaccination. Cependant, lorsque ce n'est pas le cas, il faudrait offrir une prophylaxie contre l'hépatite B aussitôt que possible après l'incident en tenant compte des variables suivantes : état sérologique du membre du personnel (p. ex., taux d'anticorps anti-HBs) et résultat de l'HBsAg chez la source d'exposition.

- Se reporter au *Guide canadien d'immunisation*[49] du Comité consultatif national de l'immunisation pour de plus amples renseignements et des algorithmes pour choisir une prophylaxie post-exposition : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepb-fra.php.

7. Hépatite C

Le risque de transmission après une exposition percutanée est d'environ 2 %. Les professionnels de la santé qui ont été exposés devraient être suivis pour vérifier s'ils ont contracté la maladie. Si c'est le cas, un spécialiste des maladies infectieuses ou un hépatologue devrait être consulté pour décider du traitement. Il n'existe pas de prophylaxie post-exposition; l'efficacité de l'immunoglobuline n'a pas été démontrée.



Recommandation

22. **Il devrait y avoir des mécanismes en place dans les cabinets et cliniques pour s'assurer que le milieu de travail est sain, que le personnel est correctement immunisé et qu'il y a des protocoles relatifs à l'exposition aux maladies infectieuses, y compris un protocole concernant l'exposition aux pathogènes à diffusion hématogène.**

Abréviations

AOPPS	Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé
BPBLSE	Bactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
CSA	Association canadienne de normalisation
DC	Désinfection complète
DMBA	Désinfectant pour les mains à base d'alcool
DP	Désinfection partielle
EPC	Entérobactériacées productrices de la carbapénèmase
ÉPI	Équipement de protection individuelle
ERV	Entérocoques résistant à la vancomycine
ÉSA	Établissement de santé autonome
FSSS	Fiche signalétique santé-sécurité
IB	Indicateur biologique
LEH	Locaux extra-hospitaliers
OA	Organismes antibiorésistants
PB	Pratiques de base
PCI	Prévention et contrôle des infections
PS	Précautions supplémentaires
RRCI	Réseaux régionaux de contrôle des infections
SAMPGO	Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario
SARM	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
SARM-C	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline d'origine communautaire
SIMDUT	Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail
SPO	Santé publique Ontario

Glossaire

Agence de santé publique du Canada (ASPC) : Agence nationale qui fait la promotion de l'amélioration de l'état de santé des Canadiens par l'entremise de mesures visant à protéger la santé publique et de l'élaboration de lignes directrices nationales. Le site Web de l'ASPC est situé à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.phphttp://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php.

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) : Organisme gouvernemental indépendant voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. L'AOPPS a été créée en 2007 en vertu d'une loi et entrepris ses activités en juillet 2008 avec pour mandat de fournir des conseils scientifiques et techniques à ceux qui œuvrent pour protéger et promouvoir la santé des Ontariennes et des Ontariens. L'agence entend devenir un centre de compétences reconnu à l'échelle internationale visant à protéger et à promouvoir la santé de l'ensemble de la population ontarienne par la mise en application et le développement des sciences et des connaissances. Le nom commercial de l'AOPPS est Santé publique Ontario (SPO).

Antisepsie chirurgicale des mains : Préparation des mains pour une intervention chirurgicale à l'aide d'un savon antimicrobien et d'eau ou d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool, ayant de préférence un effet antimicrobien prolongé.

Antiseptique : Agent pouvant détruire les micro-organismes qui est appliqué sur les tissus vivants et la peau.

Audit : Examen systématique et indépendant permettant de vérifier si les activités en matière d'assurance qualité et les résultats connexes sont conformes aux ententes prévues, efficaces et appropriés pour l'atteinte des objectifs.

Barrière : Équipement ou objet utilisé pour empêcher la peau, les muqueuses ou les vêtements du personnel d'être en contact avec des éclaboussures ou des jets de matières potentiellement infectieuses.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) : Organisme consultatif scientifique multidisciplinaire qui conseille le médecin-hygiéniste en chef en se fondant sur des faits probants relatifs à plusieurs aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. On peut trouver de plus amples renseignements à ce sujet à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/PIDAC.aspx#.VUf8wZNmXWM

Contamination : Présence d'un agent infectieux sur les mains ou une surface comme les vêtements, les blouses, les gants, la literie, les jouets, les instruments chirurgicaux, le matériel de soin, les pansements ou autres objets inanimés.

Continuum des soins : Dans tous les secteurs des soins de santé, y compris les établissements qui dispensent des soins d'urgence (y compris les soins préhospitaliers), les hôpitaux, les établissements qui dispensent des soins continus complexes, les hôpitaux de réadaptation, les maisons de soins de longue durée, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires, les cabinets d'autres professionnels de la santé, les bureaux de santé publique et les soins à domicile.

Déchets biomédicaux : Déchets contaminés et infectés provenant du cabinet ou de la clinique qui nécessitent un traitement avant de les jeter dans les sites d'enfouissement ou les systèmes d'égouts sanitaires. Les déchets biomédicaux comprennent les déchets anatomiques humains; les cultures ou prélèvements d'origine

humaine et animale (excluant selles et urine); le sang humain liquide et les produits sanguins; les articles contaminés avec du sang ou des produits sanguins dont s'échapperait du sang liquide ou semi-liquide s'ils étaient comprimés; les liquides organiques visiblement contaminés par du sang; les liquides organiques retirés pendant une intervention chirurgicale, un traitement ou pour établir un diagnostic (excluant selles et urine); les objets pointus et tranchants; et le verre brisé qui a été en contact avec du sang ou du liquide organique[43,52].

Désinfectant : Produit que l'on utilise sur des surfaces ou du matériel médical pour les désinfecter. On applique du désinfectant sur des objets inanimés uniquement. Certains produits incluent à la fois un nettoyant et un désinfectant.

Désinfectant à faible action : Agent chimique qui permet une désinfection partielle lorsqu'il est utilisé sur des surfaces ou des articles dans l'environnement.

Désinfectant chirurgical pour les mains à base d'alcool : Produit pour la préparation chirurgicale des mains à base d'alcool qui a un effet rémanent.

Désinfectant hospitalier : Désinfectant à faible action ayant un numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada approuvant son utilisation dans les hôpitaux canadiens.

Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) : Désinfectant liquide, en gel ou en mousse contenant de l'alcool (p. ex., alcool isopropylique ou éthanol), que l'on utilise dans les situations cliniques pour réduire le nombre de micro-organismes se trouvant sur les mains non visiblement souillées. Les DMBA contiennent des émollients qui réduisent l'irritation cutanée et permettent un lavage des mains plus rapide que lorsque l'on utilise du savon et de l'eau.

Désinfection : Inactivation de micro-organismes qui provoquent des maladies. La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes. Le matériel médical doit être nettoyé à fond avant que l'on puisse procéder à une désinfection efficace. Voir également *Désinfectant.*

Désinfection partielle (DP) : Niveau de désinfection requis pour le traitement de matériel médical non invasif ou de certaines surfaces dans l'environnement. Le matériel et les surfaces doivent être nettoyés à fond avant d'entreprendre une désinfection partielle.

Détergent : Agent nettoyant synthétique qui peut émulsifier les graisses et dissoudre la saleté. Un détergent contient des surfactants qui ne précipitent pas dans l'eau dure; il peut aussi contenir des protéases (voir *Nettoyeur enzymatique*) et des agents blanchissants.

Dispositif médical sécuritaire : Objet acéré sans aiguille ou instrument à aiguille utilisé pour extraire des liquides organiques, accéder à une veine ou à une artère ou administrer des médicaments ou d'autres liquides, muni d'un dispositif ou d'un mécanisme de sécurité intégré qui permet de réduire de façon efficace les risques d'incident. Les dispositifs sécuritaires doivent être approuvés par Santé Canada.

Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) : Souches d'*Enterococcus faecium* ou d'*Enterococcus faecalis* dont la concentration minimale inhibitrice (CMI) de vancomycine est supérieure ou égale à 32 mcg/ml et (ou) qui contiennent le gène de résistance vanA ou vanB.

Environnement de prestation de soins de santé : Personnes et articles qui constituent l'environnement de soins (p. ex., les objets, le matériel médical, le personnel, les patients) d'un hôpital, d'une clinique ou d'un établissement de soins ambulatoires, à l'extérieur de l'environnement immédiat du patient. Voir également *Environnement du patient.*

Environnement du patient : Espace immédiat d'un patient qui peut être touché par celui-ci et qui peut également être touché par le fournisseur de soins de santé au moment de la prestation des soins. L'environnement du patient comprend le matériel, les instruments médicaux, les meubles (p. ex., lit et chaise), le téléphone ainsi que la salle de bains qu'il utilise.

Équipement de protection individuelle (ÉPI) : Vêtement ou matériel porté pour se protéger des dangers.
Essai d'ajustement : Méthode qualitative ou quantitative destinée à évaluer l'ajustement d'une marque, d'une taille et d'un modèle précis de respirateur sur une personne. Un essai d'ajustement doit être effectué périodiquement, au moins tous les deux ans et lorsque l'on change de masque de respirateur ou en présence de changement de l'état physique de l'utilisateur qui pourrait nuire à l'ajustement du respirateur.

Établissement de santé autonome : Établissement de santé où un ou plusieurs membres du public reçoivent des services pour lesquels des frais sont exigés ou payés.

Établissement de soins de santé : Lieu où des soins sont prodigués, y compris les établissements qui dispensent des soins d'urgence, les hôpitaux, les établissements qui dispensent des soins continus complexes, les hôpitaux de réadaptation, les maisons de soins de longue durée, les établissements de santé mentale, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires, les établissements de santé autonomes, les locaux extra-hospitaliers, les cabinets d'autres professionnels de la santé et les domiciles.

Étiquette respiratoire : Mesures personnelles visant à prévenir la propagation des bactéries et des virus qui causent des infections respiratoires aiguës (p. ex., se couvrir la bouche quand on tousse, jeter les papiers mouchoirs aux endroits appropriés).

Évaluation des risques : Évaluation de l'interaction entre le fournisseur de soins de santé, le patient et l'environnement de ce dernier afin d'évaluer et d'analyser les risques d'exposition à une maladie infectieuse.

Fabricant : Personne, partenariat ou entité incorporée qui fabrique du matériel médical et le vend sous son propre nom ou sous une marque déposée, un dessin, une raison sociale ou sous un autre nom ou une autre marque lui appartenant ou étant sous son contrôle.

Fiche signalétique santé-sécurité (FSSS) : Document contenant de l'information sur les dangers potentiels (santé, feu, réactivité et environnement) et la façon sécuritaire de travailler avec un produit chimique. Il contient aussi de l'information sur l'utilisation, l'entreposage, la manipulation et les procédures d'urgence en lien avec les dangers que présente le matériel. Les FSSS sont préparées par le fournisseur ou le fabricant du matériel.

Fournisseur de soins de santé : Toute personne offrant des soins à un patient. Il peut s'agir notamment de médecins, de dentistes, d'infirmières, d'inhalothérapeutes et d'autres professionnels de la santé, d'enseignants cliniques et d'étudiants. Voir également *Personnel.*

Hygiène des mains : Terme général faisant référence à tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à enlever la saleté visible et à éliminer ou supprimer les micro-organismes transitoires se trouvant sur les mains. Elle comprend l'utilisation de savon et d'eau courante ou d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. Elle comprend l'antisepsie chirurgicale des mains.

Indicateur biologique (IB) : Système d'essai contenant des micro-organismes viables (p. ex., bandelettes ou flacons de spores) offrant une résistance définie à un procédé de stérilisation particulier. Le fabricant du

stérilisateur déterminera quel indicateur biologique est indiqué pour le stérilisateur donné. Les indicateurs biologiques doivent être utilisés conformément aux directives du fabricant et on doit consigner les résultats du test. Un indicateur biologique sera utilisé pour tester le stérilisateur chaque jour qu'il est utilisé. Si l'indicateur révèle que la stérilisation n'a pas eu lieu, la stérilité des instruments ne peut être garantie. Un processus doit être en place en cas d'échec de la stérilisation.

Indicateur chimique (IC) : Système qui, durant la stérilisation, réagit à un changement dans un ou plusieurs paramètres prédéfinis du procédé avec un changement chimique ou physique. Les indicateurs chimiques n'indiquent pas nécessairement qu'un dispositif est stérile, mais que le paquet a subi un cycle de stérilisation. Les indicateurs chimiques externes sont utiles pour distinguer les articles traités de ceux qui ne le sont pas (p. ex., ruban qui change de couleur) et seront appliqués à chaque paquet à stériliser. Un indicateur chimique interne sera placé dans chaque paquet qui se fait stériliser.

Indicateur physique : Dispositif mécanique de surveillance de la durée, de la température et de la pression d'un stérilisateur qui est généralement intégré à ce dernier.

Infection : Pénétration et multiplication d'un agent infectieux dans les tissus de l'hôte. Une infection asymptomatique ou subclinique est un processus infectieux qui évolue de façon semblable à une maladie clinique sans se manifester par des symptômes cliniques. Une infection symptomatique ou clinique se manifeste par des signes et des symptômes cliniques (maladie).

Infection nosocomiale : Terme désignant une infection contractée au moment de recevoir des soins de santé.

Infection respiratoire aiguë : Toute nouvelle apparition d'une infection respiratoire aiguë qui pourrait être transmise par des gouttelettes (par les voies respiratoires supérieures ou inférieures), dont les symptômes consistent en une fièvre supérieure à 38 °C et l'apparition ou l'aggravation d'une toux ou d'un essoufflement (anciennement connue sous le nom de « maladie respiratoire fébrile » ou MRF). Il convient de noter qu'il se peut que les personnes âgées et immunodéprimées ne manifestent pas de réaction fébrile à une infection respiratoire.

Lavage des mains : Élimination physique de micro-organismes se trouvant sur les mains avec du savon (ordinaire ou antimicrobien) et de l'eau courante.

Locaux extra-hospitaliers (LEH) : Locaux où sont effectuées des interventions nécessitant des types particuliers d'anesthésie, comme l'anesthésie générale, la sédation, la plupart des anesthésies régionales et, dans certains cas, l'anesthésie locale. Les interventions effectuées dans les LEH comprennent, sans s'y limiter, la chirurgie plastique, l'endoscopie et la prise en charge interventionnelle de la douleur. Pour de plus amples renseignements, consulter le Règlement de l'Ontario 114/94 (en anglais) ou visiter le site Web suivant (en anglais) : www.cpso.on.ca.

Masque : Objet qui couvre le nez et la bouche, fixé à l'arrière et utilisé par les fournisseurs de soins de santé afin de protéger les muqueuses du nez et de la bouche.

Matériel médical non invasif : Matériel qui ne touche que la peau intacte et aucune muqueuse, ou qui n'entre pas en contact direct avec le patient. Le retraitement du matériel non invasif nécessite un nettoyage et peut aussi exiger une désinfection partielle (p. ex., brassards de tensiomètre, stéthoscopes).

Matériel médical : Instrument, appareil, dispositif ou autre article, employé seul ou autrement, conçu par le fabricant pour un usage humain aux fins suivantes : diagnostic, prévention, surveillance, traitement ou

atténuation d'une maladie, d'une blessure ou d'une incapacité; investigation, remplacement ou modification d'une partie de l'organisme ou d'un processus physiologique; fécondation artificielle.

Mesures administratives : Mesures mises en place pour réduire les risques d'infection du personnel ou des patients (p. ex. politiques/procédures de prévention et de contrôle des infections, éducation/formation).

Mesures techniques : Mesures physiques ou mécaniques mises en place pour réduire le risque d'infection du personnel ou des patients (p. ex. système de chauffage, de ventilation ou de climatisation, conception des chambres, installation de lavabos réservés au lavage des mains).

Nettoyage : Élimination physique de matières étrangères (p. ex., poussière et saleté) et de matières organiques (p. ex., sang, sécrétions, excrétions et micro-organismes). Le nettoyage élimine physiquement les micro-organismes sans les tuer. On nettoie avec de l'eau, des détergents et une action mécanique.

Nettoyeur enzymatique : Agent de prénettoyage contenant des protéases employé pour détruire les dépôts de protéines tels que le sang, les liquides organiques, les sécrétions et les excrétions sur le matériel médical et les autres surfaces. La plupart des nettoyeurs enzymatiques contiennent aussi un détergent. Ils sont utilisés pour désagréger et dissoudre les substances organiques avant le nettoyage.

Numéro d'identification du médicament (DIN) : Au Canada, les désinfectants sont considérés comme des médicaments selon la *Loi sur les aliments et drogues* et ses règlements d'application. Les fabricants de désinfectants doivent obtenir un numéro d'identification du médicament (DIN) de Santé Canada avant la commercialisation, ce qui garantit que l'étiquetage et les données à l'appui ont été fournis et que la Direction des produits thérapeutiques a établi que le produit est efficace et sécuritaire pour l'usage auquel il est destiné.

Objet pointu et tranchant : Objet pouvant servir à ponctionner ou à couper (p. ex., aiguilles, seringues, lames, verre clinique).

Organisation : Propriétaire, exploitant et autres personnes responsables de la gestion d'un établissement de soins de santé.

Organisme antibiorésistant (OA) : Micro-organisme qui présente une résistance à l'action de plusieurs agents antimicrobiens et qui revêt une importance clinique ou épidémiologique particulière.

Peroxyde d'hydrogène à action améliorée : Préparation de peroxyde d'hydrogène variant de 0,175 p. 100 à 1 p. 100 qui contient des surfactants, des agents solubilisants et des agents chélateurs. Il en résulte un puissant oxydant avec lequel on peut obtenir rapidement une désinfection à large spectre pour les surfaces dans l'environnement et les dispositifs non invasifs. Une deuxième concentration (2 p. 100 à 7 p. 100) pourrait éliminer les spores.

Personnel : Toute personne qui exerce des activités dans des établissements où des soins de santé sont prodigués, y compris, mais sans s'y limiter, les fournisseurs de soins de santé. Voir également *Fournisseurs de soins de santé.*

Point de service : Endroit où les trois éléments suivants sont réunis : le patient, le fournisseur de soins de santé et les soins ou les traitements qui supposent un contact avec le patient.

Pratiques de base (PB) : Il s'agit du système de pratiques de prévention et de contrôle des infections à appliquer à tous les patients toutes les fois qu'on leur prodigue des soins afin de prévenir et limiter la transmission des micro-organismes dans tous les établissements de soins de santé. Pour une description

complète des pratiques de base, consulter le document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI.[5]

Précautions contre la transmission par voie aérienne : Utilisées en plus des pratiques de base pour les patients atteints ou potentiellement atteints d'une maladie transmise par voie aérienne (p. ex., par de petits noyaux de gouttelettes qui demeurent en suspension dans l'air et qui peuvent être inhalés par d'autres personnes).

Précautions contre les contacts : Utilisées en plus des pratiques de base pour réduire les risques de transmission d'agents infectieux par contact avec une personne infectée.

Précautions contre l'exposition aux gouttelettes : Utilisées en plus des pratiques de base pour les patients atteints ou potentiellement atteints d'une infection qui peut être transmise par de grosses gouttelettes infectieuses.

Précautions supplémentaires (PS) : Il faut prendre de telles précautions (c.-à-d., précautions contre les contacts, les gouttelettes et la transmission par voie aérienne) en plus des pratiques de base afin de se protéger contre certains pathogènes ou certaines présentations cliniques. Ces précautions sont fondées sur la méthode de transmission (p. ex., contact, gouttelettes, voie aérienne).

Prévention et contrôle des infections (PCI) : Pratiques et méthodes fondées sur des éléments probants qui, lorsqu'elles sont appliquées systématiquement dans les cabinets et les cliniques, peuvent prévenir la transmission des infections aux patients, aux fournisseurs de soins de santé et aux visiteurs, ou réduire le risque de transmission.

Protection du visage : Équipement de protection individuelle qui protège les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche des éclaboussures ou de la pulvérisation de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions. La protection du visage peut comprendre un masque ou un respirateur utilisé conjointement avec des lunettes de protection ou un écran facial qui couvre les yeux, le nez et la bouche.

Protection oculaire : Dispositif qui couvre les yeux et qui est utilisé par les fournisseurs de soins de santé pour se protéger les yeux lorsque l'on s'attend à ce qu'une procédure ou une activité liée aux soins de santé risque de produire des éclaboussures ou la pulvérisation de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions, ou lorsque les fournisseurs se trouvent dans un rayon de deux mètres d'un patient qui tousse. La protection oculaire comprend les lunettes de protection, les lunettes à coques, les écrans faciaux et les visières.

Réseaux régionaux de contrôle des infections : Les Réseaux régionaux de contrôle des infections de l'Ontario coordonnent et intègrent les ressources liées à la prévention, à la surveillance et au contrôle des maladies infectieuses dans tous les secteurs de soins de santé et pour tous les fournisseurs de soins de santé, faisant la promotion d'une démarche commune en matière de prévention et de contrôle des infections et de l'utilisation des pratiques exemplaires au sein de la région. Il existe 14 réseaux régionaux en Ontario. On peut trouver de plus amples renseignements à ce sujet à l'adresse www.publichealthontario.ca/fr/Qui-sommes-nous/Programmes/Pages/R%C3%A9seaux-r%C3%A9gionaux-de-contr%C3%B4le-des-infections.aspx#.VUf9ApNmXWM.

Respirateur : Voir *Respirateur N95*

Respirateur N95 : Dispositif de protection individuelle porté sur le visage, qui couvre le nez et la bouche afin de réduire les risques d'inhalation de particules en suspension dans l'air pour la personne qui le porte. Un

respirateur N95 homologué par le NIOSH filtre les particules de la taille d'un micron, présente une efficacité de filtration de 95 % et offre une étanchéité faciale laissant pénétrer moins de 10 % de contaminants.

Retraitement : Étapes effectuées pour préparer du matériel médical réutilisable à l'utilisation (p. ex., nettoyage, désinfection, stérilisation).
Santé publique Ontario (SPO) : Santé publique Ontario est le nom sous lequel fonctionne l'AOPPS. On trouve le site Web de SPO à l'adresse www.publichealthontario.ca/fr/Pages/default.aspx/fr/index.html.

Savon chirurgical antimicrobien pour les mains : Savon pour la préparation chirurgicale des mains qui s'utilise avec de l'eau et qui a un effet antimicrobien prolongé.

Soins directs : Prestation de soins (p. ex., donner le bain à un patient, le laver ou le tourner, changer ses vêtements, lui prodiguer des soins relatifs à l'incontinence, changer ses pansements, soigner ses plaies et ses lésions ouvertes, faire sa toilette).

***Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) :** Souche de *Staphylococcus aureus* qui présente une concentration minimale inhibitrice (CMI) d'oxacilline supérieure ou égale à 4 mcg/ml et qui contient le gène codant mecA de la protéine fixatrice de pénicilline 2a (PFP 2a). Le SARM est résistant à toutes les catégories de bêta-lactamines telles que les pénicillines, les pénicillines résistant à la pénicillinase (p. ex., cloxacilline) et les céphalosporines. Le SARM a été associé aux infections et épidémies d'origine nosocomiale.

Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) : Norme nationale employée au Canada pour la communication des dangers. Les éléments clés du SIMDUT sont la diffusion de mises en garde dans l'étiquetage des contenants de produits contrôlés par le SIMDUT, la diffusion de fiches signalétiques santé-sécurité (FSSS) et les programmes d'éducation et de formation à l'intention du personnel.

Tiers retraiteur autorisé par la FDA : Établissement (à l'extérieur d'un établissement de soins de santé) qui retraite les instruments médicaux à usage unique en suivant les lignes directrices établies par la Food and Drug Administration des États-Unis. Il n'y a actuellement aucune entreprise de retraitement autorisée au Canada.

Vérification de l'ajustement : Voir *Vérification de l'étanchéité*

Vérification de l'étanchéité : Procédure que le fournisseur de soins de santé doit effectuer chaque fois qu'il porte un respirateur N95 pour s'assurer qu'il est ajusté correctement au visage de l'utilisateur afin qu'il fournisse une protection respiratoire adéquate. Le fournisseur de soins de santé doit recevoir une formation sur la façon de procéder correctement à une vérification de l'étanchéité.

II. Résumés des pratiques requises et pratiques exemplaires recommandées en cabinet et en clinique

Ces tableaux de résumés ont pour but d'aider le cabinet ou la clinique à effectuer une autoévaluation en vue d'améliorer la qualité. Voir le texte complet pour connaître les fondements de ces recommandations.

Résumé des pratiques requises aux termes de la loi

Pratiques requises		Conforme	Conformité partielle	Non conforme	Plan d'action	Responsabilité
1.	L'employeur, le superviseur et le travailleur ont des devoirs en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.					
2.	Les employeurs doivent faire respecter les normes du SIMDUT dans leur lieu de travail. Chaque médecin doit donc se familiariser avec la législation.					
3.	Les employeurs doivent s'assurer que l'établissement est un environnement de travail sécuritaire qui protège les patients, le personnel et eux-mêmes et qui est en conformité avec la législation fédérale et provinciale.					
4.	De la formation régulière (y compris de l'orientation et de la formation continue) et du soutien doivent être offerts dans les pratiques en cabinet et en clinique pour aider le personnel à systématiquement implanter les					

Pratiques requises		Conforme	Conformité partielle	Non conforme	Plan d'action	Responsabilité
	méthodes de prévention et de contrôle des infections (PCI).					
5.	Les cabinets et les cliniques qui utilisent des respirateurs doivent mettre en place un programme de protection respiratoire. Le programme doit comprendre une évaluation de la santé, une vérification de l'ajustement du respirateur N95 et une formation du personnel pour lui apprendre à effectuer correctement le test d'étanchéité.					
6.	On doit mettre en place un programme de gestion des déchets conforme aux lois et normes nationales actuelles.					
7.	Les aires de stockage des déchets biomédicaux doivent être fermées à clef, sauf lorsque le personnel autorisé est sur place.					
8.	Tout transport externe de déchets infectieux doit se faire en conformité avec la *Loi sur le transport des marchandises dangereuses* de Transport Canada.					
9.	Les déchets doivent être transportés par un transporteur de déchets accrédité qui présente un certificat d'autorisation. Du personnel formé mais ne détenant pas de permis peut transporter de petites quantités de déchets vers un hôpital ou un laboratoire où ils seront éliminés.					
10.	10. En Ontario, tous les établissements de soins de santé doivent utiliser des aiguilles de sécurité, selon le règlement sur la sécurité des aiguilles (Règl. de l'Ont. 474/07).					
11.	Les objets pointus et tranchants doivent être gérés conformément aux lois et normes nationales actuelles.					
12.	Lorsqu'on aménage un nouvel espace clinique, on doit respecter les					

Pratiques requises		Conforme	Conformité partielle	Non conforme	Plan d'action	Responsabilité
	exigences de l'Association canadienne de normalisation (CSA).					
13.	La méthode, le degré et les produits de retraitement utilisés pour le matériel médical doivent refléter l'utilisation prévue du matériel ainsi que les dangers potentiels d'infection découlant de l'utilisation du matériel.					
14.	La méthode de stérilisation doit faire l'objet d'un test et d'un contrôle, avec consignation et vérification des résultats.					
15.	Le rendement de tous les stérilisateurs doit être évalué à l'aide de contrôles et d'indicateurs physiques, chimiques et biologiques.					
16.	Une procédure doit être établie pour le rappel du matériel médical qui n'a pas été retraité correctement.					
17.	Les cabinets et les cliniques doivent avoir des systèmes de ventilation adaptés au procédé ou produit utilisés pour protéger le personnel des vapeurs toxiques.					
18.	On doit respecter les normes de la Canadian Standards Association (CSA) lorsqu'on retraite du matériel médical.					
19.	On doit utiliser des désinfectants chimiques conformément à la réglementation de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.					

Résumé des pratiques exemplaires recommandées

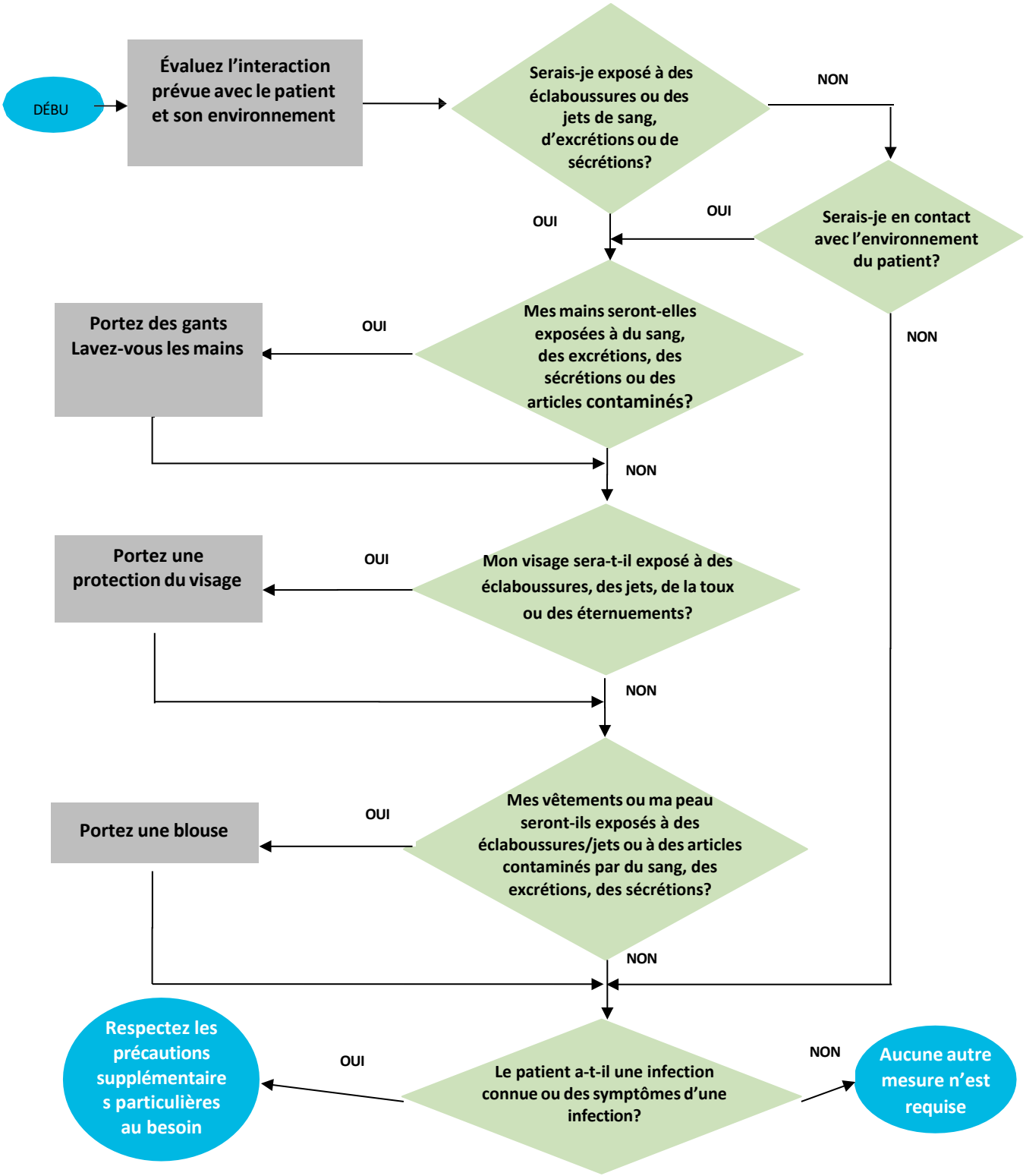
	Recommandation • « **Doit** » indique une pratique exemplaire, c.-à-d. la norme de soins basée sur les recommandations courantes de la documentation médicale. • « **Devrait** » indique une recommandation ou une action qui est conseillée, mais non obligatoire.	**Conforme**	**Conformité partielle**	**Non conforme**	**Plan d'action**	**Responsabilité**
1.	Tous les fournisseurs de soins de santé doivent suivre les pratiques de base avec tous les patients pendant tous les soins dans tous les cabinets et les cliniques.					
2.	L'hygiène des mains devrait être assurée en respectant « Les 4 moments où l'on doit se laver les mains » décrits dans le programme ontarien *Lavez-vous les mains*.					
3.	Un désinfectant pour les mains à base d'alcool devrait être utilisé puisqu'il s'agit du produit idéal pour nettoyer les mains qui ne sont pas visiblement sales.					
4.	De l'eau et du savon doivent être utilisés pour nettoyer les mains qui sont visiblement sales. Si on n'a pas accès à de l'eau courante, on doit se servir d'essuie-mains humides pour éliminer la saleté visible, puis d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool.					
5.	Des lavabos devraient être réservés au lavage des mains uniquement et ne pas être utilisés à d'autres fins, comme pour nettoyer du matériel ou y jeter des déchets liquides.					
6.	On ne devrait pas porter de bague. Si vous en portez une, elle doit être lisse, sans aucun bosselage.					
7.	Les fournisseurs de soins de santé ne doivent pas porter d'ongles artificiels, ni de bijoux aux mains et aux bras.					

Recommandation • « **Doit** » indique une pratique exemplaire, c.-à-d. la norme de soins basée sur les recommandations courantes de la documentation médicale. • « **Devrait** » indique une recommandation ou une action qui est conseillée, mais non obligatoire.		Conforme	Conformité partielle	Non conforme	Plan d'action	Responsabilité
8.	Les produits antiseptiques sans alcool et sans rinçage ne devraient pas être utilisés pour se nettoyer les mains dans les établissements de soins de santé.					
9.	Des gants devraient être portés s'il est prévu que les mains seront en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excrétions.					
10.	Une blouse devrait être portée s'il est prévu que les bras et (ou) les vêtements seront en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excrétions.					
11.	Une protection faciale devrait être portée s'il est prévu que les muqueuses des yeux, du nez et (ou) de la bouche seront en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excrétions.					
12.	Des précautions supplémentaires devraient être prises, en plus des pratiques de base, avec les patients ayant ou soupçonnés d'avoir des étiologies infectieuses.					
13.	Les seringues et aiguilles qui ont été utilisées auprès d'un patient ne doivent jamais être réinsérées dans un flacon ou utilisées pour retirer le médicament d'un flacon.					
14.	Les seringues ne doivent pas être réutilisées.					
15.	Les flacons à dose unique ne doivent pas être réutilisés et les restes des flacons à dose unique ne doivent être combinés.					

Recommandation • « **Doit** » indique une pratique exemplaire, c.-à-d. la norme de soins basée sur les recommandations courantes de la documentation médicale. • « **Devrait** » indique une recommandation ou une action qui est conseillée, mais non obligatoire.		Conforme	Conformité partielle	Non conforme	Plan d'action	Responsabilité
16.	Les seringues ne doivent pas être remplies à l'avance pour être utilisées plus tard.					
17.	Les flacons à doses multiples ouverts doivent être éliminés en suivant les directives du fabricant ou 28 jours après ouverture, selon la période la plus courte.					
18.	Les directives du fabricant des vaccins et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée relatives à la conservation et à la manipulation des vaccins doivent être suivies.					
19.	Le cabinet ou la clinique devrait adopter des méthodes de nettoyage qui sont appropriées pour cette pratique.					
20.	Le matériel médical invasif ou semi-invasif identifié comme étant à usage unique ne doit pas être retraité ou réutilisé à moins que le retraitement ne soit effectué par un retraiteur autorisé.					
21.	En milieu chirurgical, on doit utiliser des produits d'hygiène des mains conçus pour les interventions chirurgicales.					
22.	Il devrait y avoir des mécanismes en place dans les cabinets et cliniques pour s'assurer que le milieu de travail est sain, que le personnel est correctement immunisé et qu'il y a des protocoles relatifs à l'exposition aux maladies infectieuses, y compris un protocole concernant l'exposition aux pathogènes à diffusion hématogène.					

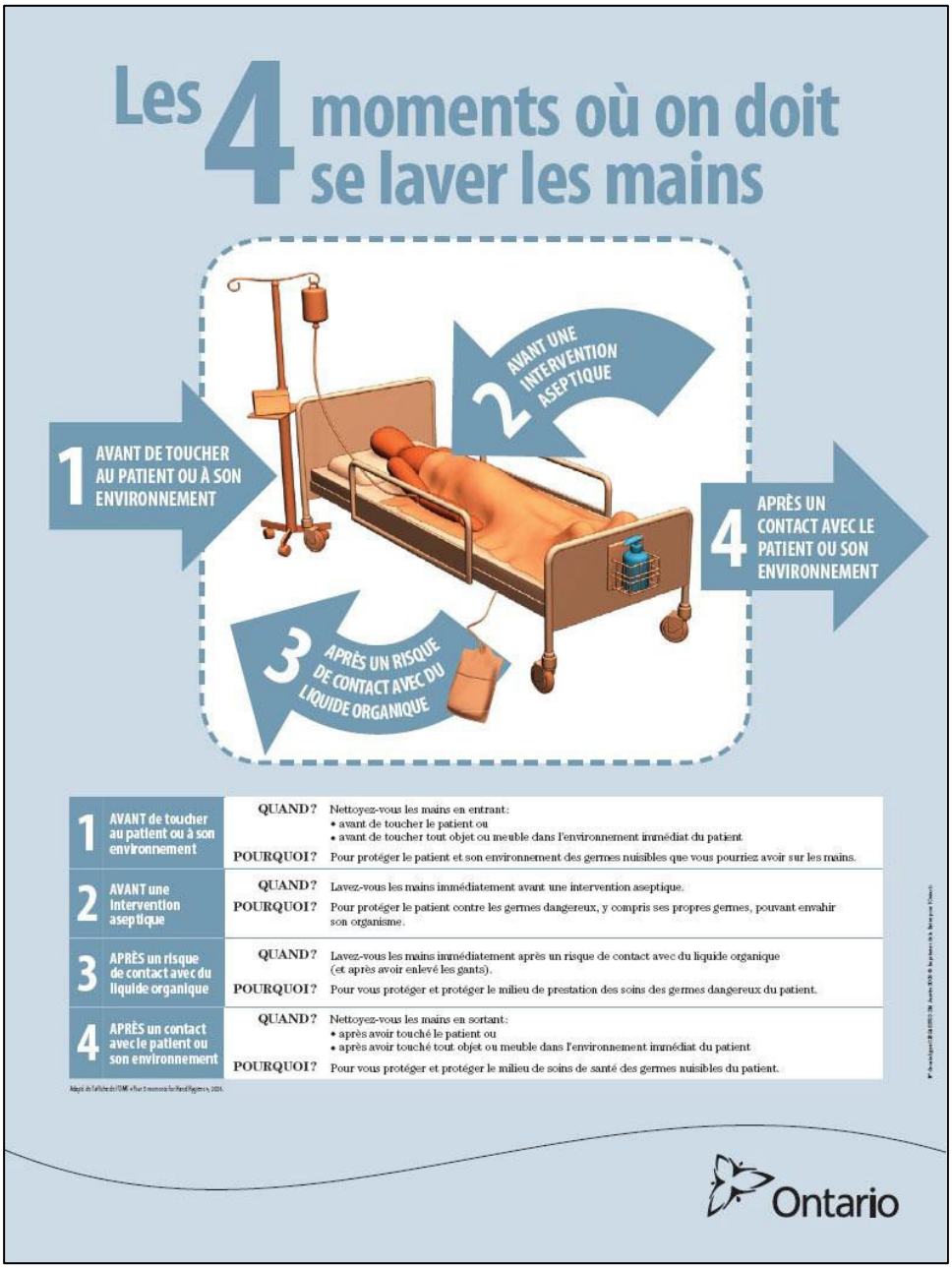
III. Annexes

Annexe A : Algorithme de l'évaluation des risques pour guider l'utilisation de l'ÉPI



Annexe B : Programme ontarien *Lavez-vous les mains* : *Les 4 moments où l'on doit se laver les mains*

Reproduit avec la permission de *Lavez-vous les mains*, programme ontarien d'hygiène des mains fondé sur des données probantes. Disponible à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/JustCleanYourHands/Pages/Just-Clean-Your-Hands.aspx#.UiW_4X_b3Sg



Annexe C : Techniques d'hygiène des mains

Reproduit avec la permission de *Lavez-vous les mains*, programme ontarien d'hygiène des mains fondé sur des données probantes. Disponible à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/JustCleanYourHands/Pages/Just-Clean-Your-Hands.aspx#.UiXAFX_b3Sg

ANNEXE B : TECHNIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS

Pour se nettoyer les mains correctement, frotter toutes les parties des mains et des poignets avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool ou à l'eau et au savon. Porter une attention particulière au bout des doigts, à l'espace entre les doigts, au revers des mains et à la base des pouces.

- *Garder ses ongles courts et propres*
- *Enlever ses bracelets et ses bagues*
- *Ne pas porter d'ongles artificiels*
- *Enlever le vernis à ongles écaillé*
- *Retrousser ses manches et relever sa montre pour ne pas les mouiller*

- *Se nettoyer les mains pendant au moins 15 secondes*
- *Se nettoyer les poignets et les avant-bras s'ils risquent d'avoir été contaminés*
- *Se sécher les mains complètement*
- *Utiliser souvent une lotion pour les mains*

Désinfectant pour les mains à base d'alcool



Eau et savon



Annexe D : Mise en place et retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)

Source : *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI, offert à : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Fr2012.pdf

MISE EN PLACE DE L'ÉPI

1. Se laver les mains



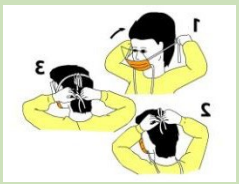
2. Enfiler la blouse

Attacher fermement au niveau du cou et des poignets



3. Mettre un masque ou un respirateur N95

- Placer le masque sur le nez et sous le menton.
- Resserrer les attaches, les boucles ou les courroies.
- Mouler la pièce de métal sur la voûte du nez.
- En ce qui concerne les respirateurs, effectuer une vérification de l'étanchéité





4. Mettre des lunettes de protection

- Mettre des lunettes de protection et les ajuster.
- L'écran facial doit être porté au-dessus des sourcils.



5. Enfiler les gants

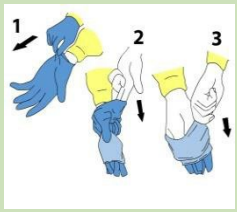
- Enfiler les gants, en prenant soin de ne pas les déchirer ou les perforer.
- Si l'on porte une blouse, les gants se portent par-dessus les poignets de celle-ci.



RETRAIT DE L'ÉPI

1. Retirer les gants

- Retirer les gants en employant une technique qui élimine le contact de la peau avec les gants.
- Saisir le bord extérieur du gant près du poignet, puis faire glisser le gant en le retournant à l'envers.
- Passer la main dans le deuxième gant et le faire glisser.
- Mettre immédiatement les gants au rebut dans une poubelle.



2. Retirer la blouse

- Enlever la blouse de façon à prévenir la contamination des vêtements ou de la peau.
- En commençant avec les attaches au niveau du cou, tirer le côté extérieur « contaminé » de la blouse vers l'avant et puis la retourner vers l'intérieur, rouler les manches en boule, puis jeter la blouse immédiatement de façon à minimiser le déplacement d'air.



3. Se laver les mains



4. Retirer les lunettes de protection

- Les branches des lunettes à coques et le serre-tête des écrans faciaux sont considérés comme « propres » et ils peuvent être touchés avec les mains.
- L'avant des lunettes à coques ou de l'écran facial est considéré comme contaminé.
- Retirer les lunettes de protection en manipulant uniquement les branches, les côtés ou l'arrière.
- Les jeter dans une poubelle ou dans un contenant approprié afin qu'elles soient envoyées au retraitement.
- Les lunettes de protection appartenant à l'employé qui les porte, doivent être nettoyées après chaque utilisation.



5. Retirer le masque ou le respirateur N95

- Les attaches, les boucles latérales et les courroies sont considérées comme « propres » et peuvent être touchées avec les mains.
- L'avant du masque ou du respirateur est considéré comme contaminé.
- Détacher les attaches du bas, puis celles du haut ou saisir les courroies ou les boucles latérales.
- Tirer le masque ou le respirateur vers l'avant, en se penchant vers l'avant afin de dégager le visage.
- Mettre immédiatement le masque ou le respirateur au rebut dans une poubelle.





6. Se laver les mains



Annexe E : Exemples d'affiches pour les aires d'accueil

1. Ne transmettez pas votre toux
Source : Santé publique Ontario



2. Affiche d'auto-dépistage

Source : *Annexe B: Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires pour tous les établissements de soins de santé* du CCMPI disponible à : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC-IPC_Annex_B_Prevention_Transmission_ARI_2013_FR.pdf



Veuillez lire attentivement

1. **Avez-vous une toux ou un essoufflement NOUVEAU ou PLUS GRAVE que d'habitude?**

Vous sentez-vous fiévreux?

Si vous avez répondu OUI à ces DEUX questions :

Lavez-vous les mains
ET
Mettez un masque ou un papier mouchoir devant votre bouche
ET
Parlez-en immédiatement à une réceptionniste ou à une infirmière

Annexe F : Maladies à déclaration obligatoire en Ontario

Pour consulter le document en ligne : www.ontario.ca/fr/lois/reglement/910559]

Déclarer les cas suspectés ou confirmés. Les maladies avec un astérisque* (et la grippe dans les établissements) devraient être immédiatement signalées au médecin hygiéniste par téléphone. Les autres maladies peuvent être déclarées le prochain jour ouvrable par télécopieur, téléphone ou courriel.

Amibiase
***Anthrax**
***Botulisme**
***Brucellose**
Chancre mou
***Choléra**
Coqueluche
***Cryptosporidiose**
***Cyclosporose**
***Diphtérie**
***Encéphalite, y compris :**
1. ***l'encéphalite virale primaire**
2. l'encéphalite postinfectieuse aiguë
3. l'encéphalite consécutive à un vaccin
4. la panencéphalite sclérosante subaiguë
5. l'encéphalite d'origine inconnue

Entérite à *Campylobacter*
***Épidémies de maladie associée à *Clostridium difficile* (MACD) dans les hôpitaux publics**
***Épidémies d'infections respiratoires en établissement**
***États indicateurs d'une infection à E. coli producteur de vérotoxine, y compris le syndrome hémolytique et urémique**
***Fièvre de Lassa**
***Fièvre jaune**
***Fièvre paratyphoïde**
***Fièvre Q**
***Fièvre typhoïde**
***Fièvres hémorragiques, y compris :**
1. ***la maladie à virus Ebola**
2. ***la maladie à virus de Marburg**
3. ***les autres fièvres hémorragiques virales**

***Gastroentérite, poussées épidémiques en établissement**
***Giardiase, sauf les cas asymptomatiques**
Gonorrhée
Grippe
***_Haemophilus influenzae_ type B, infection invasive à**
***Hépatite virale, notamment :**
1. ***l'hépatite A**
2. l'hépatite B
3. l'hépatite C

***Infection par le virus du Nil occidental**
Infections génitales à Chlamydia trachomatis
Intoxication par phycotoxine paralysante
***Légionellose**
Lèpre
***Listériose**
Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes
Maladie de Lyme
Maladie du charbon
***Méningite aiguë :**
1. ***purulente**
2. Virale
3. d'un autre type

***Méningocoques, infection invasive à**
Ophtalmie du nouveau-né
Oreillons
Paludisme
Paralysie flasque aiguë
***Peste**
Pneumoccocie invasive
***Poliomyélite aiguë**
Psittacose/ ornithose
***Rage**
***Rubéole**
Salmonellose
Streptocoques du groupe A, infection invasive à
Streptocoques du groupe B, infection périnatale à
Syndrome de rubéole congénitale
Syndrome d'immuno-déficience acquise (sida)
***Syndrome pulmonaire à hantavirus**
***Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)**
Syphilis
Tétanos
***Toxi-infection alimentaire, toutes les formes**
Trichinose
Tuberculose
***Tularémie**
Varicelle
***Variole**
Yersiniose

Annexe G : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C)

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, janvier 2011.

Définition

- *Staphylococcus aureus* résistant à toutes les catégories de bêta-lactamines telles que les pénicillines, les pénicillines résistant à la pénicillinase (p. ex., cloxacilline) et les céphalosporines.
- Le SARM d'origine communautaire (SARM-C) désigne les souches liées à la colonisation et à la transmission dans la collectivité.

Épidémiologie

- La détection du SARM-C croît partout dans le monde.
- Les populations les plus à risque varient selon la région et incluent : les jeunes adultes, les enfants de <2 ans, les athlètes pratiquant des sports de contact, les personnes ayant des troubles dermatologiques cliniques, les personnes vivant en situation de congrégation, de surpeuplement ou de faible statut socio-économique, les utilisateurs de drogues à injection, les patients qui ont pris des antibiotiques récemment ou à répétition, les personnes autochtones, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le personnel militaire et les personnes incarcérées.
- Le SARM-C peut coloniser des personnes sans facteur de risque apparent.
- Dans certaines régions des États-Unis, le SARM-C est responsable de la majorité des cas d'infection de la peau et des tissus mous (IPTM) à *S. aureus*.
- L'épidémiologie et la gestion du SARM d'origine communautaire peut évoluer rapidement. Cela s'est produit dans certaines régions des États-Unis. Il est important d'assurer une surveillance étroite de l'épidémiologie locale, si possible.

Transmission et virulence

- La transmission se produit par contact direct entre personnes ou par contact avec des objets ou surfaces contaminés.
- Certaines souches de SARM-C produisent des toxines associées à des maladies systémiques et locales plus graves, mais l'étiologie de la virulence accrue du SARM-C en milieu communautaire demeure source de débats.

Diagnostic et traitement

(*voir l'algorithme*)

Maladie allant de légère à modérée

- Les IPTM mineures non pas besoin de faire l'objet de cultures de SARM de routine.
- Une culture peut être indiquée si on soupçonne un cas de SARM en raison des caractéristiques du patient (voir l'algorithme).
- L'incision et le drainage des lésions purulentes, suivis de soins adéquats des plaies constituent les pierres angulaires de la gestion du SARM-C.
- L'antibiothérapie systémique N'est PAS recommandée dans le cas d'IPTM mineure ou de petits abcès sans cellulite, sauf chez les nourrissons et personnes immunodéprimées.
- L'antibiothérapie systémique est recommandée dans le cas des petits abcès avec cellulite et des gros abcès (voir l'algorithme pour le choix des antibiotiques).

Maladie grave ou inhabituelle

- Cellulite répandue ou abcès multiples avec caractéristiques systémiques connexes.
- Pneumonie nécrosante s'accompagnant souvent de prodrome de type grippal menant à un choc ou à de l'insuffisance respiratoire.

- Endocardite
- Parmi les autres manifestations possibles du SARM figurent l'ostéomyélite, la pyomyosite, la fasciite nécrosante, la thrombophlébite septique et le syndrome de sepsie.

Prévention de la transmission du SARM

- Exige l'application et le renforcement constants des bonnes pratiques d'hygiène et du recours judicieux aux antibiotiques.
- En présence de lésions cutanées, indiquer au patient de :
    - recouvrir les lésions pour contenir les écoulements ou l'exsudat;
    - ne pas partager d'articles personnels en contact avec la peau, comme des désodorisants, des rasoirs, des brosses à dent, des serviettes, des limes à ongles, des peignes ou des brosses;
    - ne pas partager de serviettes non lavées;
    - jeter rapidement les déchets contaminés, y compris les pansements souillés, dans un endroit sûr (p. ex. contenant à ordures revêtu d'un sac de plastique pour permettre de le retirer et de le sceller sans se contaminer de nouveau les mains);
    - se laver les mains avec du savon et de l'eau, ou utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool, après avoir touché une lésion cutanée ou du matériel pouvant avoir été contaminé, comme des pansements souillés.

- Après que le patient a quitté la salle d'examen, essuyer immédiatement toutes les surfaces et le matériel de soins au patient (brassard de tensiomètre, stéthoscope, etc.) qui ont été en contact avec le patient avec une solution d'une

- part d'eau de Javel pour 100 parts d'eau, ou un désinfectant de qualité hospitalière approuvé comme de l'ammonium quaternaire ou une solution de peroxyde d'hydrogène.
    - Des essuie-mains de qualité hospitalière contenant un désinfectant de qualité hospitalière et offerts dans un contenant distributeur facile à utiliser sont aussi disponibles (pour de plus amples renseignements, communiquer avec le bureau de santé publique ou réseau régional de contrôle des infections local).

Dépistage et décolonisation

- Le dépistage de base de la colonisation des fosses nasales et autres sites N'est PAS recommandé.
- La décolonisation devrait être envisagée dans des circonstances exceptionnelles seulement, comme les infections récurrentes et la transmission au sein d'une même famille, et être effectuée uniquement en consultation avec un spécialiste des maladies infectieuses.

Algorithme de gestion en consultation externe des infections de la peau et des tissus mous (IPTM) parmi les adultes en santé[1]

Votre patient satisfait-il à un ou plusieurs des critères suivants?

- Fait partie d'une des populations à risque élevé (*voir ci-après*)
- Abcès récurrents/grappes familiales d'abcès
- Mauvaise réaction aux antibiotiques de la classe des bêta-lactamines (p. ex. pénicillines, cloxacilline, céphalosporines)
- Antécédents de prise d'antibiotiques récente
- Infection à SARM par le passé

Populations à risque élevé

- Enfants, surtout de moins de 2 ans
- Contact au SARM en salle de classe
- Athlètes, surtout de sports de contact
- Personnes atteintes de maladies chroniques de la peau
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Utilisateurs de drogues injectables
- Personnes à faible statut socio-économique
- Personnes vivant en situation de congrégation ou de surpeuplement
- Personnes exposées à des colonies d'animaux domestiques, y compris le personnel vétérinaire
- Personnes autochtones
- Personnes porteuses du SARM

Si oui, soupçonner un cas de SARM

Culture SI :

- SARM-C soupçonné en fonction des critères ci-haut, ou
- Infection récurrente, deux ou plus en <6 mois, ou
- Transmission connue à autrui, ou
- Infection grave, dont l'hospitalisation, ou
- Aucune réaction au traitement habituel

Maladie légère (y compris SARM confirmé)
(folliculite, furoncles et petits abcès sans cellulite) :

- NE PAS recourir à l'antibiothérapie systémique en cas d'IPTM mineure ou de petits abcès
- TRAITER de l'une ou l'autre des façons suivantes :
  - thérapie locale au moyen de trempage dans l'eau chaude
  - incision et drainage sans traitement antimicrobien
  - bacitracine ou mupirocine topique

Maladie modérée (cas suspecté ou confirmé de SARM[2])
(cellulite ou abcès modérés sans caractéristiques systémiques) :

- TMP-SMX DS, un comprimé po q12h

OU

- Doxycycline 100 mg po q12h[3]

OU

- Clindamycine 150-450 mg po q6h (seulement en cas de susceptibilité confirmée)
- Modifier le traitement selon les résultats de tests de susceptibilité antimicrobienne
- Suivi étroit des résultats cliniques essentiel

Maladie grave (cas suspecté ou confirmé de SARM)
(cellulite répandue, gros abcès ou abcès multiples, caractéristiques systémiques connexes) : Traiter en consultation avec un spécialiste des maladies infectieuses

Si non, soupçonner un cas de *staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline (SDSM)

Aucune culture SI :
IPTM mineure ou aucuns antécédents de SARM

SDSM léger, modéré ou grave :
Antibiothérapie empirique selon la gravité clinique et les susceptibilités locales

REMARQUES :

1. Voir le feuillet d'information du CCPMI intitulé *Methicillin Resistant Staphylococcus aureus in the Community (CA-MRSA)*

2. Les doses indiquées s'appliquent aux adultes.

3. Ne pas traiter les femmes enceintes et les enfants de moins de 8 ans à l'aide de doxycycline.

Nota : Le traitement devrait être modifié en fonction des résultats aux tests de susceptibilité antimicrobienne.

Annexe H : Liste de vérification pour une utilisation sécuritaire des médicaments

Entrepôt des médicaments

- ☐ Il y a des installations pour pratiquer l'hygiène des mains dans l'entrepôt des médicaments.
- ☐ Il y a un contenant antiperforation au point d'utilisation pour éliminer les objets pointus et tranchants.
- ☐ Il y a un réfrigérateur réservé aux médicaments et vaccins. La nourriture et les échantillons ne sont pas conservés dans le réfrigérateur des médicaments.
- ☐ Les températures des réfrigérateurs et congélateurs utilisés pour conserver les vaccins sont vérifiées deux fois par jour et consignées.
- ☐ Il y a un avertisseur sur le réfrigérateur des médicaments et vaccins pour donner l'alerte lorsque la température n'est plus à l'intérieur de la plage recommandée.

Médicaments et flacons

- ☐ Ne pas réutiliser les flacons à dose unique. Ne jamais combiner ou mélanger les restes des flacons à dose unique.
- ☐ Insérer toujours une seringue et une aiguille/canule stériles dans le flacon.
- ☐ Toutes les aiguilles et seringues doivent être réservées à un seul patient.
- ☐ Dans la mesure du possible, ne pas utiliser de flacons à doses multiples.

Quand on ne peut pas éviter d'utiliser un flacon à doses multiples, les exigences suivantes doivent être respecter à chaque utilisation du flacon :

- ☐ Utiliser les flacons à doses multiples auprès d'un seul patient dans la mesure du possible, en inscrivant le nom du patient et la date de première utilisation sur le flacon et en jetant le flacon au moment approprié. Jeter immédiatement le flacon à doses multiples s'il ne porte pas sa date de première utilisation ou le nom du patient.
- ☐ Manipuler le flacon à doses multiples sur une surface propre à distance du matériel souillé, usagé ou potentiellement contaminé.
- ☐ Frotter la membrane d'accès des flacons avec de l'alcool à 70 %. Laisser sécher avant d'insérer une nouvelle aiguille ou seringue dans le flacon.
- ☐ Ne jamais laisser une aiguille dans un flacon à des fins d'utilisation avec une nouvelle seringue.
- ☐ Jeter immédiatement le flacon à doses multiples si sa stérilité est mise en doute ou a été compromise.
- ☐ Jeter le flacon à doses multiples en suivant les directives du fabricant ou 28 jours après son ouverture, selon la période la plus courte, à moins qu'il soit utilisé auprès d'un seul patient (p. ex., administration d'immunothérapie), si les directives du fabricant stipulent que le flacon peut être utilisé pour une période supérieure à 28 jours, ET que toutes les exigences ci-haut aient été respectées.

Vaccins

- ☐ Des politiques et procédures ont été établies relativement à la manipulation et à l'entreposage des vaccins.
- ☐ Le réfrigérateur est doté d'un thermomètre.
- ☐ Les températures des réfrigérateurs utilisés pour conserver les vaccins sont vérifiées deux fois par jour et consignées.
- ☐ Les vaccins sont :
    - ☐ conservés au réfrigérateur à une température allant de 2 °C à 8 °C
    - ☐ conservés au congélateur à une température de -15 °C
    - ☐ protégés de la lumière, le cas échéant
    - ☐ placés ailleurs que dans les portes des réfrigérateurs
- ☐ Si les températures du réfrigérateur sont inférieures à 2 °C ou supérieures à 8 °C, consulter immédiatement le bureau de santé publique pour une évaluation de l'activité des vaccins.

Annexe I : Nettoyage, degré de désinfection et fréquence minimums recommandés pour le matériel médical

Source : *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins* du CCPMI à l'adresse : www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2011-02%20BP%20for%20Cleaning%20Disinfection%20and%20Sterilization%20-%20French.pdf

Le tableau ci-dessous présente les procédures de décontamination suggérées pour une panoplie de matériel et d'instruments utilisés dans un cabinet ou une clinique. Le fait que certains médecins ont accès à des services de stérilisation centraux dans leur établissement et les utilisent peut influer sur le choix de retraitement pour certains articles invasifs et semi-invasifs. **Rappelez-vous que tous les articles doivent être nettoyés avant la désinfection ou la stérilisation.**

*** REMARQUE : Il est important de suivre les directives du fabricant relatives au nettoyage et à la désinfection du matériel médical.**

Article	Nettoyage et degré de désinfection minimums : DC = Nettoyage + Désinfection complète DP = Nettoyage + Désinfection partielle ST - Nettoyage + Stérilisation	Fréquence minimum	Remarques
Accessoires de colposcopie	ST	▪ entre les patients	
Aiguille d'acupuncture	Jetable ou ST	▪ entre les patients	▪ jetable de préférence
Anneau de mesure pour pessaire et diaphragme	DC	▪ entre les patients	
Brassard de tensiomètre	DP	▪ entre les patients ▪ lorsque souillé	
Ciseaux (bandage)	DP	▪ entre les patients	
Ciseaux crochets	ST	▪ entre les patients	
Clavier	Voir Clavier d'ordinateur		
Clavier d'ordinateur	DP	▪ tous les jours	▪ essuyer avec une serviette désinfectante jetable ou un linge humidifié avec une solution désinfectante (ne pas utiliser de pulvérisateur) ▪ idéalement, couvrir les claviers d'une

Article	Nettoyage et degré de désinfection minimums : DC = Nettoyage + Désinfection complète DP = Nettoyage + Désinfection partielle ST - Nettoyage + Stérilisation	Fréquence minimum	Remarques
			membrane protectrice ou d'un plastique lavables
Coupe-fils	Jetable ou ST	▪ entre les patients	▪ jetable de préférence
Curettes endocervicales	ST	▪ entre les patients	
Débitmètre pour débit de pointe	DC	▪ entre les patients	▪ utiliser des embouts buccaux jetables et des filtres jetables
Dispositif intraveineux (IV) Pompes, supports, réchauffeurs	DP	▪ entre les patients ▪ lorsque souillé	
Électrocardiographes Appareil et câbles	DP	▪ entre les patients	
Embout pour test des émissions oto-acoustiques	Jetable ou DC	▪ entre les patients	
Endoscopes, souples	DC	▪ entre les patients	▪ les endoscopes qui pénètrent les cavités ou les tissus stériles doivent être stérilisés
Épingle pour examen neurologique	Jetable ou ST	▪ entre les patients	▪ de préférence jetable
Fauteuil roulant	Voir Matériel de transport		
Garrot	Jetable ou DP	▪ entre les patients ou jetable	▪ de préférence réserver à l'usage du patient ▪ jeter lorsque souillé/craqué
Glucomètre	DP	▪ entre les patients	
Imagerie diagnostique Portatif – Appareil Portatif – cassette ou grille mobile Mammographie - plaques	 DP DP DP	 ▪ lorsque souillé ▪ entre les patients si non couverte ▪ entre les patients	▪ idéalement devrait être couverte (p. ex., avec une taie d'oreiller)
Instruments de biopsie	ST	▪ entre les patients	▪ comprend les instruments de biopsie utilisés avec le matériel d'endoscopie

Article	Nettoyage et degré de désinfection minimums : DC = Nettoyage + Désinfection complète DP = Nettoyage + Désinfection partielle ST - Nettoyage + Stérilisation	Fréquence minimum	Remarques
Jouets	DP	▪ tous les jours et lorsque souillé	▪ ne pas utiliser de désinfectant phénolique
Laryngoscope Poignée Lame	 DP DC	 ▪ entre les patients ▪ entre les patients	
Lentilles cornéennes	Voir Matériel oculaire		
Marchette	Voir Matériel de transport		
Marteau à réflexe	DP	▪ entre les patients	
Matériel de transport Marchette Fauteuil roulant	 DP	▪ entre les patients	
Matériel destiné au soin des pieds	ST	▪ entre les patients	
Matériel oculaire	ST	▪ entre les patients	▪ comprend les lentilles cornéennes souples
Matériel orthopédique Béquilles, traction, etc.	DP	▪ entre les patients	
Matériel pour retirer les points de suture	Jetable ou ST	▪ entre les patients	▪ jetable de préférence
Matériel respiratoire	DC	▪ entre les patients ou jetable	
Miroir laryngien	DC or ST	▪ entre les patients	
Ophtalmoscope	DP	▪ entre les patients	
Otoscope Poignée	 DP	 ▪ entre les patients	
Pèse-personnes	DP	▪ tous les jours et lorsque souillé	

Article	Nettoyage et degré de désinfection minimums : DC = Nettoyage + Désinfection complète DP = Nettoyage + Désinfection partielle ST - Nettoyage + Stérilisation	Fréquence minimum	Remarques
Pinces crocodile	ST	▪ entre les patients	
Pointes d'électrocautère	ST	▪ entre les patients	
Sondes d'oxymètre	DP	▪ tous les jours et entre les patients	▪ si à usage unique, jeter après utilisation ▪ suivre les directives du fabricant pour le nettoyage
Spatule de Kimura	Jetable ou ST	▪ entre les patients	▪ jetable de préférence
Spéculum	Jetable ou DC	▪ entre les patients ou jetable	▪ jetable de préférence
Spéculum d'oreille	Jetable ou DC	▪ entre les patients	
Stéthoscope	DP	▪ entre les patients	▪ idéalement utiliser son propre stéthoscope ▪ si partagé, désinfecter les embouts
Surface de tonomètre	DC	▪ entre les patients	
Table d'examen	DP	▪ entre les patients et lorsque souillée	
Tenaculum vaginal	ST	▪ entre les patients	
Thermomètre	DP	▪ entre les patients	▪ si les embouts sont jetables, les jeter après utilisation
Transducteurs à ultrasons Poignée et câble Extérieur Sondes	 DP DP DC	▪ entre les patients	▪ utiliser la désinfection complète pour les sondes du transducteur si elles touchent des muqueuses ou de la peau non intacte

Annexe J : Liste de vérification pour la prévention et le contrôle des infections dans les cabinets et les cliniques

Membres du personnel

- ☐ Il y a des politiques et procédures écrites en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI)
- ☐ Les politiques et procédures de PCI sont à la disposition du personnel
- ☐ Le personnel respecte les politiques et procédures de PCI
- ☐ Le personnel est correctement immunisé
- ☐ Si des patients atteints de tuberculose pulmonaire active consultent régulièrement, des respirateurs N95 sont mis à la disposition du personnel et utilisés correctement; le personnel effectue une fois par an un test cutané à la tuberculine
- ☐ Le personnel qui porte un respirateur N95 effectue une vérification de l'ajustement

Installations

- ☐ Il y a des poubelles dans chaque pièce
- ☐ Il y a une aire d'attente pour les patients qui doivent être isolés en raison d'une infection aiguë
- ☐ Des gants sont disponibles et utilisés de manière appropriée
- ☐ Des masques sont disponibles et utilisés de manière appropriée
- ☐ Il y a une séparation fonctionnelle entre les aires réservées à l'entreposage de matériel propre et les zones souillées.

Aire d'accueil

- ☐ Le personnel à l'accueil est protégé des patients par une barrière
- ☐ Il y a une affiche de contrôle des infections à l'entrée du cabinet ou de la clinique
- ☐ Un scénario de dépistage au téléphone a été fourni au personnel et est utilisé de manière appropriée
- ☐ Il y a une affiche de contrôle des infections au bureau de l'accueil
- ☐ Il y a du désinfectant pour les mains à base d'alcool et des masques à l'accueil ainsi qu'une affiche avec des directives pour les utiliser correctement
- ☐ Il y a des boîtes de mouchoirs
- ☐ Les jouets sont correctement nettoyés

Salles d'examen

- ☐ Il y a un lavabo pour le lavage des mains et du savon liquide dans chaque zone de la clinique
- ☐ Il y a un distributeur de désinfectant pour les mains à base d'alcool dans chaque salle d'examen
- ☐ Il y a un contenant antiperforation pour objets pointus et tranchants dans chaque salle d'examen ou zone de la clinique
- ☐ Les objets pointus et tranchants sont jetés directement dans les contenants réservés à cette fin
- ☐ Le contenu des récipients pour objets pointus et tranchants ne dépasse pas la ligne de remplissage
- ☐ De l'ÉPI est disponible et porté lorsque c'est nécessaire et approprié
- ☐ Les fournitures (autres que les produits de nettoyage) ne sont pas entreposées sous ou sur les comptoirs adjacents aux lavabos pour se laver les mains

☐ Si des patients atteints de tuberculose pulmonaire active consultent régulièrement, il y a une salle d'examen pourvue d'un système de ventilation approprié pour les accueillir

Nettoyage environnemental

☐ Il y a des procédures pour le nettoyage du cabinet ou de la clinique. Si le nettoyage est effectué en sous-traitance, l'entreprise a des procédures pour nettoyer les cabinets et les cliniques

☐ Il y a des produits de désinfection approuvés et appropriés pour les surfaces que touchent les patients, le matériel et les instruments

☐ Des produits de nettoyage et de désinfection approuvés pour les hôpitaux sont utilisés pour nettoyer l'environnement

☐ Les aires cliniques et d'examen ainsi que les surfaces touchées fréquemment sont nettoyées et désinfectées tous les jours. Les aires qui sont en contact direct avec les patients sont nettoyées entre chaque patient.

☐ Les autres aires sont nettoyées au moins une fois par semaine

☐ Le matériel médical utilisé pour de multiples patients est nettoyé entre chaque patient

☐ Il y a une procédure de nettoyage pour les déversements de liquides organiques

☐ Les déchets sont séparés et gérés conformément aux règlements provinciaux et municipaux

Annexe K : Options de retraitement pour les cabinets et les cliniques

Source: *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins* du CCPMI à l'adresse : www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2011-02%20BP%20for%20Cleaning%20Disinfection%20and%20Sterilization%20-%20French.pdf

Agent chimique	Action*	Utilisation	Temps d'exposition	Remarques
Stérilisation				
Stérilisation à la vapeur Petits stérilisateurs de table Stérilisateurs à écoulement de vapeur par gravité Stérilisateurs sous vide à haute vitesse	ST	Choix de prédilection pour le matériel médical invasif ▪ Instruments et accessoires tolérant la chaleur ▪ Linge ▪ Liquides ▪ Matériel destiné au soin des pieds	Le temps varie selon la température, le genre de matériau et selon que l'instrument est emballé ou non.	▪ Ne peut servir à stériliser le matériel sensible à la chaleur ou à l'humidité ▪ Ne convient pas aux huiles anhydres, aux poudres, aux instruments munis de lentilles ou au matériel sensible à la chaleur et à l'humidité ▪ Certains stérilisateurs de table n'offrent pas de cycle de séchage
Peroxyde d'hydrogène à action améliorée (2 %)	ST	▪ Matériel médical thermosensible	La stérilisation est obtenue après 6 heures d'exposition à 20°C	▪ Utilisation contre-indiquée sur le cuivre, le laiton, les pointes de carbure et l'aluminium anodise ▪ La stérilisation est impossible à vérifier
Peroxyde d'hydrogène à action améliorée (7 %)	ST	▪ Matériel médical thermosensible	La stérilisation est obtenue après 20 minutes d'exposition à 20°C	▪ Utilisation contre-indiquée sur le cuivre, le laiton, les pointes de carbure et l'aluminium anodise ▪ La stérilisation est impossible à vérifier
Désinfection complète				
Glutaraldéhyde (2 %)	DC	▪ Matériel médical thermosensible ▪ Instruments munis de lentilles qui ne demandent pas de stérilisation ▪ Endoscopes ▪ Matériel respiratoire ▪ Matériel d'anesthésie ▪ Instruments de manucure employés pour traiter divers patients	>20 minutes	▪ Fortement irritant pour la peau et les muqueuses ▪ Demande une ventilation adéquate et des contenants fermés – valeur plafond de 0,05 ppm ▪ La durée de conservation diminue lorsque le produit est dilué (efficace durant 14 à 30 jours, selon la préparation) ▪ En cours de réutilisation, la concentration peut diminuer lorsque le produit se dilue ▪ Agit comme un fixatif
Peroxyde d'hydrogène (6 %)	DC	▪ Matériel semi-invasif servant aux soins de santé à domicile ▪ Désinfection des verres de contact souples	>30 minutes	▪ Doit être entreposé dans un endroit frais à l'abri de la lumière ▪ Utilisation contre-indiquée sur le cuivre, le laiton, les pointes de carbure et l'aluminium

Agent chimique	Action*	Utilisation	Temps d'exposition	Remarques
Peroxyde d'hydrogène à action améliorée (2 %)	DC	▪ Matériel médical thermosensible ▪ Matériel médical fragile	Les nouvelles formulations permettent la désinfection complète en 8 minutes à 20OC (voir l'étiquette du produit pour la durée et la température d'exposition)	▪ Utilisation contre-indiquée sur le cuivre, le laiton, les pointes de carbure et l'aluminium anodisé
Orthophthalaldéhyde (0,55 %)	DC	▪ Matériel d'endoscopie (contre-indiqué pour les cystoscopes) ▪ Matériel médical thermosensible	>10 minutes	▪ Colore les protéines, y compris les mains, ce qui nécessite le port de gants et d'une blouse durant l'utilisation du produit ▪ Coûteux
Pasteurisation	DC	▪ Matériel respiratoire ▪ Matériel d'anesthésie	>30 minutes	▪ Bien sécher et ranger soigneusement pour empêcher la contamination ▪ Il est difficile de vérifier l'efficacité du procédé ▪ L'entretien préventif est nécessaire ▪ Les lave-vaisselles ne conviennent pas pour la pasteurisation
Désinfection partielle				
Alcools (60 à 90 %)	DP	▪ Surfaces externes de certains instruments (p. ex., stéthoscopes) ▪ Matériel non invasif utilisé pour les soins de santé à domicile ▪ Utilisé comme antiseptique pour la peau	>10 minutes	▪ S'évapore rapidement – désinfectant de surface peu efficace ▪ L'évaporation peut diminuer la concentration du produit ▪ Inflammable – entreposer dans un endroit frais et bien aéré; consulter les restrictions liées à l'entreposage d'importantes quantités d'alcool dans le code de prévention des incendies ▪ Entraîne la coagulation des protéines; nettoyant peu efficace ▪ Peut dissoudre la colle des fixations des lentilles ▪ Fait durcir et gonfler les tubes en plastique ▪ Endommage la silicone en la rendant friable ▪ Peut faire durcir le caoutchouc ou détériorer les colles ▪ Inactivé par les matières organiques
Peroxyde d'hydrogène à action améliorée (0,5 %)	DP	▪ Surfaces des salles cliniques et des salles d'intervention	>5 minutes	▪ Utilisation contre-indiquée sur le cuivre, le laiton, les pointes de carbure et l'aluminium anodisé

Agent chimique	Action*	Utilisation	Temps d'exposition	Remarques
(solution à 7 %, rapport de dilution de 1:16)				▪ Offert en serviettes jetables
Produits chlorés (p. ex., eau de Javel)	DP	▪ Bassins d'hydrothérapie, surfaces externes du matériel de dialyse, mannequins d'entraînement pour la réanimation cardiorespiratoire, surfaces ▪ Matériel non invasif employé pour les soins de santé à domicile ▪ Déversements de sang **Dilution d'eau de Javel** Non diluée : solution à 5,25 % sodium d'hypochlorite de sodium contenant 50 000 ppm de chlore actif Important déversement de sang : diluer un volume d'eau de Javel dans dix volumes d'eau du robinet pour obtenir une concentration de 0,5 % ou 5 000 ppm de chlore Petit déversement de sang : diluer un volume d'eau de Javel dans 100 volumes d'eau du robinet pour obtenir une concentration de 0,05 % ou 500 ppm de chlore Nettoyage de surfaces, trempage d'articles : diluer un volume d'eau de Javel dans 50 volumes d'eau du robinet pour obtenir une concentration de 0,1 % ou 1 000 ppm de chlore **Un calculateur pour la dilution du chlore** est offert en ligne par Santé publique Ontario à (en anglais) : http://www.oahpp.ca/resources/dilution-calculator.html	>10 minutes	▪ Corrosifs pour les métaux ▪ Inactivés par les matières organiques; pour les déversements de sang, enlever le sang avant la désinfection ▪ Irritants pour la peau et les muqueuses ▪ Devraient être utilisés immédiatement après la dilution ▪ À utiliser dans des endroits bien ventilés ▪ À conserver dans des contenants hermétiques à l'abri des rayons ultraviolets et de la chaleur pour en prévenir la détérioration ▪ Tachent les vêtements et les tapis
Composés d'ammonium quaternaire	DP	▪ Sols, murs et meubles ▪ Déversements de sang avant la désinfection **NE PAS utiliser de composés d'ammonium quaternaire pour désinfecter des instruments**	10 minutes	▪ NE PAS utiliser pour désinfecter des instruments ▪ Utilisation limitée comme désinfectant à cause de leur spectre microbicide étroit ▪ Les solutions diluées peuvent permettre la croissance de micro-organismes
* DC = Désinfection complète DP = Désinfection partielle ST = Stérilisation				

Annexe L : Retraitement du matériel endoscopique

Source : *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins* du CCPMI à l'adresse : www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2011-02%20BP%20for%20Cleaning%20Disinfection%20and%20Sterilization%20-%20French.pdf

Étape de retraitement	Procédure
Aussitôt l'endoscopie terminée	a) Purger et essuyer l'endoscope au point d'utilisation. b) Utiliser une solution enzymatique fraîchement préparée. c) Placer l'endoscope et les accessoires dans un contenant couvert étanche et le transporter vers la zone de décontamination désignée.
Procédure de nettoyage	a) Suivre les recommandations du fabricant en ce qui concerne le nettoyage et les produits de nettoyage. b) Réaliser un test d'étanchéité après chaque utilisation, avant le nettoyage : i) Vérifier la perméabilité et l'intégrité de la gaine de l'endoscope en la soumettant à un test d'étanchéité avant et durant l'immersion de l'endoscope. ii) Réaliser le test d'étanchéité selon les directives du fabricant. iii) Si l'on constate qu'un endoscope n'est pas étanche à la suite du test à sec, il ne doit pas être soumis au test d'étanchéité en immersion. c) Faire tremper et soumettre à un nettoyage manuel tous les composants submersibles d'un endoscope avec de l'eau et un agent nettoyant recommandé avant toute désinfection ou stérilisation, qu'elle soit automatisée ou manuelle. d) Débrancher et démonter le plus complètement possible les composants d'un endoscope (p. ex., les conduits d'air et d'eau et les pistons d'aspiration) puis tremper entièrement l'endoscope et ses composants dans un nettoyeur enzymatique. e) Purger et brosser toutes les lumières et tous les conduits de l'endoscope tant qu'ils sont submergés afin d'enlever les débris et de réduire au minimum la production d'aérosols. f) Veiller à ce que les brosses servant au nettoyage des lumières soient de la taille appropriée et inspectées avant et après leur utilisation, puis soit jetées, soit nettoyées, désinfectées complètement et séchées après leur utilisation. g) Envisager d'utiliser les collecteurs ou les adaptateurs qui peuvent être recommandés par le fabricant pour faciliter le nettoyage. h) Rincer soigneusement l'endoscope et tous ses composants avec de l'eau propre du robinet avant la désinfection ou la stérilisation et jeter l'excès

Étape de retraitement	Procédure
	d'eau de rinçage. i) Repérer les endoscopes endommagés et les retirer immédiatement de la circulation. j) Jeter le nettoyeur enzymatique après chaque utilisation. k) Jeter ou nettoyer à fond les articles de nettoyage jetables et désinfecter complètement ou stériliser les articles non jetables entre les utilisations.
Désinfection ou stérilisation	a) Choisir un désinfectant qui convient à l'endoscope. b) Contrôler l'efficacité du désinfectant avant chaque utilisation au moyen de bandelettes réactives offertes par le fabricant du produit. c) Tenir un registre de contrôle écrit dans lequel sont consignés les résultats des tests. d) Ne pas utiliser les désinfectants périmés. e) Suivre à la lettre les directives du fabricant concernant la température ambiante et la durée de contact du désinfectant (p. ex., 2 % de glutaraldéhyde = 20 minutes à 20 °C). f) Immerger complètement l'endoscope et ses composants dans un désinfectant ou un stérilisant à forte action afin de s'assurer que tous les conduits sont imprégnés de solution. g) Après la désinfection, rincer l'endoscope et purger les conduits avec de l'eau stérile ou sans bactéries.
Accessoires (p. ex., pinces et brosses à biopsie) qui pénètrent les muqueuses	a) Comme les pinces et les brosses à biopsie sont difficiles à nettoyer, **il est fortement recommandé d'utiliser des fournitures jetables.** b) Si on emploie des pinces et des brosses à biopsie réutilisables, celles-ci doivent être nettoyées méticuleusement par ultrasons avant la stérilisation. c) Stériliser les pinces et les brosses à biopsie réutilisables après le nettoyage.
Unités de retraitement automatique des endoscopes (URAE)	a) Suivre les directives du fabricant concernant l'utilisation de l'URAE. b) S'assurer que l'endoscope et ses composants peuvent y être placés. c) S'assurer que les connecteurs et les embouts de l'URAE et de l'endoscope sont compatibles. d) Placer les brosses et les instruments qui ont servi à nettoyer l'endoscope dans l'URAE pour les désinfecter. e) Ne pas ouvrir ou arrêter l'URAE lorsqu'elle est en marche; si le cycle d'une URAE est interrompu, la désinfection complète ne peut être garantie. f) Consulter régulièrement les alertes et les avis émis par Santé Canada et l'OHA ainsi que la documentation scientifique afin d'être au fait de défectuosités sur les URAE qui pourraient causer des infections (directive à l'intention du personnel chargé du retraitement ainsi que

Étape de retraitement	Procédure
	du contrôle et de la prévention des infections). g) Mettre en place un programme d'entretien préventif de l'URAE et tenir un registre à jour sur l'entretien.
Séchage des endoscopes	a) Première purge de tous les conduits avec de l'air filtré ou à usage médical. b) Purge de tous les conduits avec de l'alcool isopropylique à 70 % pour faciliter le séchage. c) Purge des conduits avec de l'air filtré ou à usage médical.
Entreposage des endoscopes	Les procédures d'entreposage doivent inclure ce qui suit : a) Retirer les embouts, les pistons et les autres composants détachables pendant l'entreposage et les remonter juste avant leur utilisation; les entreposer à proximité de l'endoscope de manière à réduire au minimum les risques de contamination. b) Ranger les endoscopes semi-invasifs en les suspendant à la verticale dans une zone bien aérée de manière à réduire au minimum les risques de contamination ou de dommages. c) Ranger les endoscopes stérilisés dans leurs contenants de stérilisation. d) Faire en sorte que les endoscopes ne soient pas roulés et qu'ils ne touchent pas le sol ou le bas de l'armoire lorsqu'ils sont suspendus ou rangés dans leur étui. e) Veiller à ce que les armoires d'entreposage pour endoscopes soient faites d'un matériau non poreux qui peut être nettoyé. f) Nettoyer et désinfecter les armoires d'entreposage pour endoscopes au moins une fois par semaine.

Annexe M : Liste de vérification pour le retraitement

Politiques et procédures

- ☐ Il existe des politiques et des procédures écrites relatives à tous les aspects du retraitement, lesquelles sont fondées sur les normes reconnues et en vigueur, et sont revues au moins une fois par an.
- ☐ Il existe une politique qui exige la mise en place d'un programme d'entretien préventif du matériel de nettoyage et de stérilisation, ainsi qu'un registre dans lequel est consignée l'information relative à l'entretien effectué.
- ☐ Il existe une politique et une procédure relatives à la surveillance de la qualité et à la consignation d'informations sur le retraitement (p. ex., indicateurs biologiques, indicateurs chimiques).
- ☐ Les instruments médicaux à usage unique ne sont pas retraités.
- ☐ Il existe une procédure visant à retirer les instruments défectueux de la circulation jusqu'à ce qu'ils soient réparés ou remplacés.

Éducation et formation du personnel

- ☐ Le personnel chargé de retraiter les instruments médicaux a complété un cours reconnu sur les méthodes de retraitement.

Les lieux

- ☐ Les instruments sont nettoyés dans une zone réservée à cet effet, laquelle est séparée physiquement des aires où sont prodigués des soins directs ainsi que des endroits où des articles propres, désinfectés ou stériles sont manipulés ou entreposés.
- ☐ La circulation du personnel se fait dans un sens seulement, de l'aire de travail contaminée à l'aire de travail propre, pour prévenir la contamination croisée.
- ☐ Il y a un lavabo réservé au lavage des mains dans la zone de retraitement et (ou) du DMBA.
- ☐ De l'ÉPI est offert et accessible.
- ☐ Le personnel porte un ÉPI (gants, masque, protection oculaire) pour les activités qui sont susceptibles de produire des jets ou des éclabousses de sang ou d'autres liquides organiques, comme le nettoyage des instruments.
- ☐ Il y a un contenant antiperforation disponible au point d'utilisation pour éliminer les objets pointus et tranchants.
- ☐ Il y a un évier assez grand et profond pour nettoyer les instruments médicaux dans la zone de retraitement.

Produits chimiques utilisés pour la désinfection et la stérilisation

- ☐ Si on effectue une désinfection ou une stérilisation chimique, des mesures de contrôle de la ventilation adéquates sont en place, en conformité avec les normes de la CSA et le règlement sur la santé et la sécurité au travail.
- ☐ Les produits chimiques utilisés pour la désinfection et la stérilisation :
    - ☐ ont un numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada;

- ☐ sont préparés et utilisés selon les directives du fabricant en ce qui concerne la dilution, la température, la dureté de l'eau, l'utilisation, la durée de conservation et les conditions d'entreposage;
- ☐ ont sur leur étiquette une date de péremption;
- ☐ sont entreposés de manière à réduire les risques de contamination;
- ☐ sont compatibles avec le matériel de retraitement et les instruments retraités, selon les directives du fabricant.

Nettoyage des instruments

- ☐ Les instruments contaminés sont séparés des instruments propres.
- ☐ La souillure brute est enlevée des instruments au point d'utilisation, avant le nettoyage.
- ☐ Immédiatement après son utilisation, l'instrument est immergé dans une solution de lavage correctement diluée (p. ex., un nettoyeur enzymatique) afin d'empêcher les sécrétions ou les liquides organiques de sécher; ou traité avec un agent qui prévient le durcissement de la charge microbienne.
- ☐ L'instrument est nettoyé à la main avec une solution enzymatique, dans un laveur à ultrasons ou dans un laveur-désinfecteur automatique.
- ☐ L'instrument est rincé avec de l'eau du robinet propre ou de l'eau distillée si la dureté de l'eau est un facteur dont il faut tenir compte.
- ☐ Le matériel servant au nettoyage (p. ex., éponges, brosses) est jetable ou nettoyé à fond et désinfecté avec un désinfectant à forte action ou stérilisé entre les utilisations.
- ☐ Laveurs à ultrasons :
  - ☐ leur efficacité fait l'objet d'une vérification au moins une fois par semaine ou selon les recommandations du fabricant;
  - ☐ font l'objet d'un entretien préventif et leur rendement est surveillé; ces renseignements sont consignés dans un registre.
- ☐ L'instrument est soigneusement rincé après le nettoyage à ultrasons.
- ☐ L'instrument est sec avant une DC ou la stérilisation (p. ex., séché avec un chiffon non pelucheux).
- ☐ Le détergent ou la solution de lavage enzymatique sont jetés après chaque utilisation.

Désinfection complète (DC)

- ☐ Les instruments médicaux semi-invasifs font l'objet d'une DC.
- ☐ Les instruments font l'objet d'une DC selon les directives du fabricant et en respectant la température, la durée et la concentration recommandées pour le désinfectant utilisé.
- ☐ La concentration minimale efficace du désinfectant est contrôlée quotidiennement, avant la première utilisation, au moyen de bandelettes réactives offertes par le fabricant du produit. Les résultats sont consignés dans un registre.
- ☐ Les contenants de bandelettes réactives sont datés au moment de leur ouverture et jetés lorsqu'ils sont périmés.
- ☐ Un registre est conservé pour les instruments faisant l'objet d'une DC, y figurent notamment la date et l'heure de la DC, la durée du contact avec le désinfectant et le nom de la personne effectuant la DC.
- ☐ L'instrument est complètement immergé dans le désinfectant selon la durée recommandée par le fabricant du produit.

- ☐ L'instrument est rincé soigneusement avec de l'eau stérile, de l'eau filtrée ou de l'eau d'évier, selon son usage prévu.
- ☐ L'instrument est séché après la désinfection.
- ☐ Le contenant de désinfectant est lavé, rincé et séché lorsque l'on change la solution.

Stérilisation

- ☐ Les instruments invasifs sont stérilisés au moyen d'une méthode de stérilisation approuvée, ou sont jetables.
- ☐ L'instrument est emballé selon les directives du fabricant de l'instrument.
- ☐ Les indicateurs chimiques (IC) sont placés, selon ce qui convient, à l'intérieur ou à l'extérieur de chaque paquet, s'ils ne sont pas intégrés au sachet ou à l'emballage.
- ☐ L'instrument est placé dans le stérilisateur selon les directives du fabricant du stérilisateur.
- ☐ Le relevé du stérilisateur est vérifié et signé à chaque cycle par la personne qui stérilise l'instrument.
- ☐ Le stérilisateur est surveillé à l'aide d'un indicateur biologique (IB) chaque jour qu'il est utilisé.
- ☐ Si on utilise un stérilisateur à vide « poussé », on a recours à un DEP (test de Bowie et Dick) pour vérifier l'efficacité de l'extrusion de l'air.
- ☐ Un registre est tenu à jour pour consigner **tous** les paramètres de stérilisation qui ont été respectés (p. ex., IB, IC, durée/température/pression).
- ☐ Un instrument médical n'est pas utilisé tant que les IC et les IB n'ont pas été vérifiés.

Entreposage

- ☐ Les articles stériles sont entreposés dans leur emballage stérile jusqu'au moment de leur utilisation.
- ☐ Les articles stériles sont manipulés de manière à prévenir leur contamination.
- ☐ Les instruments stérilisés emballés sont entreposés en lieu sûr de manière à ce qu'ils restent propres et secs ainsi qu'à prévenir la contamination.

Annexe N : Calendrier de vaccination pour le personnel des cabinets et cliniques

Source : Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) à : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-work-travail-fra.php.

Vaccin ou anatoxine	Indication	Calendrier
Contre l'hépatite B	Membres du personnel* pouvant être exposés au sang ou à des liquides organiques, ou qui risquent davantage de se blesser avec un objet pointu ou tranchant, de subir des morsures ou d'autres blessures par pénétration	3 doses les mois 0, 1 et 6 Test sérologique un mois après la fin de la série vaccinale
Contre la grippe	Tout le personnel	Vaccination tous les automnes avec la préparation recommandée pour la saison
Contre la coqueluche	Tout le personnel	Dose unique du vaccin anticoquelucheux acellulaire (administré sous forme de dcaT)
Contre la rougeole, la rubéole et les oreillons	Tout le personnel réceptif	Deux doses ou séropositif
Contre la varicelle	Tout le personnel réceptif	Deux doses ou séropositif
Membres du personnel*	Toute personne travaillant dans le cabinet ou la clinique	

Références bibliographiques

1. *Occupational Health and Safety Act*, R.S.O. 1990, c O.1. Available from: http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90o01_e.htm

2. *Needle Safety*, O. Reg. 474/07. Available from: http://www.ontario.ca/laws/regulation/070474

3. *Workplace Hazardous Materials Information System (WHMIS)*, R.R.O. 1990, Reg. 860. Available from: http://www.ontario.ca/laws/regulation/900860

4. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Just Clean Your Hands. Ontario's evidence-based hand hygiene program. In press Released 2008.

5. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario),Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Routine practices and additional precautions in all health care settings. [Internet]. 3rd ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2012 Available from: http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Eng2012.pdf

6. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario),Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Best practices for hand hygiene in all health care settings [Internet]. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2010 Available from: http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene.pdf

7. Gehrke C, Steinmann J, Goroncy-Bermes P. Inactivation of feline calicivirus, a surrogate of norovirus (formerly Norwalk-like viruses), by different types of alcohol in vitro and in vivo. J Hosp Infect. 2004;56(1):49-55.

8. OFM Guideline: Safe Practices for the Use of Alcohol-Based Hand Rub in Care and Treatment Occupancies [Internet].: Queen's Printer for Ontario; 2009 Available from: http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/english/firemarshal/legislation/technicalguidelinesandreports/TG-2011-02.html

9. Grabsch EA, Burrell LJ, Padiglione A, O'Keeffe JM, Ballard S, Grayson ML. Risk of environmental and healthcare worker contamination with vancomycin-resistant enterococci during outpatient procedures and hemodialysis. Infect Control Hosp Epidemiol. 2006;27(3):287-93.

10. Canadian Standards Association. Z8000-11 Canadian health care facilities [Internet]. Mississauga, Ontario: Canadian Standards Association; 2011

11. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [Internet]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2007 Available from: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf

12. Xie X, Li Y, Chwang AT, Ho PL, Seto WH. How far droplets can move in indoor environments--revisiting the Wells evaporation-falling curve. Indoor Air. 2007;17(3):211-25.

13. Health Canada, Laboratory Centre for Disease Control,Division of Nosocomial and Occupational Infections. Routine practices and additional precautions for preventing the transmission of infection in health care. Can Commun Dis Rep. 1999;25 Suppl 4:1-142.

14. Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, Richet HM, Jarvis WR, Boyce JM, et al. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of Staphylococcus aureus and enterococcus. Infect Control Hosp Epidemiol. 2003;24(5):362-86.

15. Monnet DL. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus and its relationship to antimicrobial use: possible implications for control. Infect Control Hosp Epidemiol. 1998;19(8):552-9.

16. Comstock RD, Mallonee S, Fox JL, Moolenaar RL, Vogt TM, Perz JF, et al. A large nosocomial outbreak of hepatitis C and hepatitis B among patients receiving pain remediation treatments. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004;25(7):576-83.

17. Krause G, Trepka MJ, Whisenhunt RS, Katz D, Nainan O, Wiersma ST, et al. Nosocomial transmission of hepatitis C virus associated with the use of multidose saline vials. Infect Control Hosp Epidemiol. 2003;24(2):122-7.

18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settings--New York, Oklahoma, and Nebraska, 2000-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2003;52(38):901-6.

19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Acute hepatitis C virus infections attributed to unsafe injection practices at an endoscopy clinic--Nevada, 2007. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008;57(19):513-7.

20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC grand rounds: preventing unsafe injection practices in the U.S. health-care system. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2013;62(21):423-5.

21. Branch-Elliman W, Weiss D, Balter S, Bornschlegel K, Phillips M. Hepatitis C transmission due to contamination of multidose medication vials: summary of an outbreak and a call to action. Am J Infect Control. 2013;41(1):92-4.

22. Lanini S, Abbate I, Puro V, Soscia F, Albertoni F, Battisti W, et al. Molecular epidemiology of a hepatitis C virus epidemic in a haemodialysis unit: outbreak investigation and infection outcome. BMC Infect Dis. 2010;10:257,2334-10-257.

23. Smedley EJ, Stelzer-Braid S, Ressler KA, Melling P, Bowden S, McCaw R, et al. Transmission of hepatitis C virus to recipients of parenteral vitamin therapy in a primary care facility. J Clin Virol. 2011;51(2):105-9.

24. Samandari T, Malakmadze N, Balter S, Perz JF, Khristova M, Swetnam L, et al. A large outbreak of hepatitis B virus infections associated with frequent injections at a physician's office. Infect Control Hosp Epidemiol. 2005;26(9):745-50.

25. Katzenstein TL, Jorgensen LB, Permin H, Hansen J, Nielsen C, Machuca R, et al. Nosocomial HIV-transmission in an outpatient clinic detected by epidemiological and phylogenetic analyses. AIDS. 1999;13(13):1737-44.

26. Guh AY, Thompson ND, Schaefer MK, Patel PR, Perz JF. Patient notification for bloodborne pathogen testing due to unsafe injection practices in the US health care settings, 2001-2011. Med Care. 2012;50(9):785-91.

27. Manchikanti L, Falco FJ, Benyamin RM, Caraway DL, Helm Ii S, Wargo BW, et al. Assessment of infection control practices for interventional techniques: a best evidence synthesis of safe injection practices and use of single-dose medication vials. Pain Physician. 2012;15(5):E573-614.

28. Pan A, Dolcetti L, Barosi C, Catenazzi P, Ceruti T, Ferrari L, et al. An outbreak of Serratia marcescens bloodstream infections associated with misuse of drug vials in a surgical ward. Infect Control Hosp Epidemiol. 2006;27(1):79-82.

29. Harbarth S, Sudre P, Dharan S, Cadenas M, Pittet D. Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding, and poor hygiene practices. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20(9):598-603.

30. Dolan SA, Felizardo G, Barnes S, Cox TR, Patrick M, Ward KS, et al. APIC position paper: safe injection, infusion, and medication vial practices in health care. Am J Infect Control. 2010;38(3):167-72.

31. Ontario. Vaccine Storage and Handling Guidelines [Internet]. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2012 Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/flu/uiip/prequalification/uiip_pq_guidelines_2012_en.pdf

32. Public Health Agency of Canada. National Vaccine Storage and Handling Guidelines for Immunization Providers [Internet]. Ottawa, ON: Her Majesty the Queen in Right of Canada; 2007 Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/nvshglp-ldemv/pdf/nvshglp-ldemv-eng.pdf

33. Community and Hospital Infection Control Association - Canada. Position Statement: Medical Gels [Internet]CHICA-Canada; 2005 Available from: http://www.ipac-canada.org/pdf/medgels.pdf

34. Thompson ND, Perz JF. Eliminating the blood: ongoing outbreaks of hepatitis B virus infection and the need for innovative glucose monitoring technologies. J Diabetes Sci Technol. 2009;3(2):283-8.

35. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Notes from the field: deaths from acute hepatitis B virus infection associated with assisted blood glucose monitoring in an assisted-living facility--North Carolina, August-October 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60(6):182.

36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Transmission of hepatitis B virus among persons undergoing blood glucose monitoring in long-term-care facilities--Mississippi, North Carolina, and Los Angeles County, California, 2003-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2005;54(9):220-3.

37. Polish LB, Shapiro CN, Bauer F, Klotz P, Ginier P, Roberto RR, et al. Nosocomial transmission of hepatitis B virus associated with the use of a spring-loaded finger-stick device. N Engl J Med. 1992;326(11):721-5.

38. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario),Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Best practices for environmental cleaning for prevention and control of infections in all health care settings [Internet]. 2nd ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2012 Available from: http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012.pdf

39. Royal College of Dental Surgeons of Ontario. Infection Prevention and Control in the Dental Office [Internet]. Toronto, ON: Royal College of Dental Surgeons of Ontario; 2010 Available from: http://www.rcdso.org/save.aspx?id=ab90c89d-dcf4-4a2c-9a8a-bb91a316b6a0

40. Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). Standards, Guidelines and Position Statements for Perioperative Registered Nursing Practice. Section 2: Infection Prevention and Control [Internet]. 10th edORNAC; 2011 Available from: http://flex5114.weebly.com/uploads/1/4/5/1/14518934/ornac_standards.pdf

41. Community and Hospital Infection Control Association - Canada. Practice Recommendations: Infection Prevention and Control Related to Electronic (IT) Devices in Healthcare Settings [Internet]Community and Hospital Infection Control Association - Canada; 2012 Available from: http://www.ipac-canada.org/pdf/Electronic_Devices_Practice_Recommendations-2012.pdf

42. Community and Hospital Infection Control Association - Canada. Practice Recommendations: Toys [Internet]Community and Hospital Infection Control Association - Canada; 2011 Available from: http://www.ipac-canada.org/pdf/Toys%20Practice%20Recommendations%202011.pdf

43. Ontairo. Ministry of the Environment. Guideline C-4: the management of biomedical waste in Ontario. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2009. Available from: https://www.ontario.ca/environment-and-energy/c-4-management-biomedical-waste-ontario

44. Canadian Standards Association. Z317.10-09 (R2014) - Handling of waste materials in health care facilities and veterinary health care facilities [Internet]. Mississauga, ON: Canadian Standards Association; 2014

45. *Transportation of Dangerous Goods Act, 1992*, S.C. 1992, c 34th. Available from: http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/T-19.01/

46. Canadian Standards Association. Z317.2-10 Special Requirements for Heating, Ventilation, and Air Conditioning (HVAC) Systems in Health Care Facilities [Internet]. Mississauga, ON: Canadian Standards Association; 2010

47. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. Out-of-Hospital Premises (OHP) Standards [Internet]. Toronto, ON: The College of Physicians and Surgeons of Ontario; 2010 Available from: http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp_standards.pdf

48. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario),Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Best practices for cleaning, disinfection and sterilization of medical equipment/devices in all health care settings [Internet]. 3rd ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2013 Available from: http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013.pdf

49. Canadian Standards Association. Z314.8-08 Decontamination of Reusable Medical Devices [Internet]. Mississauga, ON: Canadian Standards Association; 2008

50. Spaulding E. The role of chemical disinfection in the prevention of nosocomial infections [conference abstract]. International Conference on Nosocomial Infections; 1970-1971; Chicago, IL.

51. American National Standards Institute. Emergency Eyewash and Shower Equipment. ANSI/ISEA Z385.1-2009 [Internet]; 2009

52. Health Canada. Laboratory Centre for Disease Control, Bureau of Infectious Diseases. Hand washing, cleaning, disinfection and sterilization in health care. Can Commun Dis Rep. 1998;24 Suppl 8:i,xi, 1-55, i-xi, 1-57.

53. Smith PW, Rusnak PG. Infection prevention and control in the long-term-care facility. SHEA Long-Term-Care Committee and APIC Guidelines Committee. Am J Infect Control. 1997;25(6):488-512.

54. Ontario Hospital Association and the Ontario Medical Association Joint Committee on Communicable Disease Protocols Committee in collaboration with the Ministry of Health and Long-Term Care. Blood-borne Diseases Surveillance Protocol for Ontario Hospitals [Internet]. Toronto, ON: Ontario Hospital Association; 2012 Available from: http://www.oha.com/Services/HealthSafety/Documents/Blood%20Borne%20Diseases%20Protocol%20-%20Reviewed%20and%20Revised%20November%202012.pdf

55. Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide [Internet]Public Health Agency of Canada Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/

Santé publique Ontario
661, avenue University, bureau 1701
Toronto (Ontario)
M5G 1M1
416.235.6556
secretariat@oahpp.ca
publichealthontario.ca
Public Health Ontario

Ontario