

# Recommandations pour la prévention, la détection et la gestion de la dermatite de contact professionnelle en milieu de soins de santé



## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario 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 iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des intervenants de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de :

- maladies infectieuses et transmissibles
- prévention et contrôle des infections
- santé environnementale et santé au travail
- préparation aux situations d'urgence
- promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes
- services de laboratoires de santé publique

Les activités de Santé publique Ontario incluent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et la prestation de services axés sur savoir. Pour obtenir plus de renseignements, consultez [www.santepubliqueontario.ca](http://www.santepubliqueontario.ca).

Modèle proposé pour citer le document :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario).  
Recommandations pour la prévention, la détection et la gestion de la dermatite de contact professionnelle en milieu de soins de santé, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario 2019.

ISBN 978-1-4868-3692-5 [PDF] Santé publique Ontario reçoit l'appui financier du gouvernement de l'Ontario.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2019

### Photo de couverture

Cette photo illustre une main montrant des signes de dermatite atopique. Source de l'image : Balodis A. Dermatite atopica 02. Disponible à :

[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/dd/Dermatitis\\_atopica\\_02.JPG](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/dd/Dermatitis_atopica_02.JPG).

Reproduite avec permission de : [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Dermatitis\\_atopica\\_02.JPG](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Dermatitis_atopica_02.JPG).

Recommandations pour la prévention, la détection et la gestion de la dermatite de contact professionnelle en milieu de soins de santé – 2019

## Remerciements

Santé publique Ontario aimerait remercier la D<sup>re</sup> Maureen Cividino, présidente du comité sur la dermatite professionnelle en milieu de soins de santé (CDPMSS), ainsi que D<sup>re</sup> Linn Holness, Jeffrey Smith, Arezou Saedi et Susan Shiller, pour leurs efforts exceptionnels lors de l'élaboration de ce document. Santé publique Ontario tient également à souligner la contribution et l'expertise des personnes suivantes :

### MEMBRES EXTERNES DU CDPMS

#### **D<sup>re</sup> Linn Holness**

Médecin du travail, Hôpital St. Michael's  
Directrice, Centre for Research Expertise in  
Occupational Disease

#### **D<sup>re</sup> Sylvie Hudon**

Conseillère médicale, ministère du Travail

#### **Nancy Johnson**

Spécialiste des relations du travail, santé et  
sécurité au travail/indemnisation des  
accidents du travail, Ontario Nurses'  
Association

#### **D<sup>r</sup> Matthew Muller**

Président, Comité consultatif provincial des  
maladies infectieuses  
Directeur médical, prévention et contrôle des  
infections, Hôpital St. Michael's

#### **Susan Shiller**

Rédactrice technique, Reference 54  
Communications

#### **Liz Sisolak**

Conseillère en santé et sécurité,  
gouvernement et secteur municipal,  
Association de santé et sécurité pour les  
services publics

#### **Drew Sousa**

Directeur général, Ontario Occupational  
Health Nurses Association

#### **Shirley Wylie**

Directrice générale (sortante), Ontario  
Occupational Health Nurses Association

### PERSONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO MEMBRE DU CDPMS

#### **D<sup>r</sup> Ray Copes**

Directeur général, Santé environnementale et  
santé au travail

#### **Dru Sahai**

Spécialiste en science de l'environnement,  
Santé environnementale et santé au travail

#### **D<sup>re</sup> Sonica Singhal**

Scientifique, Promotion de la santé et  
prévention des maladies chroniques et des  
traumatismes

#### **Marlyn Aryan**

Coordonnatrice de projet, Prévention et  
contrôle des infections

#### **Sandra Callery**

Directrice, Prévention et contrôle des  
infections

**D<sup>re</sup> Andrea Chaplin**

Spécialiste en évaluation, Prévention et contrôle des infections

**D<sup>re</sup> Maureen Cividino**

Présidente, CDPMSS  
Médecin de la santé au travail et de la prévention et du contrôle des infections, Prévention et contrôle des infections

**Sarah Eden**

Spécialiste régionale de la prévention et du contrôle des infections, Prévention et contrôle des infections

**Reisha Fernandes**

Adjointe de recherche, prévention et contrôle des infections

**D<sup>r</sup> Gary Garber**

Directeur général, Prévention et contrôle des infections

**Mabel Lim**

Spécialiste / rédactrice technique, programmes de prévention et de contrôle des infections, Prévention et contrôle des infections

**Jacquelyn Quirk**

Spécialiste en évaluation, Prévention et contrôle des infections

**D<sup>re</sup> Jennifer Robertson**

Chef, Prévention et contrôle des infections

**Arezou Saedi**

Coordonnatrice de recherche, Prévention et contrôle des infections

**Lori Schatzler**

Spécialiste régionale de la prévention et du contrôle des infections, Prévention et contrôle des infections

**Jeffrey Smith**

Coordonnateur de recherche, Prévention et contrôle des infections

**Cassandra Taylor**

Adjointe de direction, Prévention et contrôle des infections

**Eva Truong**

Adjointe de recherche, Prévention et contrôle des infections

**Debbie Valickis**

Spécialiste régionale de la prévention et du contrôle des infections, Prévention et contrôle des infections

**Amy Wrobel**

Adjointe administrative, Prévention et contrôle des infections

## Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

## Table des matières

Glossaire.....	1
Préambule.....	7
À propos du présent document.....	7
Portée.....	9
Comment et quand utiliser le présent document .....	9
Limites du présent document .....	10
Lois applicables .....	11
Considérations relatives à l'équité en matière de santé .....	12
Survol de la méthodologie .....	15
Recherches documentaires systématiques .....	15
Examen des résumés .....	16
Évaluation critique de la documentation.....	16
Tableaux de preuve.....	16
Énoncés de preuve et recommandations .....	16
Résumé des questions de recherche .....	17
Résumé des recommandations.....	21
Classement des recommandations.....	21
Recommandations finales.....	22
1. Contexte.....	30
1.1 Structure et fonction de la peau .....	30
1.2 Dermatite de contact professionnelle .....	31
1.2.1 Dermatite de contact irritante.....	31
1.2.2 Dermatite de contact allergique .....	32
1.2.3 Urticaire de contact professionnel.....	35
1.3 Prévalence et incidence .....	35
1.4 Travailleurs à risque .....	37
1.5 Agents causaux en milieu de travail.....	38
1.6 Effet des changements de climat saisonniers.....	40
1.7 Facteurs de risque personnels .....	40
1.8 Diagnostic.....	41

1.8.1	Tests par piqûres.....	42
1.8.2	Tests épicutanés.....	43
1.9	Pratiques exemplaires d'hygiène des mains.....	45
1.10	Dermatite de contact professionnelle comme obstacle au respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains .....	45
1.11	Composantes d'un programme de soin des mains.....	46
1.11.1	Dépistage des maladies de peau.....	47
1.11.2	Surveillance périodique de l'état de la peau .....	47
1.11.3	Programme de sensibilisation et de formation efficaces .....	48
1.11.4	Produits hydratants pour les mains .....	48
1.12	Port de gants.....	51
1.13	Pratiques exemplaires d'hygiène des mains et port de gants selon la gravité de la dermatite .	54
1.14	Hiérarchie des mesures de contrôle.....	55
1.15	Prévention primaire.....	56
1.16	Prévention secondaire .....	57
1.17	Prévention tertiaire.....	58
1.18	Traitement .....	58
1.19	Mesures en milieu de travail.....	59
1.20	Pronostic clinique et répercussions sur les fournisseurs atteints.....	60
1.21	Prévention et contrôle des infections.....	61
2.	Données des recherches et recommandations .....	63
2.1	Évaluation du risque .....	64
2.2	Élimination ou substitution.....	64
2.3	Mesures de contrôle administratives et opérationnelles de l'exposition .....	67
2.3.1	Sensibilisation et formation .....	67
2.3.2	Dépistage et surveillance de l'état de la peau .....	71
2.3.3	Pratiques exemplaires d'hygiène des mains.....	76
2.3.4	Réaffectation et apport de modifications en milieu de travail .....	88
2.4	Équipement de protection individuelle .....	90
2.5	Diagnostics cliniques.....	93
2.5.1	Antécédents professionnels et personnels.....	94
2.5.2	Tests épicutanés.....	95

2.5.3	Questionnaires axés sur les symptômes et questionnaires axés sur les activités .....	96
2.6	Pronostic clinique.....	97
2.7	Impact sur les FSS.....	99
2.7.1	Qualité de vie .....	100
2.7.2	Vie professionnelle.....	102
2.7.3	Vie personnelle .....	104
2.7.4	Perte d'emploi.....	104
2.7.5	Répercussions économiques.....	105
2.7.6	Atténuation des répercussions .....	105
2.8	Prévention et contrôle des infections.....	108
3.	Recherches futures .....	112
	Annexe A : Pratiques de prévention et de contrôle des infections relatives à la dermatite de contact professionnelle.....	115
	Annexe B : Substances irritantes et allergènes en milieu de travail.....	117
	Annexe C : Guide de sélection des gants .....	121
C.1	Tous les types de gants .....	121
C.2	Types de gants .....	124
C.3	Normes pertinentes de certification des gants (Amérique du Nord) .....	128
C.4	Ressources supplémentaires .....	129
	Annexe D : Liste de vérification des critères de sélection des gants .....	130
D.1	Critères essentiels.....	130
D.2	Ressources supplémentaires .....	131
	Annexe E : Guide de sélection des sous-gants de coton.....	132
	Annexe F : Outil de dépistage et d'évaluation de la gravité de la dermatite .....	134
	Annexe G : Outils de mesure de la qualité de vie .....	136
	Bibliographie .....	138

## Figures

Figure 1. Anatomie de la peau	
Figure 2. ....	32
Figure 3. ....	33
Figure 4. Apparence de la dermatite des mains (DM) légère, modérée et grave de la dermatite des mains (DM) légère, modérée et grave.....	34
Figure 5. ....	42
Figure 6. ....	42
Figure 7. ....	43
Figure 8. Clé visuelle de notation des réactions notation des réactions au test épicutané.....	44
Figure 9. ....	56
Figure 10. Chaîne de transmission.....	62
Figure 11. ....	132

## Tableaux

Tableau 1. Impact des recommandations selon le rôle joué dans le milieu de soins de santé	
Tableau 2. Questions de recherche, sections et recommandations pertinentes du document	
Tableau 3. Évaluation de la qualité des preuves à l'appui des recommandations	
Tableau 4. Détermination du poids des recommandations	
Tableau 5. Recommandations pour l'évaluation et le diagnostic de la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes	
Tableau 6. Recommandations pour la gestion en milieu de travail de la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes	
Tableau 7. Recommandations pour le dépistage et la surveillance de la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes	
Tableau 8. Recommandations relatives au port de gants (équipement de protection individuelle) et au contrôle de l'exposition aux agents susceptibles de causer la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes	
Tableau 9. Recommandations pour les programmes de soins de la peau (y compris la sensibilisation) —Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes	

Tableau 10. Recommandations pour l'utilisation de crèmes et de lotions émoullientes pour les mains pour prévenir la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes

Tableau 11. Recommandations pour l'hygiène des mains pour prévenir la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes

Tableau 12. Recommandations pour la prévention et le contrôle des infections chez les FSS aux prises avec une dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes

Tableau 13. Signes de dermatite selon la gravité de la maladie\*

Tableau 14. Substances irritantes et allergènes associées à des professions à haut risque

Tableau 15. Description des émoullissants, humectants et agents occlusifs<sup>95</sup>

Tableau 16. Hygiène des mains et port de gants chez les fournisseurs de soins de santé, selon la gravité de la dermatite

Tableau 17. Recommandations pour les restrictions en milieu de travail et les soins aux patients selon la gravité de la dermatite

Tableau 18. Pratiques de prévention et de contrôle des infections relatives à la dermatite de contact professionnelle

Tableau 19. Substances irritantes et allergènes associées à des professions à haut risque

Tableau 20. Risques d'exposition **et résultats possibles**

Tableau 21. Risques d'exposition et résultats, choix des gants et pratiques exemplaires d'hygiène des mains selon qu'on procède à des soins de santé généraux, à des tâches chirurgicales, à des activités de nettoyage général ou à la préparation d'aliment

Tableau 22. Outils de dépistage de la dermatite de contact professionnelle utilisés dans le cadre des études examinées

Tableau 23. Outils d'évaluation de la gravité de la dermatite de contact professionnelle utilisés dans le cadre des études examinées

Tableau 24. Outils de mesure de la qualité de vie spécifiques aux maladies de peau utilisés dans le cadre des études examinées

Tableau 25. Outils généraux de mesure de la qualité de vie utilisés dans le cadre des études examinées

# Glossaire

---

**Agence de la santé publique du Canada (ASPC)** : Agence nationale pancanadienne qui œuvre à l'amélioration de l'état de santé des Canadiennes et des Canadiens par l'entremise d'activités de santé publique, de préparation aux situations d'urgence, d'intervention d'urgence, et de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

**Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé** : 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 iniquités en matière de santé. L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé a débuté ses activités en 2008, à la suite de l'adoption de sa loi constitutive, la [Loi de 2007 sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé](#). L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé fonctionne sous le nom de Santé publique Ontario (SPO) depuis 2011. Voir également [Santé publique Ontario](#).

**Agent infectieux** : Microorganisme, tel qu'une bactérie, un champignon, un parasite ou un virus qui peut pénétrer dans les tissus et s'y multiplier.

**Atopie** : Prédilection génétique au développement de maladies allergiques, comme la rhinite allergique, l'asthme et la dermatite atopique. L'atopie est généralement associée à des réponses immunitaires accrues à des allergènes courants, particulièrement des allergènes respiratoires et alimentaires.<sup>2</sup>

**Chaîne de transmission** : Modèle utilisé pour comprendre le processus infectieux (connue également sous le nom de chaîne d'infection).

**Colonisation** : Présence et croissance dans ou sur un corps d'un microorganisme qui se développe et se multiplie sans envahir les tissus ni causer de lésions cellulaires ou de symptômes.

**Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)** : Organisme consultatif scientifique et multidisciplinaire de Santé publique Ontario qui fournit des conseils fondés sur des faits probants relatifs à plusieurs aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses.

**Crème protectrice** : Produit utilisé habituellement en milieu industriel qui crée une barrière entre la peau et les substances irritantes pour bloquer ou retarder la pénétration (connue également sous le nom de crème barrière, onguent de protection ou gant invisible).

**Dépistage** : Processus d'identification des fournisseurs de soins de santé à risque de développer la dermatite de contact professionnelle au moyen d'un examen médical et (ou) de l'administration d'un questionnaire, dans le but de détecter la dermatite alors qu'il est encore possible d'intervenir de façon efficace. L'obtention de résultats positifs à des tests de dépistage pourrait indiquer la présence de dermatite de contact professionnelle ou une grande probabilité de dermatite de contact professionnelle, et la nécessité de poursuivre l'évaluation. Les activités de dépistage sont conçues de

façon à détecter la maladie chez un sujet avant l'obtention habituelle de soins médicaux. Idéalement, la maladie devrait être détectée au stade préclinique. Le but du dépistage médical devrait être la prévention secondaire de la maladie, c'est-à-dire l'identification de la maladie à un stade où sa progression peut être renversée, stoppée ou ralentie.<sup>15</sup>

**Dermatite atopique** : Maladie inflammatoire chronique de la peau caractérisée par des démangeaisons intenses et des lésions eczémateuses récurrentes. Bien qu'elle débute habituellement dans la petite enfance, la dermatite atopique est aussi très prévalente chez les adultes<sup>2</sup> (connue également sous le nom d'eczéma atopique).

**Dermatite de contact allergique** : Affection se produisant lorsqu'une substance déclenche une réponse immunitaire au niveau de la peau. Le nickel, les fragrances, les teintures, les produits en caoutchouc, les médicaments topiques et les cosmétiques causent souvent la dermatite de contact allergique.<sup>1</sup>

**Dermatite de contact irritante** : Forme de dermatite de contact la plus courante causée par des substances comme des solvants et d'autres produits chimiques qui irritent la peau. L'exposition à ces substances produit des plaques rouges sur la zone de la peau touchée, accompagnées plus souvent de douleurs que de démangeaisons.<sup>1</sup> En milieu de soins de santé, les travaux humides sont une cause courante de dermatite de contact irritante.

**Dermatite de contact professionnelle** : Inflammation de la peau provoquée par le contact direct d'une substance avec la surface de la peau. On utilise l'expression « dermatite de contact professionnelle » lorsque le contact ou l'exposition survient en milieu de travail.

**Dermatite de contact** : Inflammation cutanée résultant du contact direct d'une substance avec la surface de la peau. Parmi les symptômes de dermatite de contact figurent la sensation de douleur, de brûlure ou de démangeaison parfois accompagnée d'éruptions cutanées de couleur rouge, de boutons ou de cloques, et les plaies suintantes. Les deux principaux types de dermatite de contact sont la dermatite de contact allergique et la dermatite de contact irritante.<sup>1</sup>

**Dermatite** : Inflammation de la peau ayant une variété de causes.<sup>3</sup>

**Dermatose** : Terme général faisant référence à toute affection de la peau, accompagnée ou non d'inflammation. Ne pas confondre la dermatose avec la dermatite, qui se limite à une inflammation de la peau.<sup>4</sup>

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

**Eczéma** : Dermatose inflammatoire la plus courante réunissant un groupe d'affections de la peau qui ont en commun un modèle de résultats cliniques et histologiques variant selon le stade de la maladie. Les termes « eczéma » et « dermatite » sont souvent utilisés de façon interchangeable. Sur le plan clinique,

les lésions primaires prennent la forme de macules, de papules et de vésicules. Les lésions secondaires prennent la forme de plaies suintantes ou croûtées, de desquamation, de lichénification, d'hyperkératose et de fissures. Les démangeaisons sont courantes quel que soit le type d'eczéma/dermatite.<sup>3</sup>

**Émollient** : Produit hydratant non cosmétique qui aide à adoucir et à apaiser la peau. Les émollissants sont offerts sous forme de crèmes, d'onguents, de lotions et de gels. Ils gardent la peau hydratée et souple, et aident à prévenir les fissures. Les lotions émollissantes pour les mains sont le produit le plus courant en milieu de soins de santé.<sup>5</sup>

**Équipe régionale de soutien à la PCI** : Regroupement de cinq [bureaux régionaux de PCI](#) (et de deux bureaux satellites) qui collaborent avec les professionnels de la santé de l'ensemble de la province pour appuyer l'adoption de pratiques exemplaires en matière de PCI dans leurs milieux. Les bureaux régionaux de PCI fournissent des services complets de consultation et de sensibilisation, et maintiennent des relations avec les parties prenantes à l'échelle locale et partout en Ontario (anciennement connue sous le nom de **Réseau régional de contrôle des infections**).

**Équipement de protection individuelle** : Vêtement ou matériel porté pour assurer une protection contre des substances nocives.

**Excipient** : Ingrédient sans propriété médicinale active inclus dans les médicaments pour en assurer la mise en forme, la stabilité et le bon fonctionnement. Les excipients doivent être inertes. Ils peuvent causer des effets indésirables chez les personnes à peau sensible.<sup>6</sup>

**Facteur naturel d'hydratation** : Substance composée d'acides aminés libres et de dérivés d'acide aminé. Le facteur naturel d'hydratation est un humectant très efficace qui attire et lie l'eau de l'atmosphère, et l'entraîne dans les cornéocytes de la couche cornée. Le facteur naturel d'hydratation favorise aussi l'acidification de la couche cornée, un élément essentiel de la fonction barrière de la peau.<sup>11</sup>

**Filaggrine** : Protéine structurale essentielle au développement et au maintien de la barrière cutanée. Des mutations du gène de la filaggrine entraînent une réduction de la production de filaggrine, qui s'est avérée un facteur de risque de dermatite.<sup>7</sup>

**Fournisseur de soins de santé (FSS)** : Toute personne menant des activités dans un milieu de soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les employés, les médecins, les infirmiers et infirmières, les professionnels du secteur dentaire, les professionnels paramédicaux, les fournisseurs de services préhospitaliers, les travailleurs contractuels, les étudiants, les médecins en formation postdoctorale, les chercheurs, les bénévoles et les fournisseurs de soins à domicile.<sup>9</sup>

**Haptène** : Petite molécule qui provoque une réponse immunitaire lorsqu'elle est liée à une protéine porteuse. Les haptènes ont été utilisés pour accroître la réponse immunitaire à des antigènes, détecter la dermatite de contact allergique et la maladie inflammatoire des intestins, et favoriser les réponses auto-immunes, la régression des verrues d'origine virale et l'immunité antitumorale.<sup>8</sup>

**Humectants** : Substance qui se lie aux molécules d'eau pour accroître l'absorption de l'eau du derme et de l'atmosphère dans des conditions humides, pénétrer la couche cornée et retenir l'eau dans l'épiderme.

**Hygiène des mains** : Terme général faisant référence à tout ce qui touche le lavage des mains. L'hygiène des mains consiste à enlever la saleté visible et à éliminer ou tuer les microorganismes transitoires se trouvant sur les mains. Elle comprend l'utilisation de DMBA ou de savon et d'eau courante. L'hygiène des mains comprend l'antisepsie chirurgicale des mains.

**Hyperhidrose** : Transpiration excessive.

**Infection** : Pénétration et multiplication d'un agent infectieux dans les tissus de l'hôte. Une infection asymptomatique ou subclinique est un processus infectieux qui suit un cours semblable à celui d'une maladie clinique, mais sous le seuil des symptômes cliniques. Une infection symptomatique ou clinique se manifeste par des signes et des symptômes cliniques (maladie).

**Infection associée aux soins de santé** : Infection contractée au moment de recevoir des soins de santé (connue également sous le nom d'infection nosocomiale).

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

**Mains visiblement souillées** : Mains sur lesquelles on peut voir de la saleté ou des liquides organiques.

**Milieu de soins de santé** : Tout lieu où des soins de santé sont prodigués, y compris les milieux qui dispensent des soins d'urgence, les hôpitaux, les établissements de soins continus complexes, les hôpitaux de réadaptation, les foyers 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, les cliniques de santé publique et les soins à domicile.

**Modifications en milieu de travail** : Modification apportées en milieu de travail aux tâches ou à l'emploi de travailleurs afin d'éviter ou de contrôler l'exposition à des substances ayant causé la dermatite de contact allergique ou irritante chez ces travailleurs (connues également sous le nom d'adaptations en milieu de travail ou de modification des tâches.)

**Occlusif** : Capable de former une couche inerte (p. ex. couche d'huile) sur la peau pour empêcher physiquement la perte d'eau transépidermique.

**Patient** : Personne recevant des soins de santé. Utilisé dans l'ensemble du document, ce terme s'étend aux clients et résidents.

**Pratiques de base** : Système de pratiques de prévention et de contrôle des infections recommandé par l'[Agence de la santé publique du Canada](#) et [Santé publique Ontario](#) à tous les fournisseurs de soins de santé, à des fins d'utilisation auprès de tous les patients au moment de la prestation de soins dans le but

de prévenir et de contrôler la transmission des microorganismes dans tous les milieux de soins de santé. Voir également [Précautions supplémentaires](#).

**Précautions supplémentaires** : Précautions (c.-à-d. contre les contacts, les gouttelettes et la transmission par voie aérienne) à prendre 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). Voir également [Pratiques de base](#).

**Prévention et contrôle des infections (PCI)** : Pratiques et méthodes fondées sur des éléments probants qui, lorsqu'elles sont appliquées uniformément dans les milieux de soins de santé, peuvent prévenir ou réduire le risque de transmission de microorganismes aux fournisseurs de soins, aux patients et aux visiteurs, ainsi que le développement d'infections associées aux soins de santé causées par leurs propres microorganismes.

**Prévention primaire** : Prévention des maladies et des blessures avant qu'elles surviennent. La prévention primaire repose sur la prévention de l'exposition aux substances nocives qui causent des maladies ou des blessures, la modification des comportements malsains ou dangereux pouvant entraîner des maladies ou des blessures, et l'accroissement de la résistance aux maladies et blessures en cas d'exposition.<sup>14</sup>

**Prévention secondaire** : Réduction des effets d'une maladie ou d'une blessure déjà présente. La prévention secondaire repose sur la détection et le traitement d'une maladie ou blessure le plus tôt possible de façon à stopper ou à ralentir sa progression, la promotion de stratégies personnelles de prévention des récives et la mise en œuvre de programmes de rétablissement afin de prévenir les problèmes à long terme.<sup>14</sup>

**Prévention tertiaire** : Réduction de l'impact d'une maladie ou d'une blessure permanente ayant des effets à long terme. La prévention tertiaire repose sur l'offre d'assistance en vue de gérer les troubles de santé et les blessures à long terme, souvent complexes (p. ex. maladies chroniques, atteintes permanentes) dans le but d'améliorer, dans la mesure du possible, les capacités fonctionnelles, la qualité de vie et l'espérance de vie.<sup>14</sup>

**Professionnel de la prévention et du contrôle des infections** : Personne formée et responsable des mesures de prévention et de contrôle des infections dans un milieu de soins de santé. Ces mesures pourraient inclure l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques, de procédures, de pratiques et de programmes éducatifs qui favoriseront la prévention of infections. Les fonctions et compétences des professionnels de la prévention et du contrôle des infections peuvent varier d'un milieu à l'autre. Pour obtenir plus d'information sur le rôle et les compétences requises d'un professionnel de la prévention et du contrôle des infections, voir la définition (anglaise) de l'organisme [Prévention et contrôle des infections Canada](#).<sup>10</sup>

**Programme de soin des mains** : Composante clé de l'hygiène des mains chez les fournisseurs de soins de santé qui inclut l'évaluation des soins des mains (y compris le dépistage et la surveillance de l'état de la peau), la sensibilisation et formation, l'approvisionnement en crèmes ou lotions émoullientes pour les mains, et l'approvisionnement en DMBA à propriétés émoullientes.

**Réaffectation** : Mutation d'employés à d'autres unités ou emplois au sein de l'organisation, à titre de solution de rechange au licenciement, lorsqu'il n'est plus possible d'assurer la santé et la sécurité de ces employés dans leur poste actuel. Voir également [Modifications en milieu de travail](#).

**Santé et sécurité au travail** : En contexte de soins de santé, services de santé préventifs et thérapeutiques en milieu de travail fournis par des professionnels de la santé au travail dûment formés (p. ex. personnel infirmier, hygiénistes ou médecins).

**Santé publique Ontario (SPO)** : Nom sous lequel fonctionne l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé depuis 2011. SPO fournit des conseils scientifiques et techniques d'expert et du soutien aux clients qui œuvrent dans les domaines de la santé publique et des soins de santé, dans les secteurs connexes et au sein du gouvernement, dans le but de remplir sa mission qui consiste à assurer la prise de décisions et de mesures éclairées assurant la protection et la promotion de la santé, et la réduction des iniquités en matière de santé. Voir également [Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé](#).

**Surveillance** : Collecte, collation et analyse continues de données nominales (p. ex. données d'indemnisation des accidents du travail, d'épreuves diagnostiques effectuées en emploi ou de cliniques de santé au travail), et transmission en temps opportun d'information non nominale aux personnes qui en ont besoin pour agir. Les principales composantes des programmes de surveillance sont les suivantes : identification et collecte périodique de renseignements sur la santé; évaluation et interprétation de l'information; transmission d'information et intervention à des fins de prévention.<sup>15</sup>

**Travaux humides** : Activités obligeant les travailleurs à se plonger les mains dans des liquides pendant plus de deux heures par quart de travail, à porter des gants imperméables (occlusifs) pendant une période équivalente ou à se laver les mains plus de 20 fois par quart de travail.<sup>16</sup>

**Urticaire de contact professionnel** : Apparition de papule œdémateuse et d'érythème au site de contact de la peau avec un agent externe en milieu de travail. L'urticaire de contact professionnel non immunologique, le type d'urticaire le plus courant, est une réaction immédiate ne nécessitant pas d'exposition préalable à un allergène. L'urticaire de contact professionnel immunologique est une réaction d'hypersensibilité de type I causée par les immunoglobulines E, qui fait suite à une sensibilisation préalable à un allergène déclencheur (p. ex. latex).<sup>12</sup> L'urticaire de contact professionnel prend la forme de plaques ou de papules rouges et enflammées de taille variable qui s'accompagnent de démangeaisons et surviennent n'importe où sur le corps.<sup>13</sup>

# Préambule

---

## À propos du présent document

Ce document fournit une série de recommandations sur la prévention, la détection rapide et la gestion de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé (FSS).

En 2012, des chercheurs de [Santé publique Ontario](#) (SPO) ont effectué un balayage environnemental des questions clés relatives à la santé au travail, et à la prévention et au contrôle des infections au sein du système de santé de l'Ontario. Ils ont envoyé un sondage détaillé aux membres de l'[Association des hôpitaux de l'Ontario](#) et de l'[Ontario Occupational Health Nurses Association](#), ainsi qu'à des personnes dont le nom figurait dans les bases de données des anciens réseaux régionaux de contrôle des infections (maintenant l'[équipe régionale de soutien à la PCI](#)). Plus de 1 000 personnes des secteurs des sciences infirmières, de la santé et la sécurité au travail, de la prévention et du contrôle des infections, de l'éducation, de la gestion clinique et de l'administration ont répondu au sondage. Les répondants représentaient une variété de milieux de soins de santé, y compris des hôpitaux, des foyers de soins de longue durée, des services médicaux d'urgence, des cliniques communautaires, ainsi que des organismes de soins à domicile, de services correctionnels et de services sociaux. Un résumé des résultats du sondage est disponible sur demande.

Les répondants au sondage ont qualifié la dermatite de contact professionnelle de source de préoccupations importante et d'enjeu grave pour les FSS. Ils ont souligné la nécessité de sensibiliser et de former les FSS de première ligne aux stratégies de prévention de la dermatite professionnelle, et de mettre à leur disposition des outils efficaces d'aide à la gestion de la dermatite de contact professionnelle :

- Environ les deux tiers des répondants (68,7 %) estimaient avoir besoin de sensibilisation à certains sujets, comme l'usage excessif de gants, l'emploi de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) après le lavage des mains et le matériel de confection des gants de rechange.
- Un peu plus de la moitié des répondants (52,9 %) se préoccupaient du manque d'uniformité des politiques, procédures et programmes de soin des mains de leur lieu de travail, plus particulièrement en ce qui a trait à la mise en œuvre et au respect des programmes de soin des mains, et à l'approvisionnement en lotions émoullientes pour les mains.
- Plus de la moitié des répondants (56,4 %) croyaient à la nécessité d'offrir davantage de soutien sur le lieu de travail aux FSS aux prises avec une dermatite de contact professionnelle et souhaitaient avoir accès à un algorithme pour les aider à gérer la dermatite (p. ex. quand changer de type de gants, acheminer un FSS vers un professionnel de la santé ou apporter des modifications en milieu de travail).

Lorsqu'on les a questionnés à propos d'outils spécifiques pouvant servir de compléments aux programmes de sensibilisation à la dermatite de contact professionnelle, les FSS ont fait part de préférences semblables d'un milieu de santé sondé à l'autre :

- Plus des trois tiers des répondants (77,5 %) estimaient qu'un feuillet d'information ou une brochure sur la dermatite de contact professionnelle serait l'outil de sensibilisation le plus utile.
- Plus de la moitié des répondants (59,4 %) souhaitaient recevoir du matériel d'enseignement adaptable et 55,2 % souhaitaient recevoir des vidéos ou un DVD sur la dermatite de contact professionnelle.
- Près de la moitié des répondants (48,9 %) souhaitaient recevoir des présentations narrées ou des scénarios et 43,6 % souhaitaient avoir accès à des organigrammes ou algorithmes.
- Plus du tiers des répondants (38,4 %) souhaitaient obtenir des outils et listes de vérification.

Le présent document a été conçu en partie pour créer un bassin de connaissances sur les besoins cernés dans le sondage de 2012 et réduire l'écart qui s'est creusé entre les connaissances et la pratique lorsqu'il s'agit de prévenir et de contrôler la dermatite de contact professionnelle chez les FSS.

Un groupe de travail de SPO a formé le comité sur la dermatite professionnelle en milieu de soins de santé (CDPMSS) composé de membres d'une variété de parties prenantes de secteurs multiples ayant une vaste expertise. Les membres du comité incluent des médecins, des chercheurs ayant une expertise relative à la dermatite de contact professionnelle, des professionnels de la prévention et du contrôle des infections et de la santé au travail, ainsi que des représentants du [Centre for Research Expertise in Occupational Disease](#), de l'[Ontario Occupational Health Nurses Association](#), de l'[Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario](#), du [ministère du Travail de l'Ontario](#), du [Comité consultatif provincial des maladies infectieuses](#) et de l'[Association de santé et sécurité pour les services publics](#). La section [Remerciements](#) dresse la liste complète des membres du comité.

Les membres du CDPMS ont joué un rôle pivot dans le processus d'élaboration de ce document. Ils ont été consultés à intervalles réguliers pour veiller à ce que les besoins des FSS de tous les milieux de soins de santé soient adéquatement pris en compte dans le document et les ressources l'accompagnant. Leur participation active a permis d'assurer la représentation adéquate des perspectives et intérêts particuliers de leurs disciplines respectives.

Avant sa publication, le présent document a également été transmis à des parties prenantes nommées par le CDPMS pour obtenir leurs commentaires. Parmi ces parties prenantes figuraient des experts des secteurs de la dermatologie, de la dentisterie, de la médecine professionnelle et de la prévention et du contrôle des infections; ainsi que des associations professionnelles des secteurs de la santé et de la sécurité au travail en médecine professionnelle, en dentisterie et en soins infirmiers en santé du travail, et deux organismes nationaux de santé publique. Le présent document tient compte des commentaires reçus, dont des demandes d'information relatives aux outils et des suggestions à l'appui de la mise en œuvre des recommandations.

## Portée

Ce document porte sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la dermatite de contact irritante et allergique chez les FSS oeuvrant en milieu de soins de santé. Conçu dans le but de fournir des recommandations sur la prévention et le diagnostic rapide de la dermatite de contact au moyen de mesures de dépistage, de surveillance, de sensibilisation et de formation, d'épreuves diagnostiques et d'évaluations cliniques appropriés, il vise en priorité les FSS exposés à des travaux humides et à des substances allergènes au travail.

Le document traite des pronostics cliniques, des recommandations relatives aux mesures à prendre en milieu de travail, y compris la modification des tâches, et des répercussions importantes de la maladie sur la santé personnelle et le maintien en emploi. Les auteurs y prennent en compte l'équité en matière de santé et formulent des recommandations sur l'évaluation du risque, la façon d'appliquer la hiérarchie professionnelle des mesures de contrôle en contexte de prévention de la maladie, ainsi que la sélection et l'utilisation appropriées de gants et de sous-gants de coton. Ils y examinent la question de l'obstacle au respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains que constitue la dermatite, et formulent des recommandations relatives à l'usage régulier de crèmes ou lotions émollientes pour les mains (libres de substances allergènes) afin de maintenir l'intégrité de la peau. Le document traite également du risque de colonisation et de transmission d'organismes microbiens lorsque la peau n'est pas intacte. Les recommandations relatives à la gestion clinique tertiaire sont jugées hors de la portée de ce document.

## Comment et quand utiliser le présent document

Les recommandations formulées dans le présent document s'adressent aux FSS de première ligne, aux personnes qui leur offrent des conseils sur le soin des mains (p. ex. employeurs, superviseurs et gestionnaires), les personnes chargées du diagnostic et de la gestion clinique de base de la dermatite de contact (p. ex. professionnels de la santé au travail, de la prévention et de contrôle des infections, et des soins primaires); des membres de comités mixtes de la santé et de la sécurité, des professionnels chargés de l'approvisionnement et autres. L'impact des recommandations et la façon de les utiliser dépendront du rôle de la personne au sein du milieu de soins de santé ([Tableau 1](#)).

Les recommandations formulées dans le présent document peuvent être utiles au moment d'évaluer les risques organisationnels de l'ajout, de la substitution ou de l'élimination de pratiques en milieu de travail dans le but de réduire l'exposition aux irritants ou substances allergènes. Les programmes, politiques et procédures efficaces de sensibilisation et de formation, jumelés au maintien de gants et d'autres produits de soin des mains appropriés à portée de mains, aideront les FSS, superviseurs, éducateurs et gestionnaires à prévenir ou à atténuer la dermatite de contact professionnelle en milieu de travail.

**Tableau 1. Impact des recommandations selon le rôle joué dans le milieu de soins de santé**

Rôle	Impact des recommandations
Fournisseurs de soins de santé (FSS) de première ligne	Bénéficiaires directs des recommandations visant à améliorer la prévention, la détection et la gestion de la dermatite de contact professionnelle  Remarque : Des ressources adaptées aux besoins informationnels de chaque segment de cette population hétérogène (p. ex. personnel infirmier, intervenants des services environnementaux, fournisseurs de soins de santé à domicile, assistants dentaires) doivent être élaborées.
Éducateurs et professionnels de la santé au travail, de la prévention et du contrôle des infections, et des soins primaires	Fournissent une approche de détection rapide de la maladie fondée sur des données probantes, des conseils sur le dépistage, l'hygiène des mains, les émoullients et l'utilisation de gants et de sous-gants de coton, ainsi que des recommandations relatives à la modification des tâches
Employeurs, superviseurs, gestionnaires	Encouragent l'offre de ressources et de soutien connexe pour assurer la sensibilisation et la formation efficaces des FSS, et d'un accès facile à des produits de soin des mains (émoullients) et des gants
Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail; délégués à la santé et à la sécurité	Fournissent des renseignements fondés sur des données probantes afin de sensibiliser les comités et délégués à la santé et à la sécurité
Approvisionnement	Assurent la sélection judicieuse des produits de soin des mains (émoullients), des gants et des sous-gants appropriés dans les milieux de soins de santé

## Limites du présent document

Les recommandations énoncées dans le présent document reflètent les meilleurs éléments de preuve et opinions d'experts disponibles au moment de leur publication.

Ce document sera revu et mis à jour à mesure que de nouveaux éléments sont mis à notre disposition et évalués par des experts en contenu, et qu'il est déterminé qu'ils ont un impact important sur les recommandations.

## Lois applicables

Les employeurs de l'Ontario doivent se conformer à toutes les lois sur la santé et la sécurité applicables.

La [Loi sur la santé et la sécurité au travail, LRO 1990, chap. O.1](#) (LSST) et ses règlements énoncent les droits, devoirs et obligations des employeurs, superviseurs et travailleurs en matière de sécurité sur le lieu de travail.<sup>17</sup> La loi repose sur la philosophie du système de responsabilité interne, selon laquelle toutes les parties du lieu de travail ont un rôle à jouer pour veiller à ce que ce lieu respecte les exigences en matière de santé et de sécurité.<sup>18,19</sup>

La LSST stipule clairement que la plus grande part de responsabilité relative à la santé et à la sécurité revient aux employeurs. Aux termes de l'alinéa 25 (2) h) de la LSST, les employeurs sont tenus de prendre toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour assurer la protection des travailleurs. De plus, aux termes du paragraphe 52(2) de la LSST, ils sont tenus de rapporter toute maladie professionnelle au ministère du Travail, au comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou au délégué à la santé et à la sécurité et au syndicat, le cas échéant. Aux termes de l'article 28 de la LSST, les travailleurs doivent travailler conformément à cette loi et à ses règlements, et employer ou porter le matériel et les dispositifs ou vêtements de protection exigés par l'employeur.

Les exigences particulières imposées à certains établissements d'hébergement et de soins de santé, et prévues dans la LSST, figurent dans le Règlement de l'Ontario 67/93 intitulé [Établissements d'hébergement et de soins de santé](#).<sup>20</sup> Les articles 8, 9 et 10 de ce règlement fixent de nombreuses exigences :

a) L'employeur doit mettre par écrit des mesures et des procédures de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou avec un délégué à la santé et à la sécurité, le cas échéant. Ces mesures et procédures peuvent traiter notamment des questions suivantes :

- pratiques de travail sécuritaires
- conditions de travail sécuritaires
- pratiques d'hygiène appropriées et utilisation d'installations d'hygiène
- prévention des infections
- immunisation et vaccination contre les maladies infectieuses
- utilisation d'antiseptiques, de désinfectants et de décontaminants appropriés
- protection contre les risques que présentent les agents biologiques, chimiques et physiques

- utilisation, entretien, port et limites de l'équipement de protection individuelle

b) Les mesures et les procédures de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs doivent être examinées au moins une fois par année et révisées à la lumière des connaissances et des pratiques les plus récentes.

c) L'employeur doit, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité ou le délégué à la santé et à la sécurité, le cas échéant, élaborer, établir et fournir aux travailleurs des programmes de formation et de sensibilisation sur les mesures et procédures d'hygiène et de sécurité qui se rapportent à leur travail.

d) Le travailleur qui est tenu par son employeur ou aux termes du Règlement de l'Ontario 67/93 intitulé [Établissements d'hébergement et de soins de santé](#) de porter ou d'utiliser un vêtement, un dispositif ou un appareil de protection reçoit une formation sur son entretien, son utilisation et ses limites avant de le porter ou de l'utiliser pour la première fois, et à intervalles réguliers par la suite, et il participe à cette formation.

e) L'équipement de protection individuelle à fournir, porter ou utiliser doit :

- être convenablement utilisé et entretenu
- être de taille appropriée
- être inspecté pour déceler tout signe de dommage ou de détérioration
- être rangé dans un endroit pratique, propre et hygiénique quand il n'est pas utilisé.

L'employeur doit démontrer qu'il a dispensé une telle formation, et devrait donc prendre note du nom des travailleurs qui l'ont suivie, des dates de la formation, ainsi que de l'information et de la matière abordées.

Parmi les autres lois sur la santé et la sécurité au travail applicables pourraient figurer la [Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, LO 1997, chap. 16, Annexe A](#), le Règlement 860 intitulé [Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail \(SIMDUT\), RRO 1990](#) et le [Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques \(SGH\)](#).<sup>21,22</sup> Dans le cas des organisations sous réglementation fédérale, le [Code canadien du travail, LRC 1985, ch. L-2](#) et le [Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail, DORS/86-304](#) pourraient s'appliquer.<sup>23,24</sup>

## Considérations relatives à l'équité en matière de santé

En tant qu'organisme scientifique et technique, SPO s'efforce de faciliter la prise de décisions et de mesures éclairées pour protéger et promouvoir la santé et contribuer à réduire les iniquités en matière de santé. Les principes de l'équité en matière de santé et de justice sociale font partie intégrante de toute activité de santé publique et sont pris en compte dans l'objet de la [Loi de 2007 sur l'Agence](#)

[ontarienne de protection et de promotion de la santé, LO 2007, chap. 10, Annexe K.](#)<sup>25</sup> SPO a adopté la définition d'[équité en matière de santé](#) de l'Organisation mondiale de la Santé.<sup>26</sup>

L'iniquité en matière de santé découle de la répartition inéquitable du pouvoir, des fonds et des ressources, et de l'accès inéquitable aux ressources nécessaires à la santé.<sup>27</sup> SPO est déterminé à inclure les considérations d'équité en matière de santé à ses champs d'expertise et d'activité clés, dont la planification opérationnelle et l'élaboration de politiques.<sup>25</sup>

Dans le présent document, la discussion sur la prévention, le diagnostic et la gestion de la dermatite de contact professionnelle en milieu de soins de santé prend en compte plusieurs déterminants fondamentaux de la santé.

**Revenu et statut social.** Nous disposons de preuves solides à l'appui du lien qui existe entre le statut social et les revenus élevés, d'une part, et de meilleurs résultats sur le plan de la santé, y compris des effets positifs sur la santé physique, mentale et sociale. En plus d'assurer un revenu, le travail rémunéré confère un sentiment d'appartenance et une raison d'être, et favorise les contacts sociaux (p. ex. soutien des collègues et superviseurs/gestionnaires) et la croissance personnelle.<sup>28</sup>

Les FSS qui développent une dermatite de contact grave chronique pourraient éventuellement devoir quitter leur emploi et essuyer une perte d'emploi et de statut social importante. La prévention et la détection rapide des maladies de peau, jumelées à l'apport de modifications appropriées en milieu de travail, pourraient permettre de réduire la gravité de la maladie et d'assurer le maintien en emploi.

**Sensibilisation et littératie.** La sensibilisation et la littératie varient grandement d'un FSS à l'autre. Des outils et ressources devraient être élaborés afin de répondre aux besoins uniques de différentes populations de travailleurs, et des personnes chargées de leur sensibilisation et formation. Des outils utilisant des éléments graphiques et un langage simple pourraient répondre aux besoins des FSS de première ligne dont les compétences linguistiques sont limitées.

**Emploi et conditions de travail.** En milieu de travail, les FSS sont exposés de toutes sortes de façons à des agents physiques, chimiques et biologiques pouvant accroître leur risque de développer ou d'exacerber une dermatite de contact professionnelle. Cela inclut l'exposition d'une peau non intacte à des travaux humides (p. ex. gantage, hygiène des mains fréquente), produits chimiques (p. ex. méthacrylates en cabinet dentaire et salles d'opération, agents nettoyants, accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc des gants) et agents microbiens (p. ex. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline). Le présent document aborde de façon spécifique ces risques d'exposition et les façons de les gérer.

Les FSS devraient être informés (p. ex. lors de séances d'information) des droits et avantages consentis par leur employeur et les différentes lois applicables, comme la [Loi sur la santé et la sécurité au travail, LRO 1990, chap. O.1](#), la [Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, LO 1997, chap. 16, Annexe A](#) et le [Code des droits de la personne, LRO 1990, chap. H.19](#).<sup>29</sup> Ces droits et avantages pourraient être pertinents dans les situations suivantes :

- En cas d'emploi précaire, occasionnel ou contractuel, les FSS qui ont un horaire de travail peu chargé pourraient craindre de perdre des occasions de travail rémunéré en raison d'absentéisme résultant d'une dermatite professionnelle. Cela pourrait les amener à ne pas divulguer l'étendue de la maladie.
- Les personnes employées à long terme pourraient bénéficier d'un régime d'assurance collective, couvrant par exemple les médicaments d'ordonnance et les traitements topiques, auquel n'ont pas accès les fournisseurs occasionnels ou à temps partiel.
- Certains propriétaires de petites entreprises pourraient ne pas être en mesure d'effectuer la réaffectation de membres du personnel. Lorsqu'une personne perd son emploi ou change de statut d'emploi, sa santé et celle de sa famille peuvent être gravement atteintes.<sup>28</sup>

**Environnements physiques.** Le fait de travailler dans un climat froid et sec durant plusieurs mois de l'année contribue également à accroître la prévalence de la dermatite.

**Patrimoine biologique et génétique.** Les FSS qui ont une prédisposition génétique à l'eczéma ou à d'autres affections cutanées (p. ex. psoriasis) sont plus susceptibles de développer ou d'exacerber une dermatite de contact professionnelle. La détection rapide de la dermatite sur de la peau pigmentée est plus compliquée étant donné qu'il est plus difficile d'y repérer l'érythème. La connaissance des facteurs génétiques de l'hôte, jumelée à la mise en œuvre d'un programme de sensibilisation ciblé, pourrait réduire le fardeau de la maladie.

**Services de santé.** L'accès aux évaluations, diagnostics et traitements cliniques de la dermatite varie d'un milieu de soins de santé et d'une région à l'autre. Les plus gros hôpitaux ont sur place des services de santé au travail qui peuvent procéder aux évaluations et faciliter l'apport de mesures d'adaptation au travail en collaboration avec le médecin de famille ou le spécialiste communautaire. Les milieux préhospitaliers, de soins à domicile et de soins de longue durée peuvent ne pas disposer sur place de tels services, ce qui crée des obstacles à l'obtention d'une évaluation, d'un diagnostic et d'un traitement cliniques en temps opportun. Les listes d'attente sont souvent longues pour la consultation d'un médecin, et encore plus longues dans le cas d'un spécialiste. Les milieux de soins de santé des petites collectivités rurales ou des collectivités rurales éloignées ont accès à encore moins de ressources. L'élaboration de ressources et d'outils d'auto-évaluation simples à l'intention des intervenants de première ligne pourrait faciliter la détection rapide et la gestion de la maladie. Des efforts additionnels doivent être déployés pour faciliter l'accès à des soins appropriés.

**Sexe.** Encore aujourd'hui, les FSS sont en majorité des femmes. Les femmes supportent donc le gros du fardeau de la dermatite de contact professionnelle. L'incidence de la dermatite de contact est encore plus grande chez les femmes qui élèvent de jeunes enfants. Les activités d'application des connaissances visant la conception d'une stratégie de communications et de ressources appropriées pour le domicile devraient tenir compte de la réalité particulière des femmes.

# Survol de la méthodologie

---

Le groupe de travail de SPO a mené des recherches documentaires exhaustives pour trouver des lignes directrices exhaustives de haute qualité qui orienteraient le choix des questions de recherche du présent document. Les membres du groupe ont appliqué l'outil [AGREE-II](#) aux lignes directrices trouvées pour s'assurer qu'elles soient de haute qualité. Trois lignes directrices exhaustives ayant obtenu une note élevée à l'instrument AGREE II, particulièrement en matière de rigueur du processus d'élaboration, ont été retenues :

- National Health Services Scotland (NHS) Plus, Royal College of Physicians and Faculty of Occupational Medicine joint national guidelines on occupational aspects of management of dermatitis, 2009 (ci-après appelées [lignes directrices du RCP](#))
- British Occupational Health Research Foundation (BOHRF) guidelines on occupational contact dermatitis and urticariaire, 2010 (ci-après appelées [lignes directrices de la BOHRF](#))
- Health Protection Scotland (HPS) Literature Review on standard infection control precautions (SICP) related to hand hygiene and skin care, 2016 (ci-après appelée [analyse documentaire SICP de HPS](#))

En collaboration avec une grande variété de parties prenantes clés, le comité sur la dermatite professionnelle en milieu de soins de santé (CDPMSS) a analysé une série de questions de recherche initiales à la lumière de ces lignes directrices et de leurs analyses systématiques connexes. La série de questions de recherche a été étoffée et modifiée en vue de tenir compte des besoins spécifiques et réalités régionales des milieux de soins de santé de l'Ontario, au Canada. Dans l'ensemble, les questions traitaient d'aspects de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que du diagnostic et de la gestion de la dermatite de contact professionnelle, des effets sur les fournisseurs et de la prévention et du contrôle des infections. Les chercheurs se sont entendus sur 29 questions de recherche à inclure. (Voir le [Résumé des questions de recherche](#).)

## Recherches documentaires systématiques

Des spécialistes des sciences bibliothécaires ont conçu des recherches documentaires en collaboration avec le groupe de travail. Les chercheurs ont interrogé les bases de données MEDLINE, Embase et CINAHL à la recherche d'articles datés de janvier 1980 à janvier 2017. Ils ont également extrait des directives de sources documentaires parallèles et effectué un balayage de résumés de conférence. Des experts du CDPMSS ont été invités à faire part de tout ouvrage que les recherches documentaires auraient manqué. Quelques articles supplémentaires ont été fournis.

## Examen des résumés

Les recherches documentaires ont permis de recenser un total de 11 970 titres. Cela comprend des études expérimentales et observationnelles. En général, les chercheurs ont exclu les études qualitatives sauf dans le cas de résultats liés aux préférences, valeurs et répercussions sur les fournisseurs de soins de santé. Ils ont également exclu les séries et comptes rendus de cas, ainsi que les articles d'opinion, éditoriaux, commentaires et examens. Les membres de disciplines à haut risque de dermatite de contact professionnelle, surtout en raison de travaux humides, constituaient les populations cibles. Deux examinateurs indépendants ont consulté les résultats de recherche pour déterminer quels articles soumettre à une lecture complète. Deux examinateurs indépendants ont déterminé quels articles soumis à une lecture complète inclure à l'étude. Des listes de référence ont été balayées pour repérer des articles additionnels. En cas de désaccord, les examinateurs ont procédé par consensus ou demandé à un troisième examinateur d'agir à titre d'arbitre et de prendre la décision finale. Les chercheurs ont retenu au total 52 publications à comité de lecture pour orienter l'élaboration des recommandations présentées dans le présent document.

## Évaluation critique de la documentation

À l'étape de l'extraction de données, les limites associées aux modèles et résultats d'études qui ont été citées par les auteurs ou notées dans les évaluations critiques non officielles des personnes chargées de l'extraction ont été prises en compte. L'abstraction des données a été effectuée par un seul examinateur, puis validée par un second. Les études qui affichaient des problèmes importants d'applicabilité des données au moment de l'évaluation critique ont été exclues (p. ex. recours à des produits d'hygiène des mains qu'on ne retrouve plus en milieu de soins de santé ou à des stratégies contraires aux protocoles de contrôle des infections, comme la réduction de la fréquence de l'hygiène des mains).

## Tableaux de preuve

Des tableaux d'éléments de preuve ont été préparés à l'avance, puis remplis par un seul examinateur et validés par un second. Les tableaux comprenaient des renseignements sur les études (p. ex. taille de l'échantillon, modèle de l'étude, échéanciers, mesures et comparaisons), les personnes y ayant participé (p. ex. emploi, secteur d'activités, données démographiques), les résultats mesurés, les effets rapportés et les principales conclusions. Les renseignements sur la qualité des études, dont des questions de pertinence, de fiabilité, de validité et d'applicabilité, ont également été inclus dans une colonne traitant des limites des études.

## Énoncés de preuve et recommandations

Le CDPMS a passé en revue les énoncés de preuve fondés sur les tableaux d'éléments de preuve et les a utilisés pour orienter l'élaboration des recommandations. Aucun barème de notation n'a été appliqué aux éléments de preuve, mais les chercheurs ont tenu compte des limites des différentes études au moment d'élaborer leurs recommandations. (Voir le [Résumé des recommandations](#).)

# Résumé des questions de recherche

Toutes les questions de recherche sont présentées au [Tableau 2](#), accompagnées d'un renvoi à la section pertinente du document et, là où nous disposons d'éléments de preuve suffisants, de la recommandation mise de l'avant par le comité sur la dermatite professionnelle en milieu de soins de santé (CDPMSS). (Voir le [Résumé des recommandations](#).)

**Tableau 2. Questions de recherche, sections et recommandations pertinentes du document**

N°	Question de recherche	Section du document	N° de la (des) recommandation(s)
1	<a href="#">Quels facteurs personnels pourrait-on mesurer avant l'affectation pour mieux orienter la gestion du risque de dermatite professionnelle?</a>	<a href="#">2.1</a>	Preuves insuffisantes; aucune recommandation
2	<a href="#">Peut-on réduire l'incidence de la dermatite de contact professionnelle en contrôlant l'exposition à l'aide de mesures d'élimination et de substitution?</a>	<a href="#">2.2</a>	<a href="#">8</a>
3	<a href="#">Le fait d'éviter ou de contrôler l'exposition entraîne-t-il des améliorations ou le rétablissement?</a>	<a href="#">2.2</a>	<a href="#">2</a>
4	<a href="#">Les programmes de sensibilisation et de formation aident-ils à prévenir le développement de la dermatite de contact professionnelle?</a>	<a href="#">2.3.1</a>	<a href="#">12</a>
5	<a href="#">Les programmes de sensibilisation et de formation augmentent-ils les chances de prévention secondaire de la dermatite de contact professionnelle?</a>	<a href="#">2.3.1</a>	<a href="#">12</a>
6	<a href="#">Les programmes de sensibilisation et de formation à la gestion de la dermatite de contact professionnelle permettent-ils aux travailleurs atteints d'éviter une réorientation professionnelle, la perte d'emploi ou le départ à la retraite?</a>	<a href="#">2.3.1</a>	<a href="#">12</a>

N°	Question de recherche	Section du document	N° de la (des) recommandation(s)
7	<u>Le dépistage prévient-il la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.2</u>	Preuves insuffisantes; aucune recommandation
8	<u>La surveillance de l'état de la peau prévient-elle la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.2</u>	Preuves insuffisantes; aucune recommandation
9	<u>Le dépistage permet-il un diagnostic plus rapide de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.2</u>	<u>7</u>
10	<u>Le dépistage effectué par auto-administration d'un questionnaire (graphique et (ou) axé sur les symptômes) pour repérer les travailleurs susceptibles d'avoir une dermatite de contact professionnelle et les aiguiller vers un dermatologue à des fins d'examen constitue-t-il une solution efficace de rechange au dépistage par inspection de peau effectué par un expert de la santé au travail dûment formé?</u>	<u>2.3.2</u>	<u>7</u>
11	<u>L'application d'émollients aide-elle à prévenir le développement de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.3</u>	<u>13</u>
12	<u>Les crèmes (barrières) protectrices aident-elles à prévenir le développement de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.3</u>	<u>16</u>
13	<u>Comment peut-on maintenir l'intégrité de la peau au moment d'effectuer l'hygiène des mains afin de minimiser le développement de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.3</u>	<u>14, 15, 17, 18, 20, 21</u>
14	<u>Le respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains, et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, améliore-t-il la prévention primaire de la dermatite en milieu de travail?</u>	<u>2.3.3</u>	<u>12</u>

N°	Question de recherche	Section du document	N° de la (des) recommandation(s)
15	<u>Comment se comparent les différentes pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, sur le plan de la prévention primaire de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.3</u>	Preuves insuffisantes; aucune recommandation
16	<u>Le respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, améliore-t-il la prévention secondaire de la dermatite en milieu de travail?</u>	<u>2.3.3</u>	<u>12, 16, 19, 22</u>
17	<u>Comment se comparent les différentes pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, sur le plan de la prévention secondaire de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.3</u>	Preuves insuffisantes; aucune recommandation
18	<u>Le respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, améliore-t-il la prévention tertiaire de la dermatite en milieu de travail?</u>	<u>2.3.3</u>	<u>6, 12, 16, 19, 22</u>
19	<u>Comment se comparent les différentes pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, sur le plan de la prévention tertiaire de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.3</u>	Preuves insuffisantes; aucune recommandation
20	<u>De quels éléments de preuve dispose-t-on des avantages de l'apport de modifications en milieu de travail pour la prévention tertiaire de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.4</u>	<u>2, 6</u>

N°	Question de recherche	Section du document	N° de la (des) recommandation(s)
21	<u>De quels éléments de preuve dispose-t-on pour démontrer les avantages de la réaffectation pour la prévention tertiaire de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.3.4</u>	<u>5</u>
22	<u>Le port d'équipement de protection individuelle (c.-à-d. gants [y compris des sous-gants de coton]) permet-il de réduire l'incidence de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.4</u>	<u>9, 10</u>
23	<u>De quels éléments de preuve dispose-t-on pour démontrer les avantages du port d'équipement de protection individuelle (c.-à-d. gants [y compris des sous-gants de coton]) pour la prévention tertiaire de la dermatite de contact professionnelle?</u>	<u>2.4</u>	<u>11</u>
24	<u>Dans quelle mesure les critères de diagnostic de la dermatite de contact professionnelle permettent-ils de la distinguer de la dermatite de contact non professionnelle ou d'une autre maladie de la peau?</u>	<u>2.5</u>	<u>1, 3, 4, 7</u>
25	<u>Le diagnostic rapide de la dermatite de contact professionnelle fait-il une différence sur le plan de l'issue de la maladie?</u>	<u>2.5</u>	<u>7</u>
26	<u>Quel est le pronostic clinique relatif à la dermatite de contact professionnelle chez les travailleurs atteints?</u>	<u>2.6</u>	<u>1, 2</u>
27	<u>Quel est l'impact de la dermatite de contact professionnelle sur les travailleurs atteints, p. ex. sur leur vie personnelle et professionnelle, et leur emploi?</u>	<u>2.7</u>	<u>6</u>
28	<u>Les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite courent-ils un risque plus élevé de colonisation ou d'infection de la peau que les fournisseurs de soins de santé non atteints?</u>	<u>2.8</u>	<u>23</u>

N°	Question de recherche	Section du document	N° de la (des) recommandation(s)
29	<a href="#">Les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite sont-ils plus susceptibles de transmettre des infections à des patients que les fournisseurs de soins de santé non atteints?</a>	<a href="#">2.8</a>	<a href="#">24, 25</a>

---

## Résumé des recommandations

---

La stratégie de recherche documentaire et le processus d'analyse adoptés ont généré un total de 52 publications à comité de lecture ayant servi à orienter les recommandations formulées dans le présent document. Le groupe de travail de SPO a élaboré un modèle d'extraction de données qu'il a appliqué à ces publications. Un tableau d'éléments de preuve a été produit pour chaque question de recherche à l'aide de données tirées d'articles pertinents. Le comité sur la dermatite professionnelle en milieu de soins de santé (CDPMSS) a passé en revue, révisé et ultimement approuvé les énoncés de preuve présentés, et les recommandations auxquelles ils ont mené.

## Classement des recommandations

LE CDPMSS a adapté le Cote des recommandations du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses.<sup>30</sup> La qualité des preuves (voir le [Tableau 3](#)) dépend principalement des modèles d'étude des éléments de preuve de l'efficacité des mesures. Le poids des recommandations (voir le [Tableau 4](#)) prend en compte l'évaluation de la qualité des preuves effectuée par le CDPMSS et les risques potentiels associés aux mesures, de la façon suivante :

- Les recommandations de catégorie A traitent de mesures dont les avantages l'emportent clairement sur les risques selon le CDPMSS. **Le CDPMSS s'attend à ce que les recommandations de catégorie A soient mises en œuvre dans tous les milieux de soins de santé applicables.**
- Remarque : Les mesures n'entraînant aucun risque ou entraînant des risques négligeables seulement (p. ex. recommandation n° [1](#)) peuvent être classées dans la catégorie A malgré le manque de preuves significatives compte tenu du fait que leurs avantages l'emportent clairement sur les risques encourus.
- Les recommandations de catégorie B traitent de mesures dont les avantages l'emportent très probablement sur les risques selon le CDPMSS. **Le CDPMSS s'attend à ce que les recommandations de catégorie B soient mises en œuvre dans la plupart des milieux de soins de santé applicables.**

Des recommandations de catégorie A et B peuvent également viser l'élimination de mesures dont les risques l'emportent clairement ou très probablement sur les avantages.

**Tableau 3. Évaluation de la qualité des preuves à l'appui des recommandations**

Cote	Définition
I	Éléments de preuve tirés d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé
II	Éléments de preuve tirés d'au moins un essai clinique non randomisé bien conçu, d'études de cohorte ou d'études analytiques cas-témoins réalisées de préférence par plus d'un centre à partir de plusieurs séries chronologiques, ou de résultats de première importance d'expériences non contrôlées
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts

**Tableau 4. Détermination du poids des recommandations**

Catégorie	Définition
A	Recommandations qui doivent être mises en œuvre dans tous les milieux de soins de santé. Les avantages de ces pratiques l'emportent sur les risques qui y sont associés.
B	Recommandations qui devraient être mises en œuvre dans la plupart des milieux de soins de santé. Les avantages de ces pratiques l'emportent probablement sur les risques qui y sont associés dans la plupart des milieux et situations, mais pas tous.

REMARQUE : Les recommandations fondées sur un règlement ne feront pas l'objet d'un classement.

## Recommandations finales

Les tableaux [5](#) à [12](#) offrent un résumé des recommandations relatives à la dermatite de contact professionnelle formulées par le CDPMSS. En tout, le document compte 25 recommandations classées par ordre numérique sous les huit catégories suivantes :

- Évaluation et diagnostic ([Tableau 5](#))
- Gestion en milieu de travail ([Tableau 6](#))
- Dépistage et surveillance ([Tableau 7](#))

- Gants (équipement de protection individuelle) et contrôle de l'exposition ([Tableau 8](#))
- Programmes de soins de la peau (y compris la sensibilisation) ([Tableau 9](#))
- Crèmes et lotions émoullientes pour les mains ([Tableau 10](#))
- Hygiène des mains ([Tableau 11](#))
- Prévention et contrôle des infections ([Tableau 12](#))

Chacune des recommandations est accompagnée de son classement (poids de la recommandation), de la section ou des sections du document traitant de la recommandation, et de la question ou des questions de recherche connexes.

**Tableau 5. Recommandations pour l'évaluation et le diagnostic de la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes**

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
1	Les professionnels de la santé devraient obtenir tous les antécédents professionnels, ainsi que les antécédents non professionnels pertinents des FSS qui ont une éruption cutanée, en posant notamment aux FSS des questions sur leur emploi, le matériel utilisé en milieu de travail, le lieu de l'éruption et tout lien temporel avec le travail. Le professionnel de la santé devrait procéder à une évaluation clinique pour orienter le traitement et les modifications à apporter en milieu de travail.	IIA	<a href="#">2.5</a> ; <a href="#">2.6</a>	<a href="#">24</a> ; <a href="#">26</a>
2	En cas de diagnostic incertain ou de dermatite persistante malgré l'évaluation clinique et le traitement effectué par le professionnel de la santé, un médecin ayant une expertise relative à la dermatite de contact professionnelle devrait évaluer le FSS pour recommander un traitement approprié et des modifications à apporter en milieu de travail.	IIIB	<a href="#">2.2</a> ; <a href="#">2.3.4</a> ; <a href="#">2.6</a>	<a href="#">3</a> ; <a href="#">20</a> ; <a href="#">26</a>

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
3	Tout diagnostic de dermatite de contact professionnelle devrait être confirmé par un médecin (p. ex. dermatologue) possédant les connaissances, les compétences et la formation nécessaires pour diagnostiquer cette maladie avec un degré raisonnable d'exactitude (en exécutant les tests objectifs requis au besoin), sans prendre uniquement en compte les antécédents compatibles.	IIA	<a href="#">2.5</a>	<a href="#">24</a>
4	Afin de fournir des renseignements diagnostiques supplémentaires, les médecins ayant une expertise relative à la dermatite de contact professionnelle pourraient effectuer un test épicutané personnalisé au moyen d'haptènes qui ne sont pas offerts dans les batteries standard.	IIIB	<a href="#">2.5</a>	24

**Tableau 6. Recommandations pour la gestion en milieu de travail de la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes**

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
5	En cas d'apport de modifications infructueuses en milieu de travail, la réaffectation du fournisseur de soins de santé devrait être envisagée comme prochaine étape avant sa réorientation professionnelle, la perte de son emploi ou son départ à la retraite.	IIIB	<a href="#">2.3.4</a>	<a href="#">21</a>
6	Des programmes de prévention spécialisés, individuels et intensifs, qui comprennent l'apport de modifications en milieu de travail, devraient être mis en œuvre pour les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite de contact professionnelle modérée ou grave. Ces programmes devraient reposer sur des approches visant l'amélioration de la santé physique et mentale.	IIIB	<a href="#">2.3.3</a> ; <a href="#">2.3.4</a> ; <a href="#">2.7</a>	<a href="#">18</a> ; <a href="#">20</a> ; <a href="#">27</a>

**Tableau 7. Recommandations pour le dépistage et la surveillance de la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes**

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
7	Étant donné que le diagnostic rapide de la dermatite de contact dans l'année suivant l'apparition des symptômes peut améliorer l'issue de la maladie, le dépistage systématique (avant l'affectation et à intervalles réguliers) au moyen d'un outil validé et envisageable peut servir à repérer les personnes qui pourraient bénéficier d'une évaluation et d'un diagnostic plus spécialisés.	IIIB	<a href="#">2.3.2</a> ; <a href="#">2.5</a>	<a href="#">9</a> ; <a href="#">10</a> ; <a href="#">24</a> ; <a href="#">25</a>

**Tableau 8. Recommandations relatives au port de gants (équipement de protection individuelle) et au contrôle de l'exposition aux agents susceptibles de causer la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes**

No	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
8	Les employeurs devraient mettre en œuvre des stratégies pour cesser ou réduire l'exposition aux agents qui causent la dermatite de contact professionnelle.	IIA	<a href="#">2.2</a>	<a href="#">2</a>
9	Les employeurs devraient mettre les gants appropriés à la disposition des fournisseurs de soins de santé qui ne peuvent pas éliminer le risque de développer la dermatite de contact professionnelle en cessant l'exposition aux agents responsables.	IIA	<a href="#">2.4</a>	<a href="#">22</a>

No	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
10	Lorsqu'on ne peut pas réduire ou éliminer l'usage de gants occlusifs, l'utilisation de sous-gants de coton pourrait diminuer l'incidence de dermatite de contact professionnelle.	IIIB	<a href="#">2.4</a>	<a href="#">22</a>
11	Lorsqu'il est indiqué de porter des gants, les employeurs devraient fournir des sous-gants de coton aux fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite de main, accompagnés de consignes sur la façon de les utiliser.	IIIB	<a href="#">2.4</a>	<a href="#">23</a>

**Tableau 9. Recommandations pour les programmes de soins de la peau (y compris la sensibilisation) —Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes**

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
12	Les employeurs devraient fournir en permanence des séances de sensibilisation et de formation, des renseignements, des ressources et des produits susceptibles de réduire l'incidence et la prévalence de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé. Il est recommandé de mettre en œuvre un programme multidimensionnel d'hygiène des mains pour favoriser la modification des comportements. Le programme devrait inclure des activités ciblées et soutenues de sensibilisation et de formation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains, un volet de soin des mains qui inclut des enseignements sur l'autodépistage et la divulgation de la dermatite, des consignes sur la sélection et l'utilisation appropriées des gants et des crèmes et lotions émollientes pour les mains, et un accès facile à ces crèmes et lotions, ainsi que les produits d'hygiène des mains et gants appropriés.	IIA	<a href="#">2.3.1</a> ; <a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">4</a> ; <a href="#">5</a> ; <a href="#">6</a> ; <a href="#">14</a> ; <a href="#">16</a> ; <a href="#">18</a>

**Tableau 10. Recommandations pour l'utilisation de crèmes et de lotions émoullientes pour les mains pour prévenir la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes**

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
13	Les employeurs devraient fournir des lotions émoullientes pour les mains en milieu de travail et enseigner aux fournisseurs de soins de santé à les utiliser de façon régulière.	IA	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">11</a>
14	Pour prévenir la contamination, les établissements devraient veiller à ne jamais réutiliser les distributeurs ou flacons pompes de lotions émoullientes pour les mains, ou y ajouter du produit en cours d'utilisation.	IIA	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">13</a>
15	Les pots et tubes de crème et de lotion à usage collectif sont à proscrire.	IIA	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">13</a>
16	Les employeurs ne devraient pas encourager les fournisseurs en milieu de soins de santé à utiliser des crèmes (barrières) protectrices.	IIB	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">12</a> ; <a href="#">16</a> ; <a href="#">18</a>
17	Des crèmes ou lotions émoullientes hypoallergènes pour les mains devraient être utilisées à intervalles réguliers. Les crèmes et lotions devraient être appliquées sur toute la surface des mains, y compris entre les doigts et sur le dos des mains.	IIA	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">13</a>
18	Les crèmes et lotions émoullientes pour les mains utilisées en milieu de soins de santé ne doivent pas nuire à l'efficacité des produits d'hygiène des mains ou des gants utilisés.	IIIA	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">13</a>
19	Les employeurs devraient aviser leurs fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite d'utiliser au travail des crèmes ou lotions émoullientes pour les mains qui sont hypoallergènes.	IIIA	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">16</a> ; <a href="#">18</a>

**Tableau 11. Recommandations pour l'hygiène des mains pour prévenir la dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes**

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
20	Les fournisseurs de soins de santé devraient utiliser de préférence des désinfectants pour les mains à base d'alcool à propriétés émoullientes pour l'hygiène des mains lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées.	IIB	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">13</a>
21	Les fournisseurs de soins de santé ne devraient pas se laver immédiatement les mains après avoir utilisé un désinfectant pour les mains à base d'alcool.	IIIA	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">13</a>
22	Les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite devraient utiliser des désinfectants pour les mains à base d'alcool à propriétés émoullientes, s'ils les tolèrent, lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées. Les fournisseurs chez qui l'hygiène des mains cause de l'inconfort devraient faire l'objet d'une évaluation individuelle, de préférence effectuée par un professionnel de la santé au travail.	IIB	<a href="#">2.3.3</a>	<a href="#">16</a> ; <a href="#">18</a>

**Tableau 12. Recommandations pour la prévention et le contrôle des infections chez les FSS aux prises avec une dermatite de contact professionnelle—Cote, sections pertinentes du document et questions de recherche connexes**

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
23	Les professionnels de la santé devraient aviser les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite que les régions de la peau touchées sont plus susceptibles que la peau intacte d'être colonisées par des microorganismes, et que le risque augmente dans le cas de lésions aiguës graves.	IIA	<a href="#">2.8</a>	<a href="#">28</a>

N°	Recommandation	Cote	Section(s) du document	Question(s) de recherche
24	Les professionnels de la santé devraient aviser les fournisseurs de soins de santé qui sont aux prises avec une dermatite et pourraient courir un risque accru de colonisation qu'ils pourraient éventuellement être plus susceptibles que les fournisseurs de soins de santé sans dermatite de transmettre des microorganismes capables de coloniser ou d'infecter des patients (p. ex. <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline).	IIIA	<a href="#">2.8</a>	<a href="#">29</a>
25	Durant les éclosions de maladie, les professionnels de la santé pourraient recommander la réaffectation temporaire des fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite des mains à des postes sans soins directs aux patients. Dans le cas des fournisseurs de soins de santé qui sont aux prises avec une dermatite modérée ou grave et qui prodiguent des soins directs à des patients à risque accru d'infection (p. ex. nouveau-nés, patients gravement immunodéprimés et patients des unités de soins intensifs ou postopératoires), une réaffectation temporaire pourrait être recommandée jusqu'à ce que les symptômes se résorbent ou soient qualifiés de légers.	IIIB	<a href="#">2.8</a>	<a href="#">29</a>

# 1. Contexte

---

## 1.1 Structure et fonction de la peau

Le plus gros et le plus lourd organe du corps (voir la [Figure 1](#)), la peau représente 15 % de la masse corporelle et recouvre une surface pouvant aller jusqu'à deux mètres carrés. Composée d'environ 75 % d'eau, 20 % de protéines et 5 % de matière grasse, elle sert d'interface principale entre le corps et le monde extérieur.<sup>31,32</sup> La peau a de nombreuses fonctions, dont la protection contre les blessures, la préservation de l'eau, la régulation de la température, la lubrification, la sensation tactile et la synthèse de la vitamine D.<sup>33</sup> La peau est aussi spectaculairement résiliente à l'exposition aux agents chimiques, températures extrêmes, agents infectieux, abrasions et traumatismes, et a une énorme capacité de guérison.

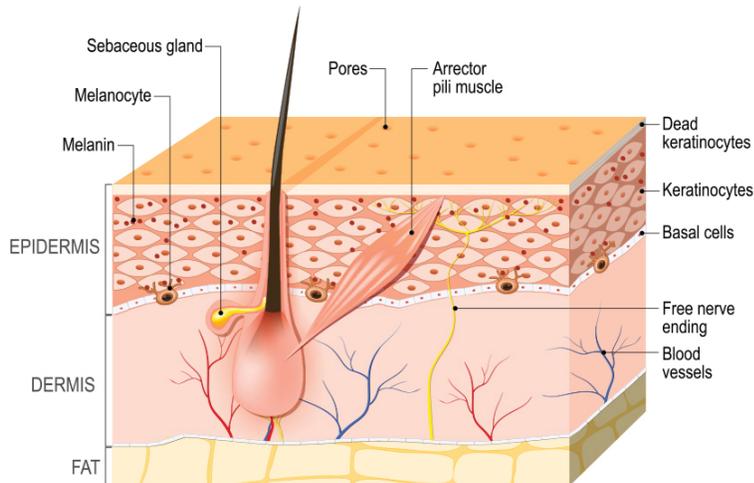
La peau humaine est composée d'un épiderme cellulaire stratifié (à plusieurs couches) reposant sur un derme de tissu conjonctif, séparé par une membrane basale dermoépidermique. L'épiderme, dont l'épaisseur ne dépasse pas 50 à 100 microns, est formé principalement de cellules en forme de briques appelées kératinocytes et composées de kératine et de filaggrine, qui occupent de 80 % à 90 % de la masse de l'épiderme. Les divisions cellulaires débutent dans la couche basale et il faut environ 30 jours pour que les nouvelles cellules atteignent la surface de la peau. Lorsqu'elles l'atteignent, les kératinocytes se sont déjà aplatis et ont perdu leur noyau, et portent dorénavant le nom de cornéocytes ou squames.<sup>31,33</sup>

La couche cornée forme la couche extérieure de l'épiderme et agit à titre de gardien et de barrière principale contre la pénétration de substances chimiques et de microbes. Capable de résister à des forces mécaniques, la couche cornée contrôle la libération d'eau dans l'atmosphère, appelée perte d'eau transépidermique.<sup>34</sup>

La structure de la couche cornée est souvent qualifiée de mur de brique, les cornéocytes agissant à titre de briques tandis que l'espace entre les cellules constitue le mortier qui retient le tout. Les cornéodesmosomes sont des structures protéiques qui maintiennent ensemble les cornéocytes, à la manière de rivets. Les lipides intercellulaires (céramides, cholestérol et acides gras libres) lient les cornéocytes, ce qui les empêche de se dessécher.<sup>35</sup> Cette structure unique crée la barrière lipidique hautement imperméable qui garde la peau hydratée (en prévenant la perte d'eau transépidermique) et lisse (en prévenant la perte de facteurs naturels d'hydratation), la protège contre l'action abrasive et empêche des irritants ou microorganismes nuisibles de la traverser.<sup>36-39</sup>

Le derme situé sous l'épiderme a une épaisseur d'un à deux millimètres et contient le tissu conjonctif, les follicules pileux et les glandes sudoripares. Sous le derme se trouve l'hypoderme qui est également d'une épaisseur de deux millimètres environ et se compose de tissu conjonctif et adipeux.

**Figure 1. Anatomie de la peau**



## 1.2 Dermatite de contact professionnelle

L'épiderme se régénère constamment, à mesure qu'il perd ses squames. Une inflammation de la peau peut se produire lorsque le taux d'endommagement ou d'usure de la peau excède son taux de régénération. Le terme dermatite est utilisé pour décrire un groupe de maladies ou d'affections caractérisé par une inflammation de la peau.

La dermatite de contact est une inflammation courante de la peau provoquée par le contact direct de la surface de la peau avec une substance donnée.<sup>1</sup> On utilise le terme dermatite de contact professionnel lorsque le contact ou l'exposition de la peau a lieu en milieu de travail. Les causes fréquentes de la dermatite de contact comprennent des agents chimiques qui assèchent ou irritent la peau, comme les savons forts et les agents nettoyants, et des substances qui causent une réaction allergique, comme le nickel ou l'herbe à puce.<sup>3</sup>

Il existe deux types principaux de dermatite de contact.

### 1.2.1 Dermatite de contact irritante

Une dermatite de contact irritante (voir la [Figure 2](#)) se produit quand la peau est directement exposée à des substances qui l'irritent. Il en résulte une réaction non immunologique inflammatoire qui se limite habituellement au site de contact. Les substances irritantes comprennent les savons, les détergents, les solvants comme les alcools, l'eau et d'autres produits chimiques.<sup>40</sup> Parmi les symptômes figurent la sensation de douleur, de brûlure ou de démangeaison parfois accompagnée d'éruptions cutanées de couleur rouge, de boutons ou de cloques, et de suintement. Les facteurs ayant une incidence sur l'ampleur de la réaction de la peau incluent le type d'irritant, sa quantité et concentration, ainsi que la durée et la fréquence de l'exposition.<sup>1</sup>

Les données disponibles indiquent que la dermatite de contact irritante représente environ 80 % de tous les cas de dermatite de contact professionnelle. La dermatite de contact irritante peut prendre la forme de réactions aiguës à des substances hautement irritantes (p. ex. acides, bases, agents oxydants/réducteurs) ou de réaction cumulative chronique à des irritants légers (p. ex. eau, détergents, agents nettoyants à faible action).<sup>34</sup>

Une fois que la dermatite de contact irritante s'est développée, la peau endommagée devient plus vulnérable aux irritations, même en cas de faible quantité de substance irritante. Ce cycle peut causer davantage d'inflammation et de dommages, et prendre de nombreux mois à se résorber.

## Figure 2. Dermatite de contact irritante



(Source de l'image : Heilman J. Human hand with dermatitis. Disponible à : [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/86/Human\\_hand\\_with\\_dermatite.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/86/Human_hand_with_dermatite.jpg). Reproduite avec permission. Disponible à : [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Human\\_hand\\_with\\_dermatite.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Human_hand_with_dermatite.jpg))

### 1.2.2 Dermatite de contact allergique

Une dermatite de contact allergique (voir la [Figure 3](#)) se produit quand une substance déclenche une réaction allergique de la peau. Une grande variété d'agents chimiques, comme le nickel, les fragrances, les teintures, les produits en caoutchouc, les accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc des gants, les médicaments topiques et les cosmétiques peuvent causer une réaction allergique.<sup>1,3</sup> La réaction allergique peut aller au-delà de la zone de contact de la peau. Les substances qui causent des réactions allergiques sont appelées allergènes.

Les allergies sont des réactions d'hypersensibilité durant lesquelles le système immunitaire, qui joue habituellement un rôle protecteur, a un effet néfaste.<sup>41</sup> Bien que la classification des réactions d'hypersensibilité compte des réactions de type I à IV, seules les réactions de type IV concernent la dermatite de contact allergique. Le port de gants en latex contenant des accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc est un exemple notable de situation pouvant causer une réaction de type IV aux accélérateurs en milieu de soins de santé (dermatite de contact allergique). Cet exemple est souvent

cité, étant donné qu'il est également possible d'avoir une réaction de type I au latex (voir [urticaire de contact professionnel](#)) en même temps que la réaction de type IV.

Les allergies de type IV sont des réactions immunologiques à médiation cellulaire retardées qui comptent deux phases distinctes, la sensibilisation au moment de l'exposition initiale suivie du déclenchement au moment de la réexposition. À la phase de déclenchement, l'éruption cutanée débute typiquement de 4 à 24 heures après la réexposition. La sensibilisation à une substance peut se produire après une seule ou plusieurs expositions, avec un intervalle de temps allant de plusieurs jours à plusieurs semaines, mois ou même années. Une fois que la sensibilité a été établie, il est probable que l'allergie dure toute la vie. Les facteurs comme la température, l'humidité, la prédisposition génétique et les irritations de la peau passées ou simultanées peuvent contribuer à la sensibilisation.<sup>42</sup>

### Figure 3. Dermate de contact allergique



(Source de l'image : Iliades C. What's causing your skin rash?, Everyday Health. Ziff Davis, LLC. 2017 [cité le 3 décembre 2018]. Image 11/12: Contact dermatitis: a skin rash caused by irritation or allergy. Disponible à : <https://www.everydayhealth.com/skin-and-beauty-photos/common-skin-eruption-cutanees.aspx>)

La terminologie associée à la dermatite de contact peut porter à confusion.<sup>43,44</sup> Par exemple, il n'existe pas de consensus sur les définitions des termes « eczéma » et « dermatite », qui sont souvent utilisés de façon interchangeable. Ces deux termes sont utilisés tout au long du document. Or, si l'eczéma peut frapper d'autres parties du corps, le présent document traite de la dermatite des mains, appelée aussi eczéma des mains.

La dermatite de contact professionnelle peut être aiguë (durer moins de trois mois et (ou) se manifester seulement une fois dans une année civile) ou chronique (durer au moins trois mois et se manifester au moins deux fois dans une année civile).<sup>45</sup> L'eczéma chronique, qui peut être légère, modérée ou grave, peut être très invalidante, et se répercuter sur la qualité de vie et la capacité de travailler.<sup>46,47</sup>

Les signes de dermatite varient selon la gravité de la maladie (voir le [Tableau 13](#)). La dermatite commence habituellement par l'assèchement de la peau et de légères rougeurs pouvant se transformer en craquelures, fissures, vésicules purulentes (cloques) et dermatite grave. La dermatite chronique, et plus particulièrement la dermatite atopique, peut entraîner la lichénification (épaississement de l'épiderme accompagné de l'accentuation des sillons de la peau) en raison du frottement ou du grattage

chronique de la peau.<sup>48</sup> Voir l'[Annexe A](#) pour connaître d'autres considérations relatives à la prévention et au contrôle des infections selon la gravité de la maladie.

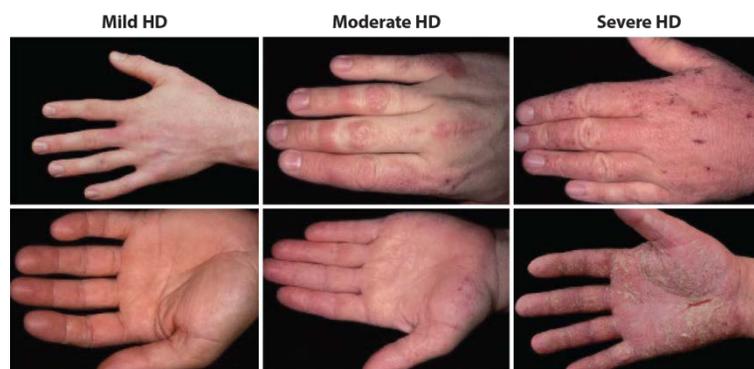
**Tableau 13. Signes de dermatite selon la gravité de la maladie\***

Peau normale	Dermatite légère	Dermatite légère à modérée	Dermatite modérée	Dermatite modérée à grave	Dermatite grave
Aucune anomalie	Assèchement de la peau, léger érythème	Assèchement de la peau, érythème et craquelures	Assèchement, érythème modéré, craquelures et desquamation, avec ou sans vésicules mineures	Assèchement de la peau et érythème modérés, craquelures, desquamation et vésicules purulentes	Assèchement de la peau et érythème graves, craquelures, fissures et vésicules purulentes

\* Voir l'[Annexe A](#) pour obtenir plus d'information sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections (hygiène des mains, port de gants et soins aux patients) selon la gravité de la maladie.

Les mains sont la partie du corps la plus souvent touchée par la dermatite de contact professionnelle. Une étude menée en 2016 en Australie auprès de fournisseurs de soins de santé (FSS) révèle que près de 90 % des cas de dermatite de contact professionnelle ont rapport à l'eczéma des mains.<sup>46</sup> Les poignets, les avant-bras et le visage sont également couramment touchés.<sup>46,49-51</sup> La [Figure 4](#) illustre l'apparence de mains aux prises avec une dermatite de gravités variées.

**Figure 4. Apparence de la dermatite des mains (DM) légère, modérée et grave**



(Source de l'image : Gooderham M, Bourcier M, de Gannes G, Dhadwal G, Fahim S, Gulliver W, *et al.* Management of chronic hand dermatitis: a practical guideline for the general practitioner. *Skin Ther Lett, Fam Pract.* 2016;11(1) :3139. Disponible à : <http://www.skintherapyletter.com/eczéma/chronic-hand-dermatite/No>. Reproduite avec permission.)

La dermatite de contact professionnelle cause un fardeau économique important sous forme de frais médicaux, de perte de productivité et d'absentéisme.<sup>46</sup> Elle est également source de préoccupations relatives à la santé et à la sécurité compte tenu du fait que les FSS touchés pourraient courir un risque accru de colonisation et d'infection de leur peau endommagée, et être plus susceptibles de transmettre des microorganismes à leurs patients. (Voir [1.21 Prévention et contrôle des infections](#) pour obtenir plus de renseignements sur la prévention et le contrôle des infections chez les FSS.)

### 1.2.3 Urticaire de contact professionnel

Selon sa définition, le terme « urticaire de contact professionnel » fait référence au développement immédiat de papules œdémateuses et d'érythème au site de contact de la peau avec un agent externe, dans le cadre d'activités professionnelles. L'urticaire de contact peut prendre la forme d'une réaction immunologique ou non immunologique. L'urticaire de contact professionnel non immunologique ne dépend pas d'une exposition préalable à un allergène, tandis que l'urticaire de contact professionnel immunologique constitue une réaction d'hypersensibilité de type I causée par les immunoglobulines E et faisant suite à une sensibilisation préalable à un allergène déclencheur (p. ex. latex).<sup>12</sup> L'urticaire de contact professionnel laisse sur la peau, dans n'importe quelle zone du corps, des papules œdémateuses (urticaire) rouges et enflammées de taille variable qui s'accompagnent de démangeaisons.<sup>13</sup> Les symptômes peuvent apparaître dans les minutes qui suivent l'exposition. En milieu de soins de santé, l'exposition à des gants en latex poudrés constitue la principale cause d'urticaire de contact professionnel. En plus des symptômes cutanés, on rapporte des symptômes respiratoires allant de la congestion nasale et des écoulements nasaux à des réactions asthmatiques et anaphylactiques en raison de l'exposition à des protéines de latex dans la poudre des gants. Les recommandations relatives à l'urticaire de contact professionnel étaient généralement hors de la portée de ce document.

## 1.3 Prévalence et incidence

Selon les estimations, 70 % à 90 % de toutes les maladies de peau d'origine professionnelle rapportées dans les pays développés seraient des dermatites de contact professionnelles.<sup>49,50</sup>

Il est difficile de créer de rapprochements entre les taux d'incidence, de prévalence et de récurrence de la dermatite de contact professionnelle en raison de l'étendue des sous-catégories diagnostiques, de l'utilisation de différents outils diagnostics et définitions de l'issue de la maladie, des erreurs de classification, des cas non déclarés et (ou) des limites sur le plan des données.<sup>52-56</sup> L'application d'une série concise de sous-groupes diagnostiques à définitions uniformisées aux activités et essais cliniques améliorera la qualité des données et par extension l'exactitude et la comparabilité des taux de dermatite de contact professionnelle.<sup>53</sup>

Selon les [lignes directrices de la BOHRF](#), publiées en 2010, les estimations les plus fiables de l'incidence de la dermatite de contact professionnelle au sein de la population varient entre 11,0 et 86,0 cas par 100 000 travailleurs par année.<sup>49,50</sup>

Une grande variété d'estimations a été tirée de données nord-américaines récentes.<sup>52</sup> En 2010, une analyse de travaux de recherches publiés entre 1982 et 2007 en Suède, au Danemark, en Finlande et dans les Pays-Bas faisait état d'une prévalence médiane sur un an de 9,7 %, de l'eczéma des mains dans la population générale, ainsi qu'une prévalence à vie de 15,0 %. Les mêmes auteurs rapportaient une incidence médiane de 5,5 cas par 1 000 années-personnes.<sup>47</sup> Là où on possédait des sous-diagnostic, la dermatite de contact irritante était plus prévalente que la dermatite de contact allergique, et les diagnostics de dermatite de contact irritante et allergique représentaient la majorité des cas d'eczéma des mains.<sup>47</sup>

Les FSS courent un risque élevé de dermatite de contact professionnelle, particulièrement sur les mains. Cela est probablement dû à l'exposition répétée et prolongée à des travaux humides.<sup>52</sup> On qualifie de travaux humides les activités qui obligent les travailleurs à plonger leurs mains dans des liquides pendant plus de deux heures par quart de travail, à porter des gants imperméables (occlusifs) pour une période équivalente ou à se laver les mains plus de 20 fois par quart de travail.<sup>16</sup> Les travaux humides sont un type d'exposition difficile à éviter chez les FSS. Selon les rapports, environ 20 % des personnes dont la profession inclut des travaux humides, comme les FSS, souffrent d'eczéma des mains.<sup>57</sup>

Ibler *et al.* ont sondé 2 274 FSS et rapporté une prévalence sur un an d'eczéma des mains de 21 %, soit le double de la prévalence observée dans la population générale. Parmi les FSS occupant différents rôles, la prévalence chez les médecins, le personnel infirmier, les aides-soignants et les biotechniciens était respectivement de 19 % (58 sur 302), 23 % (233 sur 1019), 19 % (68 sur 364) et 23 % (38 sur 167).<sup>54</sup>

Parmi les FSS, le personnel infirmier coure un risque particulier de dermatite de contact professionnelle. Visser *et al.* ont effectué le suivi prospectif de 533 apprentis infirmiers et apprenties infirmières pendant trois années consécutives. La prévalence sur un an autodéclarée d'eczéma des mains s'élevait à 23 %, 25 % et 31 %, dans la première, la seconde et la troisième année, respectivement, pour une incidence de 85 par 1 000 années-personnes.<sup>58</sup> Schwensen *et al.* ont rapporté une incidence plus élevée de dermatite de contact professionnelle grave chez les infirmières et aides-soignantes, par rapport à leurs homologues masculins (3,4 par opposition à 1,1 par 10 000 FSS par année, respectivement).<sup>51</sup>

Au moment d'interpréter les données sur la prévalence et l'incidence, les chercheurs devraient prendre en compte l'effet du travailleur en bonne santé comme source potentielle de biais. C'est en 1976 que McMichael a utilisé pour la première fois cette expression, qu'il qualifiait « de tendance systématique de la population active d'afficher des taux de mortalité plus favorables que ceux de la population dans son ensemble », en ajoutant que cet « effet » n'était pas identique chez tous les groupes, même au sein d'une même population. L'auteur recommandait de « tenir compte de la variabilité de cet effet selon le groupe d'âge, la race, la cause de décès, les délais d'observation écoulés et même le groupe de travailleurs ». <sup>59,60</sup> Dans *A Dictionary of Epidemiology*, Last *et al.* ont ajouté que les personnes frappées d'une maladie grave ou d'un handicap chronique sont d'ordinaire exclues du marché du travail.<sup>61</sup> Les épidémiologistes du travail ont inclus la morbidité réduite, plutôt que la seule la mortalité réduite, aux cohortes professionnelles, comparativement à la population générale.<sup>60</sup>

Chowdhury *et al.* ont qualifié l'effet du travailleur en bonne santé à la fois de biais de sélection et de variable confusionnelle potentiels, et fait part de nombreux facteurs à prendre en compte chez les FSS aux prises avec une dermatite de contact professionnelle :<sup>60</sup> temps écoulé depuis l'embauche ou durée de l'emploi, compte tenu du fait que l'effet du travailleur en bonne santé s'estompe avec le temps; âge à l'embauche, compte tenu du fait que les jeunes personnes sont habituellement en meilleure santé que les personnes plus âgées; sexe, compte tenu du fait que l'effet du travailleur en bonne santé observé est plus prononcé chez les femmes que chez les hommes (les FSS sont majoritairement des femmes). Lorsque les FSS sont réaffectés ou quittent leur emploi en raison d'une dermatite de contact professionnelle grave, la population active restante semble « en meilleure santé » (c'est-à-dire cas moins nombreux ou moins graves de dermatite de contact professionnelle dans le reste de la population).

Dans certaines régions, l'incidence de dermatite de contact professionnelle est en déclin, peut-être en raison de l'adoption de programmes nationaux pour composer avec l'exposition à des substances allergènes et autres irritants courants dans les emplois à haut risque. La baisse du nombre de cas touche parfois spécifiquement la dermatite de contact allergique, et non la dermatite de contact irritante.<sup>56,57,62</sup>

## 1.4 Travailleurs à risque

Les ouvriers agricoles (p. ex. agriculteurs), esthéticiennes, travailleurs de l'industrie chimique, menuisiers, nettoyeurs, travailleurs de la construction, travailleurs du domaine de l'électronique, fleuristes, travailleurs de l'agroalimentaire (p. ex. boulangers, traiteurs, cuisiniers), coiffeurs, FSS, opérateurs de machinerie, mécaniciens, métallurgistes, mineurs, peintres, travailleurs des industries du plastique et du caoutchouc, et employés d'usine d'assemblage de voitures figurent tous couramment parmi les personnes déclarées à risque élevé de dermatite de contact professionnelle.<sup>16,50,51,56,63-65</sup> Selon Diepgen, près de 80 % des maladies professionnelles de peau observées en Allemagne concernent sept groupes de travailleurs, soit les nettoyeurs, travailleurs de la construction, travailleurs de l'agroalimentaire, coiffeurs, FSS, métallurgistes et peintres.<sup>66</sup>

Bien que les FSS n'affichent pas le risque le plus élevé de dermatite de contact professionnelle, ils sont souvent surreprésentés en raison de leur nombre important parmi la population active, comparativement aux personnes occupant d'autres emplois à haut risque.<sup>46,51,67</sup>

Le développement de la dermatite de contact professionnelle semble n'avoir aucun lien avec le nombre d'années de service<sup>49,50,56,65,68</sup> et peut survenir à tout moment de la carrière d'une personne.<sup>49,50</sup> Des éléments de preuve donnent à penser que dans certains domaines, comme la coiffure, les apprentis et personnes en début de carrière pourraient être exposés à davantage de travaux humides que leurs collègues plus chevronnés, ce qui accroît leur risque de développer une dermatite. L'évaluation du risque de développer une dermatite de contact professionnelle tient compte de facteurs comme les tâches accomplies et les comportements personnels.<sup>49,50</sup>

## 1.5 Agents causaux en milieu de travail

Les agents causaux varient selon la profession. Les irritants les plus courants incluent les alcools, les huiles de coupe et les liquides de refroidissement, les dégraisseurs, les désinfectants, les dérivés du pétrole, les savons, les nettoyeurs, les solvants et les travaux humides.<sup>49,50</sup> Parmi les FSS, les irritants les plus courants sont les travaux humides, les nettoyeurs pour les mains, les agents nettoyeurs, les gants, la chaleur et la transpiration.<sup>46,56</sup>

Les allergènes cutanés les plus courants incluent les métaux (p. ex. nickel, chrome, cobalt), les cosmétiques et les fragrances, les époxies, les plantes, les agents de conservation, les résines et les acryliques.<sup>49,50</sup> Chez les FSS, les allergènes les plus courants sont le latex de caoutchouc naturel, les accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc, les agents de conservation, les excipients présents dans les nettoyeurs pour les mains (ingrédients non actifs ajoutés), les antiseptiques et les fournitures dentaires (p. ex. métaux, acrylates).<sup>46,56,69</sup>

La dermatite de contact allergique et la dermatite de contact irritante peuvent coexister en milieu de travail en raison de l'exposition simultanée à une variété de substances allergènes et irritantes.<sup>70,71</sup>

Le [Tableau 14](#) présente les substances allergènes et irritantes les plus couramment rencontrées dans sept professions à haut risque.<sup>66</sup> L'[Annexe B](#) présente une liste de substances irritantes et allergènes rencontrées dans une variété de professions.

**Tableau 14. Substances irritantes et allergènes associées à des professions à haut risque**

Profession	Substances irritantes	Substances allergènes
Agents nettoyants	Détergents, solvants, travaux humides	Agents de conservation (p. ex. butyl hydroxytoluène), fragrances, gants de caoutchouc†
Travailleurs de la construction	Ciment	Chromates, cobalt, résines, gants de caoutchouc et de cuir, bois
Travailleurs de l'agroalimentaire	Détergents, farine, viande, jus de légumes, déchets, travaux humides	Persulfate d'ammonium, peroxyde de benzoyle, teintures, huiles essentielles, arômes, formaldéhyde, ail, lauryle et gallate d'octyl, citron, nickel, oignons, oranges, gants de caoutchouc, † sciure d'os, métabisulfite de sodium, épices
Coiffeurs	Agents de blanchissage, solutions d'ondulation permanente, shampooing, travaux humides	Teintures, formaldéhyde, nickel, fragrances, persulfates, agents de conservation (p. ex. méthylisothiazolinone), pyrogallol, résorcinol, gants de caoutchouc†
Fournisseurs de soins de santé	Agents nettoyants, détergents, désinfectants, aliments, nettoyants pour les mains, transpiration, travaux humides	Anesthésiques locaux, antibiotiques, antiseptiques, fournitures dentaires, désinfectants, eugénol, excipients et fragrances ajoutés aux produits de soin des mains, formaldéhyde, glutaraldéhyde, agents de conservation (p. ex. butyl hydroxytoluène), mercure, méthacrylates (p. ex. méthylmethacrylate), chloroxylénol liquide, phénothiazines, gants de caoutchouc†
Travailleurs métallurgistes	Huiles de coupe, nettoyants pour les mains, solvants	Additifs présents dans certaines huiles de coupe, chromates, nickel
Peintres	Nettoyants pour les mains, solvants, diluants à peinture, colle à papier peint	Colles, chromates, cobalt, résine d'époxy, formaldéhyde, peintures, résines de polyester, agents de conservation (p. ex. méthylisothiazolinone, méthylchlorisothiazolinone), diluants, térébenthine

†Latex de caoutchouc naturel et accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc

Adapté de : CCOHS<sup>72,73</sup>

## 1.6 Effet des changements de climat saisonniers

Les variations saisonnières des conditions climatiques comme la température, l'humidité et l'exposition aux rayons ultraviolets peuvent avoir des répercussions sur la peau. L'assèchement de la peau (xérose) est un phénomène plus marqué durant les mois d'hiver dans les régions à climat tempéré en raison de l'exposition des mains à l'air sec et froid et des grandes variations de température entre les environnements intérieurs et extérieurs. Les mois d'hiver sont associés à des changements dans les composantes des facteurs naturels d'hydratation de la couche cornée (éléments qui hydratent et protègent la couche extérieure de la peau).<sup>74</sup> Les effets de l'hiver (températures et humidité relative faibles) sont aussi associés à une réaction accrue aux irritants cutanés, particulièrement chez les FSS.<sup>75,76</sup>

Durant les mois d'été, la peau est non seulement mieux hydratée, mais également exposée à des rayons UVA et UVB à bande étroite qui pourrait aider à améliorer l'état de la peau. L'exposition à petite dose aux rayons UVA et UVB a été associée à des améliorations des fonctions de la barrière cutanée.<sup>75</sup>

Dans l'ensemble, nous disposons de peu de données tirées d'études épidémiologiques et de cohorte sur l'effet des changements de climat saisonniers sur la dermatite de contact; d'autres recherches sont requises.<sup>76</sup>

## 1.7 Facteurs de risque personnels

L'exposition de la peau à des substances irritantes et allergènes en milieu de travail est le plus important facteur de risque indépendant de développement d'une dermatite de contact professionnelle. Le rôle que jouent différents facteurs de risque personnels sur le plan du développement et de l'exacerbation de la dermatite de contact professionnelle n'est pas clair. Parmi les facteurs de risque personnels figurent la génétique (p. ex. mutations du gène de la filaggrine, peau claire, âge), le sexe, les antécédents professionnels (p. ex. exposition précédente à des substances irritantes ou allergènes en milieu de travail), les antécédents médicaux (p. ex. antécédents de symptômes actifs de dermatite atopique; antécédents d'eczéma des mains, peau sèche ou hyperhidrose), les comportements (p. ex. fréquence du lavage des mains à la maison ou au travail, fréquence et durée du port de gants à la maison ou au travail) et les activités non liées au travail qui entraînent l'exposition à des substances irritantes ou allergènes connues (p. ex. enfants de moins de 4 ans à la maison, préparation d'aliments, rénovations, réparation de véhicules). Les éléments de preuve à l'appui de ces facteurs de risque sont contradictoires ou rares.<sup>7,16,52-54,63,74,77</sup>

La dermatite atopique (également connue sous le nom d'eczéma atopique) est une maladie inflammatoire chronique de la peau caractérisée par des démangeaisons intenses et des lésions eczémateuses récurrentes. Bien qu'elle apparaisse la plupart du temps durant l'enfance, la dermatite atopique est également très courante chez les adultes. La présence d'une dermatite atopique active et d'antécédents de dermatite atopique, surtout à l'âge adulte, sont des facteurs de risque de développement d'une dermatite de contact professionnelle.<sup>50,54,78,79</sup>

D'un autre côté, on ne connaît pas clairement le rôle de l'atopie dans le développement de la dermatite de contact professionnelle. Le terme « atopie » fait référence à la tendance génétique à développer des

malades allergiques comme la rhinite allergique, l'asthme et la dermatite atopique. On associe généralement l'atopie à une réponse immunitaire accrue à des allergènes courants, particulièrement des allergènes respiratoires et alimentaires. Les éléments de preuve d'une association entre l'atopie et la dermatite de contact irritante ou allergique sont contradictoires; par conséquent, l'atopie n'est actuellement pas qualifiée de facteur de risque de développement de ces dermatites.<sup>49,50,65,78</sup> (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir la question de recherche n° [1](#).)

## 1.8 Diagnostic

Le diagnostic de la dermatite de contact professionnelle est un processus complexe qui mène souvent à des conclusions erronées. L'existence d'autres dermatoses sous-jacentes peut venir compliquer l'établissement d'un diagnostic clinique définitif de la maladie. Il est important de poser le bon diagnostic avant d'entreprendre un traitement ou d'apporter des modifications à l'exposition en milieu de travail. Parmi les composantes de l'établissement du diagnostic figurent la préparation minutieuse du bilan de santé et l'examen clinique.

La préparation minutieuse du bilan de santé nécessite un savoir-faire et aide à faire le lien, le cas échéant, entre les signes et symptômes manifestes et la profession. Le bilan complet inclut :

- La date de l'apparition des symptômes et leur emplacement sur le corps
- les substances auxquelles la personne est exposée en milieu de travail, dont la liste de tous les produits et agents chimiques manipulés
- les maladies de peau actuelles et passées
- les antécédents professionnels, dont toute exposition passée à des substances irritantes ou allergènes
- les comportements en milieu de travail, dont le(s) type(s) de tâches effectuées, la durée et la fréquence du port de gants, et les pratiques d'hygiène des mains
- les comportements pouvant se répercuter sur la santé de la peau, dont les passe-temps, les habitudes personnelles et d'autres activités non liées au travail pouvant occasionner l'exposition à des substances irritantes or allergènes.

Les examens cliniques peuvent révéler des signes qui correspondent à la dermatite de contact. Selon leur gravité, ces signes peuvent aller de l'assèchement et de l'érythème léger dans le cas d'une dermatite de contact légère, à de l'érythème accompagné de vésicules suintantes, de craquelures et de fissures dans le cas d'une dermatite de contact grave. La dermatite de contact professionnelle touche le plus souvent les mains, puis les poignets, les avant-bras et le visage,<sup>46,49-51</sup> or, des causes non liées au travail peuvent également être à l'origine de l'atteinte de ces parties du corps.

Il n'existe aucune analyse courante ou biomarqueur de la dermatite de contact irritante d'origine professionnelle. Dans le cas de la dermatite de contact allergique, les FSS présentant des affections

cutanées s'apparentant à une réaction allergique pourraient devoir en obtenir la confirmation au moyen d'un test épicutané ou par piqûres, au besoin. Les résultats obtenus devraient être interprétés par un professionnel, à la lumière du bilan de santé et d'un examen physique du FSS.

### 1.8.1 Tests par piqûres

Aussi appelés épreuves par scarification ou test de la scarification, les tests par piqûres servent à détecter les réactions allergiques immédiates de type I aux allergènes comme le latex, les protéines alimentaires, les animaux et la poussière. Lors de ces tests, une petite quantité de chaque substance est introduite dans la peau par incision ou scarification, au moyen d'une aiguille stérile (voir la [Figure 5](#)). Ces substances, nommées haptènes, constituent des antigènes incomplets qui ne sont pas immunogènes en soi. L'histamine, qui cause toujours une réaction, et la solution saline, qui n'en cause jamais, sont utilisées comme contrôles positif et négatif, respectivement. Une allergie à l'un quelconque des haptènes causera une papule œdémateuse et de l'érythème sur la peau. La papule est en fait de l'urticaire bombé accompagné de démangeaisons; elle est causée par la libération de sérum dans les tissus et est entourée d'une zone rouge, l'érythème, qui est produit par la dilatation des vaisseaux sanguins (voir la [Figure 6](#)). On mesure l'étendue de la réaction à l'aide d'une échelle de 0 à 4 millimètres. Une papule de 3 millimètres supérieurs au contrôle négatif indique une réaction allergique; plus la papule et l'érythème sont étendus, et plus grande est la sensibilité.

**Figure 5. Test par piqûres**



**Figure 6. Papules œdémateuses et érythème au test par piqûres**



(Image : Allergen skin test. Source de l'image : CDC Public Health Image Library IDNo15442. CDC/Dr. Frank Perlman, M.A. Parsons. Disponible à : <https://phil.cdc.gov/Details.aspx?pid=15442>. Reproduite avec permission.)

## 1.8.2 Tests épicutanés

Références absolues du diagnostic de la dermatite de contact allergique, les tests épicutanés servent au dépistage d'une réaction allergique de type IV à une variété d'haptènes. Ils provoquent une inflammation cutanée sur une petite section de peau, dans des conditions contrôlées, au moyen de batteries standard contenant des petites cupules en aluminium ou en plastique. Chacune des cupules contient 0,5 cm d'un haptène dilué dans de la gelée de pétrole, de l'eau ou de l'alcool. Les batteries sont placées sur le dos sec et normal (sans dermatite active) des patients (voir la [Figure 7](#)) puis retirées 48 heures plus tard, quand une lecture préliminaire est effectuée et consignée. La lecture finale, ou différée, est généralement effectuée après 96 ou 120 heures. Cette dernière lecture est essentielle à l'interprétation judicieuse d'une réaction d'hypersensibilité tardive de dermatite de contact allergique. Le dos des patients doit demeurer sec durant toute la période d'essai. Les patients aux prises avec une dermatite atopique peuvent développer des réactions irritantes aux agents chimiques des tests épicutanés; des experts cliniques doivent alors faire la distinction entre des réactions irritantes et des réactions allergiques réelles.<sup>42</sup>

**Figure 7. Test épicutané**



Les réactions au test épicutané sont classées en fonction de l'apparence, conformément aux normes établies par l'International Dermatitis de contact Research Group et selon une échelle allant d'aucune réaction (0) à une réaction extrême (+++) (voir la [Figure 8](#)).<sup>80</sup>

**Figure 8. Clé visuelle de notation des réactions au test épicutané.**<sup>81</sup>

<b>?+</b>	<b>+</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>IR</b>
<b>Doubtful Reaction (faint, non-palpable erythema)</b>	<b>Weak Reaction (palpable erythema, moderate edema or infiltrate, no papules or vesicles)</b>	<b>Strong Reaction (strong infiltrate, numerous papules, vesicles present)</b>	<b>Extreme Reaction (coalescing vesicles, bullae or ulceration)</b>	<b>Irritant Reaction; Difficult to Interpret (inflammation sharply limited to exposed area)</b>
				
<b>?+</b>	<b>+</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>IR</b>
				

(Source de l'image : Spiewak R. Patch testing for contact allergy and allergic contact dermatitis. *Open Allergy J.* 2008;1 :42-51. Disponible à : <https://openallergyjournal.com/contents/volumes/V1/TOALLJ-1-42/TOALLJ-1-42.pdf>. Reproduite avec permission. Disponible à : <https://openallergyjournal.com/editorial-policies.php>).

Une grande variété d'haptènes sont utilisés pour les tests épicutanés, mais leur liste n'est pas exhaustive. En plus des batteries standard, il pourrait être pertinent d'inoculer des haptènes additionnels, pertinents en milieu de soins de santé. L'examen des agents présents dans le milieu et des fiches de données de sécurité devrait permettre de repérer les haptènes additionnels à inoculer. Il pourrait s'agir d'haptènes d'agents de conservation, de désinfectants ou de substances entrant dans la confection de gants. Si ces haptènes ne sont pas offerts sur le marché, il est possible d'utiliser des haptènes faits sur mesure; cependant, ces derniers devraient être préparés dans un centre d'essais épicutanés par des médecins spécialisés dans la préparation de tests épicutanés personnalisés.

La sensibilité au latex peut être vérifiée au moyen d'un test épicutané ou par piqûres. Le test par piqûres ferait la démonstration d'une réaction de type I (urticaire) à la protéine de latex (en cas de résultat positif). Le test épicutané des accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc, comme les thiurames et les carbamates, produirait une réaction de type IV (en cas d'allergie). (Pour obtenir des renseignements supplémentaires, voir la question de recherche n° 2.)

## 1.9 Pratiques exemplaires d'hygiène des mains

L'hygiène des mains est un terme général applicable à toute méthode de lavage des mains reposant habituellement sur l'utilisation d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) ou d'un savon et de l'eau courante. En milieu de soins de santé, l'hygiène des mains consiste à déloger ou à tuer les microorganismes transitoires qui se trouvent sur les mains, et à enlever la saleté visible. Elle est une composante essentielle de la prévention et du contrôle des infections, et constitue une pratique obligatoire chez tous les FSS.<sup>82</sup> L'utilisation de DMBA est la méthode privilégiée d'hygiène des mains parce qu'elle assure la réduction la plus substantielle des microorganismes tout en étant la moins dommageable pour les mains. Les DMBA ayant une concentration d'alcool (éthanol ou isopropanol volume par volume [v/v]) de 70 % à 90 % sont recommandés en milieu de soins de santé. Cette concentration s'est avérée capable de tuer les virus non enveloppés, comme les norovirus.<sup>83</sup> Pour tuer les microorganismes cependant, la concentration en alcool ne doit pas dépasser 90 % étant donné que la présence d'eau est requise pour dénaturer les protéines.<sup>84</sup> L'utilisation de DMBA contenant des émoullients aide à garder la peau en santé.

Le lavage des mains à l'eau et au savon est la méthode d'hygiène des mains privilégiée si les mains sont visiblement souillées ou si on soupçonne la présence d'organismes sporulés (p. ex. *Clostridioides difficile*) étant donné que les DMBA n'éliminent pas la souillure visible et ont une efficacité moindre en présence d'organismes sporulés.

## 1.10 Dermatite de contact professionnelle comme obstacle au respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains

L'hygiène des mains est une pratique essentielle des bons soins aux patients (c'est-à-dire avant le contact initial avec un patient ou son environnement, avant une technique aseptique, après un risque d'exposition à des liquides corporels et après un contact avec un patient ou son environnement); cependant, l'hygiène répétée des mains peut déclencher ou exacerber la dermatite de contact professionnelle chez les FSS.<sup>82</sup> Les FSS aux prises avec une dermatite sous-jacente (atopique, irritante ou allergique) et une peau non intacte ont fait part de sensations de brûlure et de picotements au moment d'utiliser un DMBA, ce qui pourrait donner l'impression que les DMBA sont plus dommageables que l'utilisation de savon et d'eau.<sup>85-87</sup> Des éléments de preuve recueillis donnent à penser que des changements de comportement mènent à l'utilisation continue d'eau et de savon, ce qui exacerbe davantage les symptômes de dermatite de contact professionnelle. Contrairement à la perception des FSS, les experts en dermatologie font valoir que les DMBA sont moins dommageables que l'eau et le savon, sauf en cas de dermatite grave. En cas de dermatite grave, les tâches des FSS devraient être

modifiées pour éviter de devoir pratiquer l'hygiène des mains (c'est-à-dire minimiser les soins directs aux patients).

Il s'ensuit qu'un programme de soin des mains est absolument nécessaire en milieu de soins de santé afin de prévenir et de gérer la dermatite de contact professionnelle tout en assurant le respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains.

Bien que nous ne disposions d'aucun ouvrage comparant les taux de respect des pratiques d'hygiène des mains chez les personnes atteintes de dermatite et chez les personnes ayant une peau normale, il est possible que les FSS dont les mains sont endommagées pratiquent moins souvent l'hygiène des mains. La réduction de la fréquence de l'hygiène des mains pourrait réduire les symptômes de dermatite, mais entraîner un risque important de colonisation et d'infection des FSS par des microorganismes, puis de transmission de microorganismes pouvant causer la colonisation ou l'infection à des patients.

## 1.11 Composantes d'un programme de soin des mains

L'objectif primaire d'un programme de soin des mains efficace est d'assurer le maintien de la santé et de l'intégrité de la peau. La peau endommagée favorise la pénétration de substances, y compris des irritants et allergènes, dans la couche cornée et peut servir de réservoir pour ces substances.<sup>88</sup> Le savon, l'eau et les autres produits pour laver les mains contiennent souvent des agents de surface (détergents), qui élimineront la saleté de la surface de la peau. Les agents de surface peuvent également faire entrave à la barrière lipidique de la couche cornée, et produire l'assèchement de la peau, des rougeurs et de l'irritation.<sup>89</sup> La peau intacte agit également comme première ligne de défense du corps contre la colonisation et l'infection.

Les programmes de soin des mains incluent :

- l'évaluation du soin des mains, y compris le dépistage des maladies de peau
- la surveillance de l'état de la peau
- l'aiguillage vers le service de santé au travail à des fins d'évaluation en cas de problème d'intégrité de la peau
- des programmes de sensibilisation et de formation
- l'approvisionnement en produits hydratants pour les mains
- l'approvisionnement en DMBA à propriétés émoullientes

### 1.11.1 Dépistage des maladies de peau

Le dépistage des maladies de peau au moyen d'un questionnaire et (ou) d'un examen médical est un aspect important de l'évaluation du soin des mains servant à repérer les FSS à risque de développer une dermatite de contact professionnelle. Le dépistage permet de détecter la dermatite avant qu'une personne ne cherche à obtenir de soins médicaux, à un moment où l'intervention aurait un effet bénéfique. L'obtention de résultats positifs à des tests de dépistage pourrait indiquer la présence de dermatite de contact professionnelle ou une grande probabilité de dermatite de contact professionnelle, et la nécessité de poursuivre l'évaluation. Le dépistage médical a pour objectif la prévention secondaire de la maladie, c'est-à-dire l'identification de la maladie à une étape où sa progression peut être stoppée, renversée ou ralentie.<sup>15</sup> Une variété de questionnaires d'auto-évaluation peuvent servir au dépistage (voir l'[Annexe F](#)). Par exemple, le [Nordic Occupational Skin Questionnaire \(NOSQ\)](#) a été développé tout particulièrement pour examiner les affections de peau et dangers environnementaux connexes, liés au travail.<sup>90</sup> Le NOSQ-2002/LONG (version longue) compte 57 questions dont le but est d'obtenir un diagnostic autodéclaré et un diagnostic axé sur les symptômes. Le questionnaire porte sur les antécédents professionnels, les symptômes atopiques, l'eczéma autodéclaré des mains et des avant-bras, les facteurs exacerbants, les conséquences et l'impact sur la vie, les symptômes cutanés, les tests cutanés, l'exposition, le port de gants de protection et la santé générale. La version longue est utile sur le plan épidémiologique et pour cerner les facteurs de risque de maladies de peau professionnelles en milieu de travail et au sein de la population. Le NOSQ-2002/SHORT (version courte) reprend 14 des 57 questions du questionnaire long et a été conçu pour assurer le dépistage et le suivi des maladies de peau d'origine professionnelle frappant les mains et les avant-bras des travailleurs.<sup>91</sup>

Si un sondage d'autodéclaration montrait que l'intégrité de la peau pose problème, une évaluation clinique serait probablement effectuée par le service de santé au travail, le cas échéant, ou par un médecin. (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir les questions de recherche n° [9](#), [10](#), [11](#) et [12](#).)

### 1.11.2 Surveillance périodique de l'état de la peau

La surveillance périodique de l'état de la peau est un autre aspect important d'un programme de soin des mains. Cette surveillance inclut la collecte, la collation et l'analyse continues de l'information sur la santé, l'évaluation et l'interprétation des données (p. ex. données d'indemnisation des accidents du travail), et la transmission de données nominales et non nominales appropriées aux personnes qui en ont besoin pour intervenir.<sup>15</sup> (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir les questions de recherche n° [9](#), [10](#), [11](#) et [12](#).)

### 1.11.3 Programme de sensibilisation et de formation efficaces

L'amélioration de la santé et de la sécurité des FSS et des patients dépend de la mise en œuvre de programmes de sensibilisation et de formation efficaces. Les FSS de première ligne qui développent des symptômes de dermatite de contact professionnelle pourraient accroître leur risque de colonisation et d'infection, ainsi que le risque d'infection de leurs patients en leur transmettant des microorganismes. Sans détection et gestion rapides de la maladie, la gravité et la chronicité de la dermatite peuvent augmenter et donner de mauvais résultats cliniques qui auront un impact négatif sur la qualité de vie professionnelle et personnelle.

Les programmes de sensibilisation et de formation de nature multimodale qui sont adaptés à l'auditoire ont fait leurs preuves. Les ressources sur le soin de la peau, les offres répétées et la mobilisation à l'échelle de l'organisation sont également associées à des interventions réussies.<sup>92</sup> En milieu de soins de santé, il importe aussi que la sensibilisation des FSS aborde les pratiques exemplaires d'hygiène des mains, la prévention et contrôle des infections et les recommandations relatives au soin des mains.

La sensibilisation et la formation peuvent débuter au moment de l'embauche et de l'orientation des nouveaux employés et, le cas échéant, être reprises sur le terrain. Les superviseurs et les gestionnaires ont des rôles spécifiques à jouer pour veiller à ce que les FSS comprennent les dangers auxquels ils sont exposés en milieu de travail, aient les connaissances et la formation requises pour prévenir l'exposition lorsque cela est possible, et connaissent les techniques de manipulation sécuritaire (p. ex. au moyen du port de l'équipement de protection individuelle approprié à la tâche). Les professionnels de la prévention et du contrôle des infections sont souvent les premiers à repérer les FSS ayant une dermatite ou à recevoir les plaintes relatives aux nouveaux produits d'hygiène des mains. La communication et la collaboration claires et ouvertes entre les services de prévention et de contrôle des infections et les services de santé au travail sont utiles pour les FSS.

### 1.11.4 Produits hydratants pour les mains

Les produits hydratants pour les mains sont un élément important du soin des mains et peuvent être efficaces pour la prévention de la dermatite de contact professionnelle. Ils restaurent la capacité de la couche cornée de retenir et de redistribuer l'eau, et aident à maintenir l'intégrité et l'apparence de la peau. On recommande également les produits hydratants pour les mains pour traiter la peau sèche et la dermatite légère.

Les termes « émoullients » et « hydratants » sont souvent utilisés de façon interchangeable; cependant, les ingrédients hydratants incluent les émoullients, les agents occlusifs et les humectants.

- Les émoullients servent à adoucir et lisser (hydrater) les écailles de la peau, et rendre ainsi la peau moins rugueuse et squameuse. Les émoullients incluent les huiles végétales, les beurres et les alcools gras.

- Les agents occlusifs procurent une couche de protection pour aider à prévenir la déshydratation (perte d'eau) de la peau. Le pétrolatum et les dérivés du pétrolatum (p. ex. gelée de pétrole, huile minérale) sont des agents occlusifs utilisés couramment dans les produits hydratants. Certains agents occlusifs, comme les diméthicones et les cyclométhicones, ont également des propriétés émoullientes.
- Un humectant est une substance qui se lie aux molécules d'eau pour accroître le volume d'eau de la peau. Cela s'effectue au moyen de l'absorption d'eau d'un environnement humide ou de la couche extérieure de la peau. La glycérine est un agent hydrophile courant. Parmi les autres humectants figurent les sucres (p. ex. glucose, fructose, sucrose, miel), l'urée, les protéines, les acides aminés, l'élastine et le collagène. De nombreux humectants ont également des propriétés émoullientes, mais tous les émoullissants ne sont pas des humectants.

Les meilleurs produits hydratants combinent des émoullissants et des humectants. Voir le [Tableau 15](#) pour obtenir une description des émoullissants, humectants et agents occlusifs.

**Tableau 15. Description des émoullissants, humectants et agents occlusifs<sup>95</sup>**

Produits	Mécanisme d'action	Ingrédients	Renseignements supplémentaires
Émoullissants	Accroissent l'hydratation de la peau en remplaçant l'eau perdue  Améliorent la texture et l'apparence de la peau en la rendant plus lisse et plus souple	Beurres (p. ex. beurre de cacao, beurre de karité)  Cholestérol  Acides gras  Alcool gras  Pseudocéramides  Squalène  Huiles végétales (p. ex. pépins de raisin, graines de sésame, jojoba)	Souvent qualifiés d'hydratants ou de crèmes régénératrices  Les DMBA formulés correctement contiennent des émoullissants qui aident à hydrater la peau et à garder la peau en santé.

Produits	Mécanisme d'action	Ingrédients	Renseignements supplémentaires
Humectants	Se lient aux molécules d'eau pour accroître l'absorption d'eau de la couche extérieure de la peau et de l'environnement dans des conditions humides  Pénètrent la couche cornée; leur faible poids moléculaire et leur habilité à attirer l'eau aident à attirer l'eau du derme pour la retenir dans l'épiderme.	Acides alpha-hydroxylés Glycérine Glycérol Acide hyaluronique Panthénol Propylène glycol Acide glycolique Sorbitol Urée Acide lactique	Beaucoup d'humectants ont aussi des propriétés émollientes.
Agents occlusifs	Forment une couche inerte (p. ex. couche d'huile) sur la peau afin de bloquer la perte d'eau transépidermique	Cire d'abeille Lanoline Huile minérale Pétrolatum Silicones (p. ex. diméthicone, cyclométhicone) Oxyde de zinc	Efficacité supérieure sur la peau légèrement humide

Les produits hydratants pour les mains sont offerts sous forme de lotions, de crèmes et d'onguents, en fonction de la quantité d'huile et d'eau qu'ils contiennent. En général, plus le produit hydratant contient d'huile et plus il améliore la rétention de l'humidité. Le choix du type d'hydratant dépend de l'état de la peau.

- Les lotions ont un plus grand pourcentage d'eau que l'huile, ce qui leur donne une consistance plus liquide, les rend plus faciles à étendre et accélère leur absorption. Elles peuvent contenir des alcools qui préviennent la séparation de l'huile et de l'eau.<sup>96</sup> Les lotions ont un degré d'hydratation raisonnable et fonctionnent bien sur la peau suintante.
- Les crèmes contiennent habituellement des parties égales d'eau et d'huile, et ont tendance à être moins grasses et plus légères que les onguents. Bien que les crèmes soient généralement bénéfiques aux personnes ayant la peau normale ou sèche, elles contiennent

parfois des stabilisateurs ou des agents de conservation pouvant irriter la peau ou causer des réactions allergiques cutanées.

- Plus épais que les lotions et les crèmes, les onguents sont faits principalement de 80 % d'huile et de 20 % d'eau. Les onguents forment une barrière qui aide à retenir l'hydratation de la peau; leur utilisation est recommandée sur les peaux extrêmement sèches et pour traiter la dermatite légère.<sup>93</sup>

En plus de leurs ingrédients actifs, les crèmes et lotions pour les mains à propriétés émoullientes contiennent des excipients (p. ex. émulsifiants, antioxydants et (ou) agents de conservation); bon nombre d'entre elles combinent également des émoullissants, des humectants et des agents occlusifs.

Selon certains, les crèmes protectrices (connues également sous le nom de crèmes barrières, onguents de protection ou gants invisibles) créent une barrière de protection entre la peau et les substances irritantes pour empêcher ou retarder la pénétration de ces substances. Les crèmes protectrices sont habituellement utilisées dans les milieux industriels, et leur utilisation par les FSS en milieu de soins de santé n'est habituellement pas recommandée. (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir les questions de recherche n° [12](#), [16](#) et [18](#).)

Les DMBA formulés correctement contiennent des émoullissants qui aident à hydrater la peau et à garder la peau en santé. (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir les questions de recherche n° [13](#), [15](#), [18](#) et [20](#).)

## 1.12 Port de gants

La sélection et le port de gants jouent un rôle dans la dermatite de contact professionnelle, les pratiques de base et les pratiques exemplaires d'hygiène des mains (voir l'[Encadré 1](#)). Le port de gants fait référence aux gants et sous-gants (p. ex. sous-gants de coton ou gants utilisés comme sous-gants pour le double gantage). En ce qui a trait à la dermatite professionnelle, la sélection des gants appropriés à la tâche pourrait protéger contre l'exposition aux produits environnementaux susceptibles de déclencher ou d'exacerber une dermatite de contact allergique ou irritante. Les FSS doivent employer la technique appropriée de retrait des gants afin de prévenir leur exposition à des agents chimiques susceptibles de sensibiliser ou d'irriter la peau. Le matériel des gants peut également constituer un agent allergène (p. ex. dermatite de contact allergique causée par les accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc des gants ou dermatite de contact irritante causée par le port prolongé de gants occlusifs). Les FSS qui sont allergiques à un composant de gants couramment recommandés devraient avoir accès à un gant de rechange ne contenant pas l'allergène. Conformément aux pratiques de base, les FSS doivent porter des gants si l'évaluation du risque relative au contrôle des infections l'indique, soit lorsqu'on prévoit un contact des mains avec des muqueuses, de la peau non intacte, des tissus, du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments, ou encore des surfaces ou du matériel contaminés par ces derniers.<sup>97</sup>

Bien que les pratiques exemplaires d'hygiène des mains insistent sur l'importance de l'hygiène des mains malgré le port de gants, le manque d'hygiène des mains avant et après le port de gants, ou l'adoption de

pratiques d'hygiène des mains inappropriées au moment de porter des gants demeure un problème persistant.<sup>82</sup> Lorsque le port de gants est indiqué, les FSS devraient aussi choisir judicieusement le type de gants à porter (p. ex. longueur des manchettes, épaisseur des gants, matériel). On peut éviter l'usage excessif de gants en en portant uniquement lorsqu'une évaluation du risque l'indique. L'[Encadré 1](#) offre un résumé des pratiques de base de port de gants.

En résumé, lorsque des gants sont requis, il est essentiel de veiller à ce qu'ils soient choisis, utilisés et retirés convenablement. Les mains devraient être propres et sèches au moment d'enfiler des gants, et les gants devraient être intacts, propres et secs à l'intérieur.

### **Encadré 1. Pratiques de base relatives au port de gants**

Les pratiques de base relatives au port de gants incluent ce qui suit :

- effectuer une évaluation du risque pour déterminer si le port de gants (y compris les sous-gants) est indiqué
- choisir les gants convenant à la tâche
- porter des gants de la bonne taille
- procéder à l'hygiène des mains avant de mettre les gants (et les sous-gants) afin d'effectuer une intervention aseptique/propre
- mettre les gants immédiatement avant l'activité pour lesquels ils sont indiqués
- enlever les gants (et les sous-gants) et les jeter immédiatement après l'activité qui nécessitait leur port
- pratiquer l'hygiène des mains immédiatement après le retrait des gants
- enlever ou remplacer les gants (et les sous-gants) au moment de passer d'un site corporel contaminé à un site corporel non contaminé d'un même patient
- enlever ou remplacer les gants (et les sous-gants) après avoir touché une zone contaminée et avant de toucher une zone propre ou l'environnement
- ne pas réutiliser ou laver les gants
- ne jamais utiliser la même paire de gants ou de sous-gants auprès de plus d'un patient.

(Adapté de : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3<sup>e</sup> édition. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, novembre 2012.<sup>97</sup>)

Le type de gants sélectionné est fonction d'une évaluation du risque des tâches à exécuter et de l'exposition possible. Le matériel, la durabilité, l'épaisseur et l'ajustement des gants peuvent varier. Les critères de sélection devraient dépendre du milieu, de la probabilité d'exposition à du sang ou à des liquides organiques, de la durée d'utilisation anticipée, du stress qui sera placé sur les gants,<sup>98</sup> du délai de pénétration des substances et du degré de tactilité requise.

Par exemple :

- La plupart des activités de soins aux patients exige le port de gants non stériles à usage unique faits de vinyle ou de nitrile.
- On doit porter des gants stériles pour effectuer des interventions exigeant l'adoption de techniques de stérilisation.
- Les gants en nitrile ou en néoprène sont recommandés pour la protection contre les agents nettoyants.
- Les gants de chimiothérapie sont fabriqués selon les normes internationales de l'ASTM pour assurer la manipulation sécuritaire des médicaments chimiothérapeutiques.

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, les allergies au latex ont été qualifiées pour la première fois de préoccupation majeure pour la santé des FSS du monde entier.<sup>99,100</sup> Les allergies aux gants en latex faits de caoutchouc naturel constituent habituellement des réactions d'hypersensibilité immédiate de type I pouvant aller d'un érythème léger de la peau à une réaction anaphylactique, voire à la mort. Par conséquent, les gants en latex ont été délaissés, lorsque la situation le permettait, au profit des gants sans latex.<sup>101</sup> Les gants en latex poudrés sont particulièrement dangereux étant donné que la poudre peut transférer l'allergène latex à la peau, et par conséquent faciliter la sensibilisation.<sup>102</sup> Lorsqu'il n'est pas possible de remplacer les gants en latex, les FSS devraient utiliser des gants en latex sans poudre, à faible teneur en protéines. L'utilisation simultanée de produits de soin de la peau dérivés du pétrole ou à base de minéraux peut causer une détérioration importante des gants en latex et ainsi nuire à leur intégrité.<sup>103</sup>

L'usage à long terme de gants occlusifs peut avoir un effet négatif sur le fonctionnement de la barrière cutanée.<sup>104</sup> Certaines personnes soutiennent que le port de sous-gants de coton sous les gants aide à assurer le bon fonctionnement de la barrière cutanée. En milieu de soins de santé, les sous-gants de coton utilisés sont le plus souvent à usage unique (jetables). Les sous-gants de coton réutilisables devraient être changés entre chaque usage et retraités selon les instructions du fabricant. (Voir les questions de recherche n° [22](#) et [23](#), et les [Annexe A](#), [C](#), [D](#) et [E](#) pour obtenir plus de renseignements sur la sélection et l'utilisation appropriée des gants et des sous-gants de coton.)

## 1.13 Pratiques exemplaires d'hygiène des mains et port de gants selon la gravité de la dermatite

Les recommandations spécifiques sur l'hygiène des mains, le port de gants et les soins aux patients varient en fonction de la gravité de la dermatite de contact professionnelle ([Tableau 16](#)). Par exemple, les FSS ayant une dermatite modérée à grave (assèchement, érythème, craquelures, desquamation et vésicules suintantes) devraient éviter de porter des gants en s'abstenant de dispenser des soins directs aux patients (modifications en milieu de travail).

On devrait encourager les FSS à utiliser régulièrement des crèmes ou des lotions émoullientes pour les mains. Les FSS aux prises avec une dermatite pourraient ressentir des picotements ou de l'irritation au contact de produits à base d'alcool. Dans un tel cas, l'utilisation d'eau et de savon peut constituer une solution de rechange acceptable. Les FSS aux prises avec une dermatite plus grave devraient éviter les travaux humides, et pourraient nécessiter des adaptations temporaires en milieu de travail (p. ex. abstention de toute activité de soins aux patients). Ces FSS devraient être soumis à une évaluation appropriée des services de santé au travail ou des parties chargées d'effectuer les évaluations cliniques (p. ex. médecin de famille).

**Tableau 16. Hygiène des mains et port de gants chez les fournisseurs de soins de santé, selon la gravité de la dermatite**

État de la peau <sup>‡</sup>	Hygiène des mains	Port de gants	Soins aux patients
Peau normale	DMBA de préférence Les DMBA à propriétés émoullientes hydratent la peau.	Mettre en œuvre les pratiques de base et précautions supplémentaires <sup>§</sup>	Aucune restriction sur le plan des tâches  Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients
Dermatite légère	DMBA de préférence Les DMBA à propriétés émoullientes hydratent la peau.	Mettre en œuvre les pratiques de base et précautions supplémentaires <sup>§</sup>	Aucune restriction sur le plan des tâches  Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients

État de la peau <sup>‡</sup>	Hygiène des mains	Port de gants	Soins aux patients
Dermatite légère à modérée	DMBA de préférence Les DMBA à propriétés émoullientes hydratent la peau.	Porter des gants conformément aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires, <sup>§</sup> et utiliser des sous-gants de coton aux choix	Aucune restriction sur le plan des tâches Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients
Dermatite modérée	Savon et eau de préférence Le DMBA peut donner des picotements.	Porter des gants conformément aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires, <sup>§</sup> le port de sous-gants de coton est recommandé	Limiter les soins directs aux patients Le lavage des mains avec de l'eau et du savon respecte les exigences d'hygiène des mains relatives aux soins aux patients.
Dermatite modérée à grave	Se laver les mains avec de l'eau et du savon	Minimiser ou éviter le port de gants	Cesser les soins directs aux patients
Dermatite grave	Se laver les mains avec de l'eau et du savon	Éviter le port de gants	Cesser les soins directs aux patients

Abréviations : DMBA = Désinfectant pour les mains à base d'alcool

<sup>‡</sup>Voir les définitions des affections de peau à l'[Annexe A](#).

<sup>§</sup> Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3<sup>e</sup> édition. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012.

## 1.14 Hiérarchie des mesures de contrôle

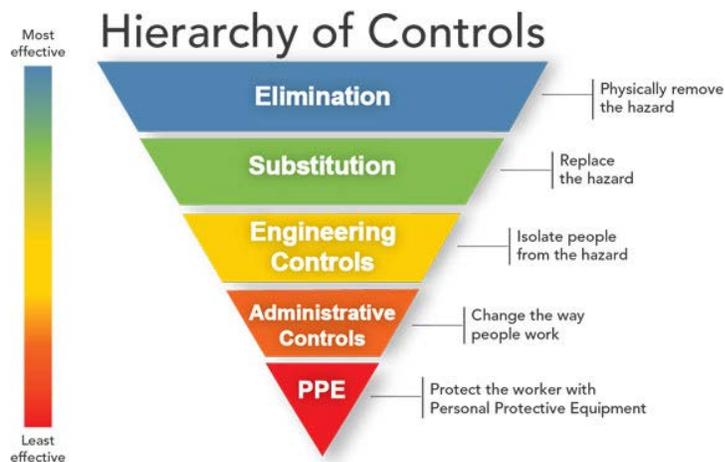
Les professionnels de la santé et de la sécurité au travail font souvent référence à la hiérarchie des mesures de contrôle, qui classe les mesures de contrôle de l'exposition en ordre décroissant, des plus efficaces aux moins efficaces ([Figure 9](#)). Ce cadre conceptuel peut être appliqué au contrôle de l'exposition aux substances pouvant entraîner la dermatite de contact professionnelle :<sup>105</sup>

- Élimination de la source de l'exposition (p. ex. changer la formulation du savon pour éliminer le triclosan, un irritant connu)
- Substitution d'une substance ou d'un processus (p. ex. remplacer les gants en latex par des gants en nitrile)

- Adoption de mesures de contrôle techniques pour réduire l'exposition par des modifications à la conception du milieu de travail (p. ex. fournir du DMBA au point de service et des crèmes pour les mains à propriétés émoullissantes à des endroits multiples qui sont faciles d'accès).
- Adoption de mesures de contrôle administratives et opérationnelles, dont des politiques, procédures, activités de sensibilisation et de formation, et pratiques relatives aux soins aux patients, qui ont pour but de changer les façons de travailler.
- Port d'équipement de protection individuelle, comme des gants et des sous-gants de coton; l'équipement de protection individuelle perd de son importance quand d'autres mesures de contrôle plus efficaces peuvent être prises.

Certaines mesures conçues pour limiter l'exposition sont plus efficaces que d'autres; la faisabilité et l'applicabilité de chacune de ces mesures dépendent aussi de nombreux facteurs. L'objectif d'ensemble de ces mesures de contrôle est de minimiser les méfaits en protégeant les FSS et leurs patients. Les programmes multidimensionnels prévoyant une combinaison de mesures de contrôle de l'exposition sont courants en milieu de soins de santé, ce qui complique la détermination de l'efficacité relative des mesures individuelles.

**Figure 9. Hiérarchie des mesures de contrôle**



(Image : Hierarchy of controls. Source : National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Hierarchy of controls [Internet], Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prévention, 2015 [cité le 9 janv. 2019]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>. Reproduite avec permission.)

## 1.15 Prévention primaire

La prévention primaire a pour but de prévenir la dermatite de contact professionnelle avant qu'elle ne se déclare.<sup>14</sup> Étant donné que la dermatite de contact professionnelle résulte du contact d'une substance avec la surface de la peau, le contrôle de l'exposition à l'irritant ou à l'allergène en cause constitue la mesure de prévention la plus efficace. Les mesures de contrôle privilégiées sont

l'élimination, c'est-à-dire le retrait physique de la substance nocive, ou la substitution, c'est-à-dire le remplacement de la substance nocive. Les mesures de contrôle techniques, les mesures de contrôle administratives et l'équipement de protection individuelle jouent également un rôle important dans la prévention primaire. (Voir également [1.14 Hiérarchie des mesures de contrôle.](#))

Chez les FSS, l'évaluation du risque individuel est une partie importante des pratiques de base de prévention de la dermatite de contact professionnelle. Le respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans le but d'assurer l'intégrité de la peau peut aussi aider à prévenir la dermatite de contact professionnelle.

## 1.16 Prévention secondaire

La prévention secondaire a pour but de réduire l'impact d'une dermatite de contact professionnelle qui s'est déjà développée.<sup>14</sup> Elle repose sur la détection et le traitement de la dermatite de contact professionnelle le plus rapidement possible (pour cesser ou ralentir sa progression), la promotion de l'adoption de stratégies personnelles au travail et à la maison pour prévenir la récurrence de la maladie et la mise en œuvre de programmes de rétablissement des FSS et de reprise de leurs fonctions (pour éviter les problèmes à long terme).

Le diagnostic rapide de la dermatite de contact professionnelle est important pour la prévention secondaire. Bien effectué, il orientera la gestion des cas individuels. Il importe d'établir que l'affection cutanée observée est bel et bien une dermatite, de confirmer qu'elle est d'origine professionnelle et de déterminer s'il s'agit d'une dermatite de contact allergique ou d'une dermatite de contact irritante. Mathias propose les critères objectifs ci-après comme cadre d'identification de la dermatite de contact professionnelle, en précisant que l'on peut conclure à l'origine professionnelle de la maladie lorsque quatre de ces sept critères sont réunis :<sup>40</sup>

- apparence clinique correspondant à la dermatite de contact
- exposition en milieu de travail à des irritants ou allergènes potentiels
- distribution anatomique correspondant à une exposition cutanée liée à l'emploi
- lien temporel entre l'exposition et la déclaration de la maladie conforme à la dermatite de contact
- exclusion de la probabilité d'une exposition hors du milieu de travail
- amélioration de l'état de la peau une fois qu'on a cessé l'exposition
- exposition en milieu de travail mise en cause lors d'un test épicutané ou test de provocation.

## 1.17 Prévention tertiaire

Bien que le pronostic de la dermatite de contact professionnelle varie considérablement, les FSS aux prises avec une dermatite de contact professionnelle composent souvent avec des effets indésirables qui se répercutent sur leur qualité de vie d'ensemble et créent d'importantes perturbations au travail. La prévention tertiaire a pour but de prévenir l'atteinte et l'invalidité chez les FSS ayant développé une dermatite de contact professionnelle au moyen de la gestion médicale et l'adoption de mesures appropriées au travail, ainsi que de l'adoption, au besoin, de stratégies de prévention et de contrôle en milieu de vie et de travail.<sup>14,106</sup>

## 1.18 Traitement

On ne peut trop insister sur l'importance des programmes de protection de la peau et de sensibilisation pour prévenir le développement de la dermatite de contact, et sur le besoin d'éviter l'exposition continue aux allergènes ou irritants en cause. Une fois qu'elle est diagnostiquée, la dermatite de contact devrait être traitée de façon active et rapide pour prévenir le développement d'une dermatite chronique.<sup>107</sup> Les recommandations relatives à des traitements spécifiques sont hors de la portée de ce document, et sont fournis à titre d'information seulement.

Les traitements possibles de la dermatite de contact professionnelle incluent des traitements topiques, systémiques et physiques.<sup>108,109</sup> Les causes de la dermatite de contact professionnelle sont souvent multifactorielles et les décisions sur le plan thérapeutique devraient dépendre du type de dermatite de contact professionnelle observé (c'est-à-dire atopique, allergique et irritante), de son caractère aigu ou chronique, de la gravité des signes et symptômes observés (p. ex. rougeurs, desquamation, cloques) et de l'emplacement sur le corps (p. ex. dos des mains, espace interdigitaux ou paumes).<sup>107,110</sup>

Malgré des décennies de pratique clinique fondée sur des traitements médicaux multiples, il existe peu d'essais contrôlés randomisés ou d'éléments de preuve à l'appui de mesures spécifiques.<sup>107</sup> La gestion clinique, y compris le recours à des agents oraux et (ou) physiques, devrait reposer sur les conseils et le suivi d'experts ayant les connaissances et l'expérience appropriées.

L'emploi combiné de corticostéroïdes topiques et d'émollients constitue la pierre angulaire du traitement de première ligne de la dermatite de contact. L'eczéma léger réagit parfois aux stéroïdotherapies topiques en vente libre (p. ex. crème ou onguent à base d'hydrocortisone 1 %), tandis que la dermatite modérée à grave pourrait nécessiter des traitements sous ordonnance plus forts, à base de corticostéroïdes (p. ex. furoate de mométasone). Puisque leur administration prolongée peut avoir des effets indésirables importants (p. ex. amincissement de la peau), les traitements aux corticostéroïdes devraient être gérés de près par un médecin ayant des connaissances et compétences pertinentes.

Parmi les autres traitements de la dermatite persistante figurent les onguents anti-inflammatoires non stéroïdiens (p. ex. crisabarole) ou les inhibiteurs de la calcineurine (p. ex. tacrolimus). Quand les traitements localisés de la peau ne fonctionnent pas, les corticostéroïdes oraux, comme la prednisone, peuvent être efficaces à court terme.

L'alitrétinoïne, un dérivé oral de la vitamine A, peut être prescrite pour traiter la dermatite de contact professionnelle grave. L'alitrétinoïne a à la fois des propriétés immunomodulatrices et anti-inflammatoires, mais est tératogène. Les immunosuppresseurs puissants, comme la cyclosporine, le méthotrexate ou le mofétilmycophénolate, ont aussi été utilisés dans le traitement de la dermatite de contact professionnelle grave; or, nous disposons d'aucune preuve à l'appui de leur efficacité, et ils peuvent être tératogéniques.<sup>107,110</sup>

Des physiothérapies comme la PUVA-thérapie et la photothérapie bande étroite UVB (UVB-BE) sont utilisés pour traiter la dermatite chronique.<sup>111</sup> L'UVB-BE peut être utilisée de façon sécuritaire et efficace, et est habituellement la photothérapie de premier recours.<sup>112</sup>

La mise au point de nouveaux produits et traitements ne cesse jamais, tout comme l'établissement de nouvelles indications de traitement au moyen de médicaments existants et la communication de nouveaux effets indésirables. Il importe de rester prudents et de veiller à ce que les recommandations de traitement soient à jour et conformes aux lignes directrices des organismes experts.

## 1.19 Mesures en milieu de travail

Le maintien en poste des FSS, dans leur rôle original ou modifié, et leur retour au travail sont des tâches complexes qui dépendent de nombreux facteurs. Les mesures prises en milieu de travail sont régies par la [Loi sur la santé et la sécurité au travail](#), ainsi que les lois provinciales relatives aux droits de la personne et aux indemnités des accidents du travail.<sup>17,113-115</sup> Dans certains milieux de travail, il peut être possible d'effectuer un contrôle raisonnable des symptômes et d'éviter la réaffectation, la perte d'emploi ou le départ à la retraite. Cependant, en cas de dermatite de contact professionnelle grave, il peut être nécessaire d'apporter des modifications importantes en milieu de travail ou de procéder à la réaffectation du FSS ([Tableau 17](#)).

L'apport de modifications en milieu de travail signifie que les FSS peuvent conserver leur emploi, mais que leurs tâches seront modifiées de façon à contrôler ou à éviter l'exposition aux substances qui ont causé ou aggravé la dermatite de contact irritante ou allergique. Ces modifications peuvent inclure la réduction du nombre d'heures de soins aux patients prodiguées, la modification du type de gants utilisés ou des pratiques de soin de la peau adoptées.<sup>116</sup> Les employeurs devraient s'efforcer de tenir compte des besoins des FSS au moyen de modifications en milieu de travail avant d'envisager la réaffectation.

Les FSS qui développent une dermatite de contact professionnelle modérée ou grave peuvent être réaffectés de façon temporaire ou permanente à d'autres unités ou postes pour éviter la perte d'emploi. Cela se produit quand il n'est pas possible d'effectuer les adaptations ou modifications nécessaires en milieu de travail pour garantir la santé ou la sécurité de la personne. L'apport de modifications en milieu de travail, la réaffectation à un poste où l'exposition aux substances nocives est moindre et l'adoption de mesures de contrôle de l'exposition peuvent mener à la suppression ou à la résorption de la dermatite de contact professionnelle chez certains FSS, mais ces solutions ne sont pas toujours efficaces. La réaffectation peut être permanente si on n'arrive pas à faire cesser la dermatite de contact

professionnelle. (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir les questions de recherche n° [22](#) et [23](#).)

**Tableau 17. Recommandations pour les restrictions en milieu de travail et les soins aux patients selon la gravité de la dermatite**

Peau normale <sup>‡</sup>	Dermatite légère <sup>‡</sup>	Dermatite légère à modérée <sup>‡</sup>	Dermatite modérée <sup>‡</sup>	Dermatite modérée à grave <sup>‡</sup>	Dermatite grave <sup>‡</sup>
Aucune restriction sur le plan des tâches	Aucune restriction sur le plan des tâches	Aucune restriction sur le plan des tâches	<p>Limiter les soins directs aux patients</p> <p>Le lavage des mains avec de l'eau et du savon répond aux exigences d'hygiène des mains pour les soins aux patients.</p>	Cesser les soins directs aux patients	Cesser les soins directs aux patients
Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients	Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients	Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients			

<sup>‡</sup> Voir l'[Annexe A](#) pour obtenir des définitions d'affections cutanées et en savoir plus sur la prévention et contrôle des infections.

## 1.20 Pronostic clinique et répercussions sur les fournisseurs atteints

La dermatite de contact professionnelle a d'importantes conséquences pour les FSS, à la fois sur le plan de la qualité de vie que de l'exécution de leurs fonctions professionnelles. Les mauvais pronostics peuvent avoir un effet négatif sur la qualité de vie liée à la santé et mener à des longues périodes de chômage ou d'invalidité. Même après l'élimination des agents causaux, la dermatite de contact professionnelle peut prendre une forme chronique et avoir des conséquences médicales, professionnelles, sociales et économiques durables et même permanentes.<sup>117</sup>

L'identification rapide des FSS qui ont une dermatite de contact professionnelle et courent un risque accru d'issue négative pourrait aider à orienter les stratégies de gestion du risque adoptées et les traitements entrepris. La détermination du rôle de différents facteurs dans l'établissement du pronostic clinique pourrait favoriser l'identification rapide. Les recherches menées dans ce domaine ont inclus à l'examen des facteurs de risque possibles d'un mauvais pronostic la qualité de vie de référence, la

gravité de la dermatite de contact professionnelle, l'âge, le sexe, le statut socio-économique, l'atopie et les allergies de contact. (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir les questions de recherche n° [26](#) et [27](#).)

## 1.21 Prévention et contrôle des infections

Il y a plus de 170 ans, Ignaz Semmelweis avançait pour la première fois, preuves à l'appui, que le fait de se laver les mains avec une solution antiseptique avant d'examiner des mères sur le point d'accoucher réduisait l'incidence de fièvre puerpérale et améliorait grandement les résultats pour les patientes.<sup>118,119</sup> Semmelweis, que l'on surnomme affectueusement « le père du contrôle des infections », était chef de file des pratiques de prévention et de contrôle des infections encore employées aujourd'hui pour réduire le risque de transmission des infections et accroître la sécurité des patients.

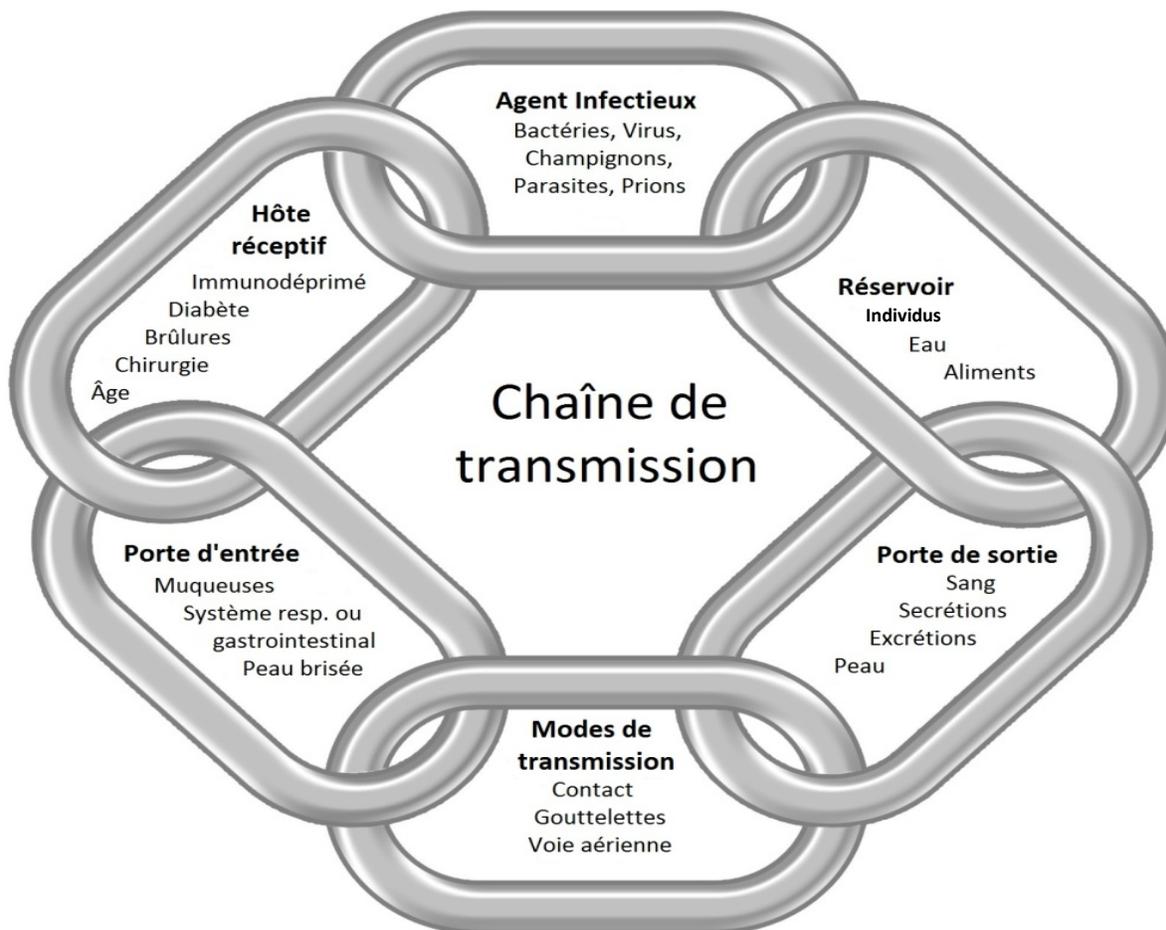
La peau normale est colonisée par un ensemble de microorganismes qui incluent des bactéries, des champignons et des virus. Les microorganismes qui se trouvent sur la peau sont appelés flores résidentes ou microbiotes résidents. Chez l'humain, les microbiotes résidents ont une fonction symbiotique, mais ils peuvent aussi constituer des agents infectieux opportunistes si les barrières entre les microbiotes et les sites stériles sont compromises (p. ex. en raison de lésions cutanées) ou si elles mènent à la contamination de produits durant les préparations stériles (p. ex. préparation de médicaments).

Les flores transitoires (microbiotes transitoires) sont des microorganismes qui ne sont pas normalement présents sur la peau de personnes en santé (p. ex. *Clostridioides difficile*). Les FSS sont exposés à des microbiotes transitoires lors de contacts directs avec des patients ou des surfaces environnementales contaminées. Les microorganismes peuvent survivre sur les mains pendant une durée variable; les mains des FSS deviennent progressivement colonisées par ces microorganismes transitoires durant les périodes de contact soutenu avec des patients.

Les infections associées aux soins de santé causent un lourd fardeau sur le plan de la morbidité, de la mortalité, de la durée des hospitalisations et des coûts liés à la santé.<sup>120</sup> L'hygiène des mains, dont le but est d'éliminer la flore transitoire et de réduire la flore résidente<sup>121,122</sup>, peut diminuer le risque de transférer des microorganismes à des patients par contact direct durant la prestation de soins. Bien que le transfert de microorganismes puisse ne pas causer d'infections associées aux soins de santé, il accroît les réservoirs de microorganismes potentiellement infectieux.

La transmission d'infections en milieu de soins de santé est souvent représentée par une chaîne, dans laquelle chacun des maillons représente un élément essentiel à la transmission de microorganismes ([Figure 10](#)). La transmission se produit quand un agent infectieux (p. ex. bactéries, champignons, virus, parasites) situé dans un réservoir (p. ex. personnes, eau, aliments) quitte le réservoir par un portail de sortie (p. ex. sang, sécrétions, excréments, peau), emprunte un mode de transmission (p. ex. transmission par contact, gouttelettes ou voies aériennes) et pénètre dans un hôte susceptible par un portail d'entrée (p. ex. muqueuses, voies respiratoires, système gastro-intestinal, peau non intacte).

Figure 10. Chaîne de transmission



(Source de l'image : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3<sup>e</sup> édition, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, novembre 2012.<sup>97</sup>)

Les mesures de prévention et de contrôle des infections ont pour but de rompre la chaîne de façon à empêcher la transmission. Les FSS doivent évaluer le risque d'exposition à du sang, à d'autres liquides organiques et à la peau non intacte, puis déterminer les stratégies qui atténueront ce risque et préviendront la transmission de microorganismes transitoires. L'adoption systématique et appropriée des pratiques de base réduira la transmission.<sup>97</sup>

Les FSS aux prises avec une dermatite peuvent courir un risque accru d'acquisition de microorganismes colonisateurs en raison d'une perturbation des mécanismes habituels de défense de la peau. Ils pourraient également être plus susceptibles que leurs pairs de transmettre des microorganismes aux patients si leurs lésions cutanées deviennent colonisées. (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir les questions de recherche n<sup>o</sup> [28](#) et [29](#).)

## 2. Données des recherches et recommandations

---

Les questions de recherche sont classées selon huit grandes catégories :

- évaluation du risque ([section 2.1](#))
- élimination ou substitution ([section 2.2](#))
- mesures de contrôle administratives et opérationnelles ([section 2.3](#))
  - sensibilisation et formation ([section 2.3.1](#))
  - dépistage et surveillance de l'état de la peau ([section 2.3.2](#))
  - pratiques exemplaires d'hygiène des mains ([section 2.3.3](#))
  - réaffectation et apport de modifications en milieu de travail ([section 2.3.4](#))
- équipement de protection individuelle ([section 2.4](#))
- diagnostics cliniques ([section 2.5](#))
- pronostics cliniques ([section 2.6](#))
- impact sur les FSS ([section 2.7](#))
- prévention et contrôle des infections ([section 2.8](#))

Le présent document fait part, pour chacune des questions de recherche, des éléments de preuve ressortis de l'analyse documentaire effectuée. Des efforts ont été effectués pour éviter de présenter les mêmes éléments de preuve dans plusieurs sections, lorsqu'ils s'appliquent à différentes questions de recherche. Des renvois sont souvent faits entre les questions de recherche puisque les recommandations reposent souvent sur les éléments de preuve de plusieurs questions de recherche. En raison de cette méthode d'organisation, une même recommandation figurera sous chacune des questions de recherche qu'elle concerne.

Voir le [Sommaire des questions de recherche](#) pour obtenir la liste complète des questions de recherche. Vous trouverez la liste complète des recommandations du CDPMS et la méthode de notation des recommandations au [Sommaire des recommandations](#).

## 2.1 Évaluation du risque

Outre les risques relatifs aux pratiques de base, des facteurs de risque personnels pourraient jouer un rôle dans le développement de la dermatite de contact professionnelle. Les fournisseurs de soins de santé (FSS) qui ont une dermatite de contact professionnelle courent également le risque d'exacerber la maladie.

### **Question de recherche n° 1 : Quels facteurs personnels pourrait-on mesurer avant l'affectation pour mieux orienter la gestion du risque de dermatite professionnelle?**

Cette question de recherche a été versée aux [lignes directrices de 2009 du RCP](#) et qualifiée de priorité pour l'élaboration de lignes directrices futures.<sup>123,124</sup>

L'évaluation de la peau par autodépistage fait couramment partie des pratiques de base de santé au travail adoptées au moment de l'embauche (c'est-à-dire avant l'affectation). Cette évaluation permet d'obtenir des informations sur la santé de la peau (p. ex. intégrité), les affections de peau préexistantes selon les antécédents ou l'auto-examen de la peau, l'exposition professionnelle passée à des substances, les allergies (p. ex. agents nettoyants, le latex), le port de gants et les techniques d'hygiène des mains.

L'évaluation de la peau a pour but d'établir l'état de référence de la peau de façon à cerner les occasions de sensibilisation et de formation là où l'on note des manquements sur le plan des connaissances, ou à repérer les maladies de peau préexistantes que pourraient exacerber les irritants cutanés. La détection d'une dermatite pourrait permettre de planifier un suivi adéquat et de discuter de modifications en milieu de travail, au besoin. Il est difficile de déterminer quels facteurs personnels pourraient être mesurés lors de l'évaluation effectuée avant l'affectation dans le but de gérer la dermatite de contact professionnelle chez les FSS.

Compte tenu du manque d'éléments probants, il n'est pas possible à l'heure actuelle d'émettre des recommandations sur les facteurs personnels pouvant être mesurés avant l'affectation afin de mieux orienter la gestion des risques de dermatite de contact professionnelle.

## 2.2 Élimination ou substitution

Les questions de recherche de cette section traitent de l'élimination et de la substitution, les deux méthodes les plus efficaces de la hiérarchie des mesures de contrôle de l'exposition.

### **Question de recherche n° 2 : Peut-on réduire l'incidence de la dermatite de contact professionnelle en contrôlant l'exposition à l'aide de mesures d'élimination et de substitution?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup> Selon un examen systématique mené dans le contexte des [lignes directrices de la BOHRF](#), la substitution réduit l'incidence de la dermatite de contact professionnelle et de l'urticaire.<sup>49,50</sup> Tout particulièrement, la substitution des gants en latex poudrés par des gants en latex sans poudre, à faible teneur en protéines, réduit

l'incidence de l'urticaire de contact professionnel.<sup>49,50</sup> Hors du secteur de la santé, on a pu considérablement réduire l'incidence de la dermatite de contact professionnelle chez les travailleurs de l'industrie du ciment en ajoutant du sulfate de fer au processus de fabrication du ciment pour remplacer le chélate de chromate, ce qui limite l'exposition des travailleurs aux chromates solubles dans l'eau.<sup>49,50</sup>

La présente analyse documentaire n'a pas cerné d'éléments de preuve nouveaux. La recommandation formulée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#) a été acceptée par le comité sur la dermatite professionnelle en milieu de soins de santé (CDPMSS) moyennant de légères modifications.

#### **Recommandation :**

8. Les employeurs devraient mettre en œuvre des stratégies pour cesser ou réduire l'exposition aux agents qui causent la dermatite de contact professionnelle. (Cote IIA; question de recherche n° 2)

#### **Question de recherche n° 3 : Le fait d'éviter ou de contrôler l'exposition entraîne-t-il des améliorations ou le rétablissement?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup> Les [lignes directrices de la BOHRF](#) présentent des preuves à l'appui du fait que l'exposition continue à des allergènes ou irritants qui causent la dermatite de contact professionnelle empêche l'amélioration des symptômes et le rétablissement, et que les mesures prises pour éviter ou contrôler l'exposition à ces irritants et allergènes peuvent constituer des méthodes efficaces d'amélioration ou de résolution de la dermatite de contact professionnelle chez certains travailleurs.<sup>49,50</sup> D'un autre côté, certains éléments de preuve indiquent que la dermatite de contact professionnelle pourrait persister même des années après qu'a cessé l'exposition aux allergènes ou irritants. On rapporte ce phénomène dans le cas de la dermatite de contact allergique au chromate et autres sels de métal.<sup>49,50</sup> C'est pourquoi la nature de l'allergène ou de l'irritant doit être prise en compte au moment de déterminer si le fait d'éviter toute exposition future permettra ou non d'améliorer les symptômes ou d'assurer le rétablissement. Parmi les facteurs pouvant aussi contribuer à un mauvais pronostic figurent l'âge avancé, l'atopie, la durée des symptômes et leur gravité au moment du diagnostic.<sup>49,50</sup>

L'amélioration des symptômes et de la gestion de la dermatite de contact professionnelle a également été rapportée des suites de la sélection et de l'utilisation appropriées de gants de protection ou de la modification des tâches pour limiter l'exposition.<sup>68,125-128</sup> Or, le port fréquent de gants peut également être source d'irritation. En ce qui a trait à l'allergie aux gants, un examen systématique de l'allergie au latex a permis de constater une réduction considérable de l'urticaire de contact professionnel à la suite de la substitution des gants en latex poudrés par des gants en latex sans poudre.<sup>49,50</sup> Selon deux études, la prévalence et la gravité des maladies de peau peuvent uniquement être réduites au moyen d'une combinaison de pratiques d'évitement et du port de gants de protection.<sup>68,128</sup>

Les programmes multidimensionnels de retour au travail comptent aussi sur l'apport de modifications des tâches dans le but de réduire l'exposition des FSS. Chen *et al.* ont étudié l'impact des programmes de retour au travail axés sur la réduction de l'exposition au moyen de la modification des tâches sur 18 infirmiers et infirmières aux prises avec une dermatite des mains irritante.<sup>126</sup> Les sujets effectuaient des activités modifiées de soins aux patients ou des tâches administratives uniquement. Le programme de retour au travail progressif comprenait la gestion du soin de la peau, le suivi par un médecin et le suivi d'un coordonnateur de retour au travail. La modification des tâches a été qualifiée de réussite. À la fin du programme, 14 sujets avaient réintégré leurs fonctions originales de soins aux patients, trois occupaient des rôles infirmiers sans soins aux patients et une personne était en congé d'invalidité permanente.

Il peut être difficile pour les FSS d'éviter l'exposition à des travaux humides. Clemmensen *et al.* ont examiné l'impact d'un programme de sensibilisation aux symptômes cutanés et aux connaissances et comportements relatifs à la protection de la peau d'une heure en milieu de travail sur 86 nettoyeurs en milieu hospitalier.<sup>127</sup> Onze pour cent des nettoyeurs avaient rapporté avoir de l'eczéma des mains. Trois mois après l'activité de sensibilisation, le nombre de nettoyeurs exposés à des travaux humides pour plus de cinq heures par jour avait baissé, tout comme le nombre de lavages des mains, et les cotes de gravité de l'eczéma s'étaient améliorées. Par conséquent, le fait d'éviter ou de contrôler l'exposition aux travaux humides semble réellement avoir mené à des améliorations chez ces FSS. Dans la pratique, il pourrait ne pas être possible de réduire les travaux humides en raison de considérations liées à la prévention et au contrôle des infections, et certains FSS pourraient ne pas avoir la possibilité de réduire leur exposition aux travaux humides afin d'assumer les tâches quotidiennes exigées.

### **Recommandation :**

2. En cas de diagnostic incertain ou de dermatite persistante malgré l'évaluation clinique et le traitement effectué par le professionnel de la santé, un médecin ayant une expertise relative à la dermatite de contact professionnelle devrait évaluer le FSS pour recommander un traitement approprié et des modifications à apporter en milieu de travail. (Cote IIIB; questions de recherche n° [3](#), [20](#) et [26](#))

La présente analyse documentaire a cerné de nouveaux éléments de preuve qui étaient conformes aux recommandations formulées dans les [lignes directrices de la BOHRF](#) (voir également les questions de recherche n° [20](#) et [26](#)). La recommandation de la BOHRF a été acceptée moyennant de légères modifications.

## 2.3 Mesures de contrôle administratives et opérationnelles de l'exposition

Les questions de recherche de la présente section traitent des mesures de contrôle administratives et opérationnelles, y compris la sensibilisation et la formation, le dépistage et la surveillance de la peau, les programmes de soin des mains et les pratiques exemplaires d'hygiène des mains. Ces mesures peuvent s'ajouter à d'autres éléments de la hiérarchie des mesures de contrôle de l'exposition (c'est-à-dire élimination, substitution ou mesures de contrôle techniques) pour tenter d'atténuer les effets indésirables de l'exposition à des travaux humides et autres irritants ou allergène.

### 2.3.1 Sensibilisation et formation

#### **Question de recherche n° 4 : Les programmes de sensibilisation et de formation aident-ils à prévenir le développement de la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup>

Des recommandations fondées sur des données probantes ont été formulées en vue de prévenir la dermatite de contact professionnelle, mais celles-ci ne sont pas toujours suivies dans la pratique. De nombreux programmes de soin des mains incluent la sensibilisation aux façons de reconnaître les signes avant-coureurs de la dermatite de contact professionnelle et aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains à adopter pour prévenir cette maladie. Un examen systématique mené dans le contexte des [lignes directrices de la BOHRF](#) a révélé que les programmes de sensibilisation et de formation peuvent réduire l'incidence de la dermatite de contact professionnelle.<sup>49,50</sup>

Selon Heron, le matériel de formation, comme les présentations vidéo et les affiches, sont un complément important aux autres mesures de prévention et de contrôle adoptées en vue de réduire les dermatoses.<sup>129</sup> Plus récemment, Van der Meer *et al.* ont offert un programme multidimensionnel de mise en œuvre de recommandations issues de lignes directrices et visant à prévenir l'eczéma des mains chez les FSS de trois hôpitaux universitaires des Pays-Bas.<sup>130</sup> Parmi les mesures de sensibilisation et de formation figuraient la formation de groupes de travail pour cerner les problèmes sur le plan de la mise en œuvre, le recours à des FSS modèles pour aider leurs pairs à mettre en œuvre les recommandations, la sensibilisation de tous les FSS, l'envoi de rappels périodiques et la distribution d'un feuillet d'information. Des données ont été recueillies au moyen de questionnaires 3, 6, 9 et 12 mois après l'inclusion au hasard des sujets au groupe témoin (feuillet d'information seulement) ou au groupe d'intervention. La stratégie de mise en œuvre a permis de conscientiser et d'informer davantage les FSS en matière de prévention de l'eczéma des mains.

La présente analyse documentaire a cerné de nouveaux éléments de preuve concernant la recommandation formulée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#). La recommandation de la BOHRF a été modifiée par le CDPMS pour y inclure ces éléments de preuve et les éléments de preuve liés aux questions de recherche n° [5](#), [6](#), [13](#), [14](#), [16](#) et [18](#).

## Recommandation :

12. Les employeurs devraient fournir en permanence des séances de sensibilisation et de formation, des renseignements, des ressources et des produits susceptibles de réduire l'incidence et la prévalence de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé. Il est recommandé de mettre en œuvre un programme multidimensionnel d'hygiène des mains pour favoriser la modification des comportements. Le programme devrait inclure des activités ciblées et soutenues de sensibilisation et de formation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains, un volet de soin des mains qui inclut des enseignements sur l'autodépistage et la divulgation de la dermatite, des consignes sur la sélection et l'utilisation appropriées des gants et des crèmes et lotions émoullientes pour les mains, et un accès facile aux crèmes et lotions émoullientes pour les mains, produits d'hygiène des mains et gants appropriés. (Cote IIA; questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [14](#), [16](#) et [18](#))

### Question de recherche n° 5 : Les programmes de sensibilisation et de formation augmentent-ils les chances de prévention secondaire de la dermatite de contact professionnelle?

Cette question de recherche ne figurait dans aucun des trois documents de lignes directrices pris en compte; elle a été ajoutée par le CDPMS.<sup>49,50,89,123,124</sup>

Dulon *et al.* ont étudié le cas de 386 infirmières et infirmiers gériatriques exposés à un programme de sensibilisation au soin de la peau qui prévoyait une formation sur la structure de la peau, les facteurs de risque d'eczéma des mains au travail, les symptômes et facteurs de risque de dermatite de contact professionnelle, et des instructions pratiques relatives au soin des mains.<sup>131</sup> La mise en œuvre du programme incluait aussi un service consultatif en milieu de travail élaboré par l'association professionnelle sur les services de santé et le bien-être de l'Allemagne. Le service consultatif ciblait les cadres supérieurs afin d'encourager l'adoption de mesures de protection à l'échelle organisationnelle, dont l'élaboration d'une politique relative à la peau pour l'établissement et des lignes directrices écrites sur les produits d'hygiène des mains et de soin de la peau recommandés. Trois mois après la mise en œuvre du programme, les maladies de peau avaient beaucoup diminué chez les participants, passant de 26 % à 17 %, tandis qu'elles étaient restées stables au sein du groupe témoin (n'ayant pas participé au programme). Le recours à des crèmes pour les mains à propriétés émoullientes et à des désinfectants pour les mains au lieu de l'eau et du savon avait également considérablement augmenté. Malgré la hausse importante de l'approvisionnement en gants de coton dans les milieux de travail participants, l'utilisation des gants est demeurée peu fréquente. Van der Meer *et al.* rapportent que la stratégie de mise en œuvre multidimensionnelle a entraîné une hausse du respect des recommandations relatives à la prévention de l'eczéma des mains.<sup>130</sup>

La meilleure compréhension des obstacles et soutiens à la mise en œuvre de lignes directrices fondées sur des données probantes pourrait permettre d'accroître l'efficacité des programmes de sensibilisation et de formation. Van der Meer *et al.* ont interrogé 19 FSS pour cerner les obstacles et soutiens à la mise en œuvre de recommandations relatives à la prévention de l'eczéma des mains. En général, les connaissances et la conscientisation constituaient des soutiens à la mise en œuvre de lignes directrices, tandis que le manque de connaissances sur l'eczéma des mains constituait une barrière à leur mise en œuvre.<sup>132</sup>

De façon similaire, d'autres études font part d'améliorations aux comportements relatifs à la protection de la peau (y compris la réduction de l'intervalle entre l'apparition des symptômes et le diagnostic) et à l'état de la peau découlant de la mise en œuvre de programmes de sensibilisation et de formation.<sup>125,127,129,133-138</sup> Heron laisse entendre qu'il serait probablement nécessaire de répéter la formation ou d'offrir des séances de recyclage pour maintenir les améliorations sur plus d'un an;<sup>129</sup> d'autres études font cependant état d'effets positifs mesurables de la sensibilisation et de la formation pendant un maximum de 10 années.<sup>125,127,129,133-138</sup>

Holness et Nethercott ont évalué le lien entre l'état de la peau et la connaissance des diagnostics d'affections cutanées, et observé une association positive entre la connaissance des bons diagnostics et un pronostic positif.<sup>139</sup>

### **Recommandation :**

12. Les employeurs devraient fournir en permanence des séances de sensibilisation et de formation, des renseignements, des ressources et des produits susceptibles de réduire l'incidence et la prévalence de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé. Il est recommandé de mettre en œuvre un programme multidimensionnel d'hygiène des mains pour favoriser la modification des comportements. Le programme devrait inclure des activités ciblées et soutenues de sensibilisation et de formation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains, un volet de soin des mains qui inclut des enseignements sur l'autodépistage et la divulgation de la dermatite, des consignes sur la sélection et l'utilisation appropriées des gants et des crèmes et lotions émoullientes pour les mains, et un accès facile aux crèmes et lotions émoullientes pour les mains, produits d'hygiène des mains et gants appropriés. (Cote IIA; questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [14](#), [16](#) et [18](#))

La recommandation de la BOHRF relative à la question de recherche n° [4](#) a été modifiée par le CDPMS pour y inclure les éléments de preuve additionnels associés aux questions de recherche n° [4](#), [6](#), [13](#), [14](#), [16](#) et [18](#).

**Question de recherche n° 6 : Les programmes de sensibilisation et de formation à la gestion de la dermatite de contact professionnelle permettent-ils aux travailleurs atteints d'éviter une réorientation professionnelle, la perte d'emploi ou le départ à la retraite?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup>

Les programmes de sensibilisation et de formation ont des effets variables.<sup>49,50</sup> Il existe des preuves à l'appui de l'inclusion de la sensibilisation et de la formation aux programmes multidimensionnels pour réduire la réorientation professionnelle, la perte d'emploi ou le départ à la retraite. Holness et Nethercott ont constaté que les travailleurs aux prises avec une dermatite de contact professionnelle qui disaient ne pas comprendre leur diagnostic et ses causes étaient trois fois plus susceptibles d'avoir une dermatite active plus grave et plus apte à nuire à leurs activités personnelles et professionnelles que les travailleurs capables de nommer leur diagnostic.<sup>139</sup> Les programmes de sensibilisation menés par du personnel infirmier étaient aussi associés à de meilleurs résultats sur le plan de la dermatite de contact irritante.<sup>49,50</sup> Selon les preuves rapportées par la BOHRF, la sensibilisation relative au diagnostic et l'information sur la façon de gérer les symptômes et d'éviter l'exposition pourraient améliorer le pronostic.<sup>49,50,139</sup>

Plus récemment, la gravité de l'eczéma des mains a été qualifiée d'important indicateur de renoncement au métier de coiffeur.<sup>140</sup> Des 5 239 coiffeurs ayant rempli un questionnaire auto-administré, 44,3 % avaient quitté le métier. De ces anciens coiffeurs, 23,1 % ont rapporté que l'eczéma des mains avait contribué à leur réorientation professionnelle. Les auteurs ont conclu qu'on pourrait améliorer les résultats en fournissant de la formation aux coiffeurs et aux membres d'autres professions à risque élevé en vue de les sensibiliser aux substances auxquelles ils pourraient être exposés au travail et de promouvoir les pratiques judicieuses de port de gants et de soin de la peau. Ibler *et al.* ont constaté que la gravité de l'eczéma des mains, selon le [Hand eczema severity index \(HECSI\)](#), avait connu une baisse considérable chez des FSS soumis à des activités de formation et de sensibilisation pertinentes, comparativement à un groupe témoin n'ayant pas reçu de formation.<sup>68</sup> Il est raisonnable de penser que le fait d'améliorer l'état des mains au moyen de la sensibilisation pourrait contribuer à réduire la réorientation professionnelle, la perte d'emploi ou le départ à la retraite.

Pour éviter la perte de l'emploi ou le départ à la retraite, il pourrait aussi être nécessaire d'éviter l'exposition à des substances pouvant causer la dermatite par la modification des tâches.<sup>141</sup> Chen *et al.* ont mis en oeuvre une combinaison de composantes liées au retour au travail auprès d'un groupe de 18 infirmières et infirmiers aux prises avec une dermatite des mains. Le programme de retour au travail misait sur la reprise graduelle des quarts ou heures de travail, la modification des tâches, l'adoption de précautions pour éviter ou réduire l'exposition, et la gestion optimisée du soin de la peau. La sensibilisation, la supervision continue et le suivi par un médecin constituaient des éléments importants de la stratégie de retour au travail. Les auteurs ont conclu que des facteurs multiples jouent un rôle dans le maintien en emploi et le soutien au retour au travail des infirmières et infirmiers.<sup>126</sup>

Nous ne disposons d'aucune preuve à l'appui d'une fréquence ou durée optimale des programmes de sensibilisation et de formation. L'âge avancé a été qualifié de facteur de risque indépendant de réorientation professionnelle,<sup>142</sup> peut-être en raison du fait que les personnes plus jeunes ont une plus grande capacité de se recycler et de changer de profession.

Les programmes ciblés de sensibilisation pourraient offrir aux FSS certains avantages leur permettant d'éviter une réorientation professionnelle, la perte d'emploi ou le départ à la retraite. Les programmes de sensibilisation et de formation pourraient être plus efficaces lorsqu'ils sont jumelés à d'autres stratégies d'intervention.

#### **Recommandation :**

12. Les employeurs devraient fournir en permanence des séances de sensibilisation et de formation, des renseignements, des ressources et des produits susceptibles de réduire l'incidence et la prévalence de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé. Il est recommandé de mettre en œuvre un programme multidimensionnel d'hygiène des mains pour favoriser la modification des comportements. Le programme devrait inclure des activités ciblées et soutenues de sensibilisation et de formation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains, un volet de soin des mains qui inclut des enseignements sur l'autodépistage et la divulgation de la dermatite, des consignes sur la sélection et l'utilisation appropriées des gants et des crèmes et lotions émoullientes pour les mains, et un accès facile aux crèmes et lotions émoullientes pour les mains, produits d'hygiène des mains et gants appropriés. (Cote IIA; questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [14](#), [16](#) et [18](#))

La recommandation de la BOHRF relative à la question de recherche n° [4](#) a été modifiée par le CDPMSS pour y inclure les éléments de preuve additionnels associés aux questions de recherche n° [4](#), [5](#), [13](#), [14](#), [16](#) et [18](#).

### **2.3.2 Dépistage et surveillance de l'état de la peau**

Le test de dépistage idéal serait peu coûteux et prendrait seulement quelques minutes à effectuer. Il serait également acceptable aux personnes devant le remplir, nécessiterait une préparation minimale et entraînerait peu ou aucun inconfort.<sup>143,144</sup>

L'efficacité de différents outils de dépistage peut être évaluée selon la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive de chacun des tests :

- La sensibilité mesure la capacité d'un test de dépistage d'identifier correctement la dermatite de contact professionnelle chez les FSS atteints.

- La spécificité mesure la capacité d'un test de dépistage d'exclure les FSS qui n'ont pas de dermatite de contact professionnelle.
- La valeur prédictive positive fait référence à la probabilité que les FSS ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage de la dermatite de contact professionnelle aient réellement une dermatite de contact professionnelle.
- La valeur prédictive négative fait référence à la probabilité que les FSS ayant obtenu un résultat négatif au test de dépistage de la dermatite de contact professionnelle n'aient réellement pas de dermatite de contact professionnelle.

(Voir [1.11 Composantes d'un programme de soin des mains](#) pour obtenir plus de renseignements sur le dépistage et la surveillance de l'état de la peau.)

#### **Question de recherche n° 7 : Le dépistage prévient-il la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup>

Le dépistage effectué au moyen de questionnaires et (ou) d'examen médicaux a pour but de repérer les FSS à risque de développer une dermatite de contact professionnelle et de détecter la dermatite de contact professionnelle à un moment où l'intervention pourrait avoir des effets bénéfiques. Des résultats positifs à une épreuve de dépistage pourraient indiquer la présence ou la présence probable d'une dermatite de contact professionnelle, et (ou) la nécessité de procéder à des tests épicutanés ou par piqûres dans le cas d'une possible dermatite de contact allergique.

L'utilité du dépistage peut dépendre des connaissances qu'ont les FSS de la dermatite de contact professionnelle. Van der Meer *et al.* ont mis en œuvre une stratégie multidimensionnelle de sensibilisation et de formation des FSS. La compréhension de la différence qui existe entre une peau normale et des symptômes de dermatite de contact professionnelle pourrait avoir mené à la divulgation accrue des dermatites soupçonnées ou à leur meilleure détection au moment du dépistage.<sup>130,132,145-148</sup> L'efficacité du dépistage pour la détection rapide de la dermatite de contact professionnelle en milieu de travail demeure inconnue, tout comme l'efficacité comparative de différentes méthodes de dépistage dans la prévention du développement de la dermatite de contact professionnelle.<sup>49,50</sup>

Étant donné le manque d'éléments de preuve, il n'est pas clair que le dépistage prévienne la dermatite de contact professionnelle (prévention primaire). Il n'est également pas clair que le dépistage ait des effets indirects sur la prévention secondaire ou tertiaire de la dermatite de contact professionnelle (p. ex. effets d'entraînement menant à une conscientisation accrue et à des comportements de protection améliorés).

### **Question de recherche n° 8 : La surveillance de l'état de la peau prévient-elle la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup>

La surveillance de l'état de la peau fait référence à la collecte, à la collation et à l'analyse systématiques des données nominales (p. ex. données relatives aux indemnités des accidents du travail, au dépistage professionnel, aux cliniques de santé au travail), suivies de la transmission opportune des renseignements non nominaux aux personnes qui en ont besoin pour intervenir. Les composantes principales de programmes de surveillance sont les suivantes : identification et collecte périodiques de renseignements sur la santé, évaluation et interprétation de l'information, transmission d'information et adoption de mesures à des fins de prévention.<sup>15</sup>

L'efficacité de la surveillance de l'état de la peau en matière de détection rapide de la dermatite de contact professionnelle en milieu de travail demeure inconnue, tout comme l'efficacité comparative de différentes méthodes de surveillance en matière de prévention du développement de la dermatite de contact professionnelle.<sup>49,50</sup>

Étant donné le manque d'éléments de preuve, il n'est pas possible à l'heure actuelle de formuler des recommandations relatives au rôle de la surveillance de l'état de la peau dans la prévention de la dermatite de contact professionnelle. Selon des experts, les milieux de soins de santé souhaitant mener des activités de surveillance pourraient adopter une approche ciblée de surveillance d'un milieu spécifique à risque élevé ou des effets de l'utilisation d'un nouveau produit dans une zone de travail spécifique (p. ex. surveiller de près le développement de lésions cutanées après avoir changé de désinfectant, d'agent nettoyant ou de savon liquide pour les mains). Des stratégies de surveillance des infections associées aux soins de santé décrites ailleurs pourraient être adaptées et appliquées à la surveillance de la dermatite de contact professionnelle.<sup>149</sup>

### **Question de recherche n° 9 : Le dépistage permet-il un diagnostic plus rapide de la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices du RCP](#).<sup>123,124</sup> Les [lignes directrices du RCP](#) n'incluent aucun élément de preuve permettant d'orienter les recommandations relatives à l'efficacité du dépistage dans la détection rapide de la dermatite de contact professionnelle.

Le CDPMS a présenté des éléments de preuve de l'amélioration considérable du pronostic (c'est-à-dire résorption des symptômes d'eczéma des mains) lorsque l'intervalle entre l'apparition des symptômes de dermatite de contact professionnelle et le diagnostic était de moins d'un an, comparativement à des intervalles de plus d'un an. (Pour obtenir des renseignements additionnels, voir la question de recherche n° [25](#).) Cette conclusion souligne l'importance du diagnostic et de la gestion rapides. Le dépistage de base (au moins une fois par année), jumelé à des activités de sensibilisation et de formation, peut aider la détection rapide de la dermatite de contact professionnelle. Par conséquent, le CDPMS a formulé la recommandation suivante à la lumière des éléments de preuve additionnels associés aux questions de recherche n° [10](#), [24](#), et [25](#).

## Recommandation :

7. Étant donné que le diagnostic rapide de la dermatite de contact dans l'année suivant l'apparition des symptômes peut améliorer l'issue de la maladie, le dépistage systématique (avant l'affectation et à intervalles réguliers) au moyen d'un outil validé et envisageable peut servir à repérer les personnes qui pourraient bénéficier d'une évaluation et d'un diagnostic plus spécialisés. (Cote IIIB; questions de recherche n° [9](#), [10](#), [24](#) et [25](#))

Pour être valide, le CDPMS est d'avis qu'un outil de dépistage de base doit avoir une grande sensibilité et une spécificité modérée ou plus grande. Ces critères ont pour but d'assurer l'identification, avec le plus haut degré de certitude possible, de tous les FSS (grande sensibilité) qui pourraient bénéficier d'un traitement rapide et ainsi peut-être éviter de développer une maladie de peau chronique ayant des conséquences à long terme.

La faisabilité d'un outil de dépistage de base fait référence à la capacité de l'utiliser sans trop de formation (surtout dans le cas de l'auto-dépistage, qui devrait être accessible à tous les niveaux de scolarité), à sa petite taille et à sa facilité d'administration (sans besoin de rendez-vous spécial), à son faible coût, au fait qu'il n'a pas d'effet néfaste sur les FSS évalués et à son degré d'acceptation (p. ex. la culture organisationnelle accorde de l'importance au dépistage).<sup>143,144</sup>

La dermatite de contact professionnelle cause un fardeau économique important sous forme de frais médicaux, de perte de productivité et d'absentéisme.<sup>46</sup> Des recherches futures comparant le coût du dépistage aux économies effectuées grâce au dépistage rapide pourraient aider à orienter les recommandations relatives à la fréquence de dépistage optimale.

**Question de recherche n° 10 : Le dépistage effectué par auto-administration d'un questionnaire (graphique et (ou) axé sur les symptômes) pour repérer les travailleurs susceptibles d'avoir une dermatite de contact professionnelle et les aiguiller vers un dermatologue à des fins d'examen constitue-t-il une solution efficace de rechange au dépistage par inspection de peau effectué par un expert de la santé au travail dûment formé?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices du RCP](#).<sup>123,124</sup> Les [lignes directrices du RCP](#) n'incluent aucun élément de preuve permettant d'orienter les recommandations relatives à l'efficacité du dépistage pour la détection rapide de la dermatite de contact professionnelle, ou à l'efficacité comparative de différentes méthodes de dépistage.

L'utilisation de différentes définitions et de différents outils de dépistage de la dermatite des mains peut mener à différentes estimations de la prévalence. Smit *et al.* ont comparé un diagnostic médical de la dermatite des mains à des diagnostics établis au moyen d'un questionnaire axé sur les symptômes et à un questionnaire d'autodéclaration de la dermatite.<sup>150</sup> Sur 109 infirmières et infirmiers, 20 (18,3 %)

avaient obtenu un diagnostic médical de la dermatite, 52 (27,7 %) avait obtenu un diagnostic fondé sur un questionnaire axé sur les symptômes et 19 (19,4 %) avait obtenu un diagnostic fondé sur un questionnaire d'autodéclaration. Le questionnaire d'autodéclaration affichait une sensibilité inférieure à celle du questionnaire axé sur les symptômes, mais une spécificité et une valeur prédictive plus élevées. Les auteurs ont conclu que le questionnaire axé sur les symptômes pouvait servir à dépister la dermatite des mains, mais que le diagnostic devrait être confirmé au moyen d'une évaluation de confirmation effectuée par un dermatologue. D'autres études<sup>151,152</sup> ont porté sur des variantes du [Nordic Occupational Skin Questionnaire \(NOSQ\)](#) ayant une sensibilité et une spécificité moyennes pour détecter l'eczéma des mains. Dans toutes ces études,<sup>150-152</sup> les auteurs ont laissé entendre que les questionnaires arrivaient bien à exclure les personnes ne nécessitant pas d'examen plus poussé parce qu'elles n'avaient pas de dermatite des mains (valeur prédictive négative élevée), et que toute évaluation de confirmation subséquente devait être effectuée par un dermatologue.

Van Wendel de Joode *et al.* ont évalué deux questionnaires autoadministrés par un groupe de 80 travailleurs exposés à des fluides utilisés pour le travail des métaux.<sup>153</sup> Un questionnaire axé sur les symptômes et une liste graphique de dépistage ont été utilisés pour la détection de la dermatite de contact. Un dermatologue a également examiné 47 des travailleurs. Le questionnaire axé sur les symptômes avait une sensibilité relativement élevée et une spécificité modérée; la liste de dépistage avait une sensibilité faible et une spécificité relativement élevée. Les auteurs ont conclu qu'en raison de sa spécificité élevée (c'est-à-dire peu de faux positifs), la liste de dépistage serait utile dans le cadre de l'administration de sondages épidémiologiques sans suivi par un dermatologue, tandis que le questionnaire axé sur les symptômes serait utile dans la pratique pour identifier les travailleurs ayant des symptômes de dermatite et devant être examinés par un dermatologue à des fins de confirmation du diagnostic (c'est-à-dire repérer les faux positifs).

Nichol *et al.* ont mis à l'essai un court outil de dépistage en milieu de soins aigus à l'intention de FSS s'étant présentés dans une clinique de santé au travail ou ayant été recrutés de secteurs de soins aux patients.<sup>154</sup> L'outil a été autoadministré (N=283) ou rempli en compagnie d'une infirmière ou d'un infirmier de la santé au travail (N=225), et les résultats ont été comparés à ceux du dépistage effectué par un dermatologue. L'outil de dépistage avait cinq sections : données démographiques et caractéristiques en milieu de travail; exposition actuelle à des travaux humides, fréquence du lavage des mains et du port de gants de protection; antécédents de maladies de peau; résultats de dépistage (peau normale, symptômes de léger à modéré); évaluation de la faisabilité. Un guide-photo (non standardisé et présentant des mains de personnes à peau blanche seulement) a été fourni à titre de complément pour aider à la classification de l'eczéma des mains. Une certaine correspondance a pu être observée entre les résultats de l'outil et des évaluations dermatologiques selon que l'outil a été autoadministré ou rempli en compagnie d'une infirmière ou d'un infirmier de la santé au travail. Le manque de correspondance principal se situait entre les résultats indiquant une peau « normale » ou des symptômes « légers ». Néanmoins, 99 % des utilisateurs qualifiaient l'outil de facile à utiliser, et plus de 90 % disaient qu'il prenait moins de deux minutes à remplir. L'outil de dépistage est prometteur, mais des améliorations additionnelles doivent lui être apportées.

## Recommandation :

7. Étant donné que le diagnostic rapide de la dermatite de contact dans l'année suivant l'apparition des symptômes peut améliorer l'issue de la maladie, le dépistage systématique (avant l'affectation et à intervalles réguliers) au moyen d'un outil validé et envisageable peut servir à repérer les personnes qui pourraient bénéficier d'une évaluation et d'un diagnostic plus spécialisés. (Cote IIB; questions de recherche n° [9](#), [10](#), [24](#) et [25](#))

Le CDPMS a conclu à la faisabilité possible d'utiliser des outils de dépistage autoadministrés pour repérer une dermatite de contact professionnelle soupçonnée, à des fins d'évaluation par un dermatologue. Ces outils pourraient être plus efficaces que les inspections de peau effectuées par des experts de la santé au travail dûment formés. Cependant, il demeure essentiel que les FSS chez qui on soupçonne une dermatite consultent un dermatologue pour obtenir un diagnostic officiel. Malheureusement, aucune étude n'a exploré en détail la question de la faisabilité de ces outils.

Étant donné l'obtention de nouveaux éléments de preuve, la recommandation ci-après a été formulée par le CDPMS.

Selon Weistenhofer *et al.*, l'outil quantitatif [Hand Eczema Score for Occupational Screenings \(HEROS\)](#) est efficace pour mesurer l'atteinte minimale de la peau aux premiers stades de l'eczéma des mains.<sup>155</sup> Ce type d'outil pourrait être utile aux experts chargés de mener des évaluations et de poser des diagnostics, mais ne pourrait pas servir d'outil de dépistage en raison de son manque de faisabilité. Le [Hand Eczema Severity Index \(HECSI\)](#), le [Physician's/Investigator's Global Assessment \(PGA or IGA\)](#), et le [Osnabrueck Hand Eczema Severity Index \(OHSI\)](#) sont des exemples additionnels d'outils utilisés pour mener des évaluations et poser des diagnostics d'experts.<sup>156,157</sup>

Voir l'[Annexe F](#) pour obtenir une liste et une courte description des outils de dépistage nommés dans la présente analyse documentaire.

### 2.3.3 Pratiques exemplaires d'hygiène des mains

L'hygiène des mains est un terme général qui fait référence à tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains en milieu de soins de santé consiste à déloger ou à tuer les microorganismes transitoires qui se trouvent sur les mains, et à enlever la saleté visible. L'hygiène des mains est essentielle à la prévention et au contrôle des infections, et constitue une pratique obligatoire pour tous les FSS.

Vous trouverez plus d'information sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans le document du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses intitulé [Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé](#).<sup>82</sup>

### **Question de recherche n° 11 : L'application d'émollients aide-elle à prévenir le développement de la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup>

Les pratiques exemplaires d'hygiène des mains comprennent le fait de fournir au personnel les produits d'hydratation de la peau sans allergènes appropriés (p. ex. sans fragrances ou agents de conservation) et d'encourager leur utilisation régulière et fréquente pour minimiser le développement de la dermatite de contact irritante associée à l'hygiène des mains.<sup>82</sup> Un examen systématique mené dans le contexte des [lignes directrices de la BOHRF](#) révèle que l'application d'émollients (lotions émollientes pour les mains) à intervalles réguliers aide à prévenir le développement de la dermatite de contact professionnelle,<sup>49,50</sup> mais n'a pu faire ressortir de données probantes sur la fréquence ou le moment optimal d'application de ces produits. Les FSS devraient uniquement toucher les distributeurs d'émollients avec les mains propres pour éviter la contamination des distributeurs.

#### **Recommandation :**

13. Les employeurs devraient fournir des lotions émollientes pour les mains en milieu de travail et enseigner aux fournisseurs de soins de santé à les utiliser de façon régulière. (Cote IA; question de recherche n° [11](#))

La présente recherche documentaire n'a pas fait ressortir de nouveaux éléments de preuve. Le CDMSS a accepté la recommandation formulée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#) moyennant de légères modifications.

### **Question de recherche n° 12 : Les crèmes (barrières) protectrices aident-elles à prévenir le développement de la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup>

Les éléments de preuve recueillis sur l'efficacité des crèmes protectrices pour prévenir la dermatite de contact allergique et irritante sont partagés.<sup>49,50</sup> Dans certains milieux professionnels, les crèmes protectrices pourraient en fait accroître le risque de dermatite de contact irritante en coinçant les irritants sous la crème ou en favorisant la pénétration d'irritants sous la peau.<sup>82,158</sup> Le fait de ne pas appliquer correctement la crème protectrice pourrait exacerber l'irritation. Il existe des preuves très limitées à l'appui du fait que les crèmes protectrices pourraient promouvoir le transfert aux mains d'allergènes liés aux gants en latex. De plus, l'application de crèmes protectrices ne protégerait pas les FSS ayant une allergie au latex.<sup>49,50</sup>

Selon un examen systématique mené dans le contexte des [lignes directrices de la BOHRF](#), certaines crèmes protectrices pourraient aider à prévenir le développement de la dermatite de contact professionnelle, mais les crèmes protectrices ne sont généralement pas efficaces comme mesure

préventive.<sup>49,50</sup> Les FSS qui utilisent des crèmes protectrices pourraient avoir une fausse impression de protection faisant en sorte qu'ils n'utilisent pas d'autres mesures de soin des mains plus efficaces.

#### **Recommandation :**

16. Les employeurs ne devraient pas encourager les fournisseurs en milieu de soins de santé à utiliser des crèmes (barrières) protectrices. (Cote IIB; questions de recherche n° [12](#), [16](#) et [18](#))

La présente recherche documentaire n'a révélé aucun nouvel élément de preuve. Le CDMSS a accepté la recommandation formulée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#) moyennant de légères modifications.

#### **Question de recherche n° 13 : Comment peut-on maintenir l'intégrité de la peau au moment d'effectuer l'hygiène des mains afin de minimiser le développement de la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche a été incluse dans l'[Analyse documentaire SICP de HPS](#), qui a servi à la préparation du *Scottish National Infection Prevention and Control Manual* (NIPCM).<sup>89</sup>

L'hygiène des mains fréquente pourrait mener au développement de la dermatite de contact professionnelle étant donné que les agents de surface présents dans les produits d'hygiène des mains pourraient endommager la barrière cutanée. Comparativement à l'eau et au savon, les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) sont des produits d'hygiène des mains moins dommageables. Les FSS devraient utiliser de préférence un DMBA à propriétés émoullientes pour l'hygiène des mains lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées. On doit procéder au lavage des mains à l'eau courante et au savon lorsque les mains sont visiblement souillées.<sup>82</sup> Pour être efficaces contre les microorganismes, y compris les norovirus, les solutions de DMBA devraient avoir une concentration en éthanol ou en isopropanol de 70 % à 90 %.<sup>83</sup> Les concentrations de plus 90 % sont moins capables de dénaturer les protéines, une étape nécessaire pour tuer les microorganismes.<sup>84</sup> Les FSS qualifient généralement l'utilisation de DMBA de très acceptable et tolérable, mais pourraient trouver que les produits contenant de l'alcool causent des picotements. Vous trouverez plus d'information sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans le document du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses intitulé [Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé](#).<sup>82</sup>

Bien que les alcools contenus dans les DMBA aient une puissante activité antibactérienne contre de nombreuses bactéries Gram positifs (p. ex. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline [SARM]) et Gram-négatives, et certains champignons surpassant la capacité d'élimination du savon et de l'eau, ils sont moins efficaces contre les bactéries sporulées, comme le *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) et *Bacillus* spp.<sup>159,160</sup> Lorsqu'un évier réservé au lavage des mains est situé à proximité, les FSS devraient se laver les mains à l'aide d'eau et de savon. Lorsqu'il n'existe aucun évier réservé au lavage des mains à

proximité, ils devraient utiliser du DMBA.<sup>82</sup> Ces directives sont fondées sur une évaluation spéciale du risque lorsqu'on soupçonne la présence d'organismes sporulés. Dans ce cas, on privilégie le lavage des mains à l'eau et au savon plutôt que l'utilisation de DMBA étant donné que les conséquences de la transmission d'infections (sécurité des patients) surpassent tout effet délétère de l'exposition des mains des FSS au savon et à l'eau (santé et sécurité au travail). Dans la plupart des autres circonstances, l'utilisation de DMBA est la méthode privilégiée en raison de sa plus grande capacité d'élimination des microorganismes (sécurité des patients) et du fait qu'elle constitue la méthode d'hygiène des mains la moins nocive (santé et sécurité au travail).

Pour réduire davantage les méfaits que peut entraîner le lavage répété des mains pour les FSS, les employeurs devraient choisir et fournir des essuie-tout absorbants et non abrasifs, et enseigner aux FSS la technique appropriée de séchage des mains (tapotage plutôt que frottage). Aucune analyse comparative d'essuie-tout ni donnée sur leur impact sur l'incidence ou la prévalence de la dermatite de contact professionnelle n'a été passée en revue. Les chercheurs ont recensé un article sur la vérification et l'utilisation de nouveaux essuie-tout, qui indiquait que les FSS préféreraient les essuie-tout de qualité qui étaient plus coûteux.<sup>161</sup>

#### **Recommandation :**

20. Les fournisseurs de soins de santé devraient utiliser de préférence des désinfectants pour les mains à base d'alcool à propriétés émoullientes pour l'hygiène des mains lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées. (Cote IIB; question de recherche n° [13](#))

Le CDMSS a accepté la recommandation formulée dans l'[analyse documentaire SICP de HPS](#) moyennant de légères modifications.

L'[analyse documentaire SICP de HPS](#) présente des éléments de preuve selon lesquels on ne devrait pas se laver les mains immédiatement après avoir utilisé du DMBA.<sup>89</sup> Le lavage des mains pourrait éliminer les effets bénéfiques des émoullients contenus dans les DMBA et favoriser la détérioration de l'état de la peau. Le CDMSS a accepté la recommandation formulée dans l'[analyse documentaire SICP de HPS](#) moyennant de légères modifications.

**Recommandation :**

21. Les fournisseurs de soins de santé ne devraient pas se laver immédiatement les mains après avoir utilisé un désinfectant pour les mains à base d'alcool. (Cote IIIA; question de recherche n° [13](#))

**Recommandation :**

17. Des crèmes ou lotions émoullientes hypoallergènes pour les mains devraient être utilisées à intervalles réguliers. Les crèmes et lotions devraient être appliquées sur toute la surface des mains, y compris entre les doigts et sur le dos des mains. (Cote IIA; question de recherche n° [13](#))

L'[analyse documentaire SICP de HPS](#) a également présenté des preuves à l'appui du fait que le lavage des mains pouvait faire entrave au rôle des crèmes pour les mains à propriétés émoullientes dans le maintien de l'intégrité de la peau.<sup>89</sup> Toutes les études retenues recommandaient d'utiliser des crèmes pour les mains à propriétés émoullientes tout au long du quart de travail (p. ex. au moment des pauses et après s'être lavé les mains avec de l'eau et du savon) et hors des heures de travail (avant et après) afin de prévenir la dermatite de contact irritante causée par l'hygiène des mains fréquente, et d'appliquer ces crèmes sur toute la surface des mains, y compris entre les doigts et sur le dos des mains.<sup>89</sup> De plus, les FSS devraient seulement utiliser des distributeurs d'émoullients lorsqu'ils ont les mains propres pour éviter de contaminer les distributeurs. Le CDMSS a accepté la recommandation formulée dans l'[analyse documentaire SICP de HPS](#) moyennant de légères modifications.

Les crèmes pour les mains sélectionnées ne devraient pas nuire à l'efficacité des produits d'hygiène des mains ou à l'intégrité des gants. Par exemple, les produits à base d'huile peuvent réduire l'intégrité des gants en latex.<sup>89</sup> Le CDMSS a accepté la recommandation formulée dans l'[analyse documentaire SICP de HPS](#) moyennant de légères modifications.

**Recommandations :**

18. Les crèmes et lotions émoullientes pour les mains utilisées en milieu de soins de santé ne doivent pas nuire à l'efficacité des produits d'hygiène des mains ou des gants utilisés. (Cote IIIA; question de recherche n° [13](#))

15. Les pots et tubes de crème et de lotion à usage collectif sont à proscrire. (Cote IIA; question de recherche n° [13](#))

L'[analyse documentaire SICP de HPS](#) a présenté des preuves selon lesquelles on ne devrait jamais utiliser

des pots de crème pour les mains à usage collectif étant donné leur potentiel de contamination.<sup>89</sup> Le CDMSS a accepté la recommandation formulée dans l'[analyse documentaire SICP de HPS](#) moyennant de légères modifications.

Les produits utilisés pour le lavage ou le soin des mains devraient être fournis dans des distributeurs à recharges scellées à usage unique, et non dans des contenants réutilisables, afin de limiter le risque de contamination et de réduire la propagation de microorganismes. Zapka *et al.* ont déterminé que l'utilisation de distributeurs à savon à main en vrac qui étaient contaminés entraînait une augmentation des bactéries sur les mains.<sup>162</sup> À l'inverse, le fait de se laver les mains avec du savon obtenu de distributeurs à recharges scellées réduit de façon considérable les bactéries se trouvant sur les mains.

Dans les milieux de soins de santé, les émoullients devraient être fournis sous forme de lotions. Dans ces milieux, les FSS peuvent utiliser des crèmes pour les mains à propriétés émoullientes s'ils en ont l'approbation, et s'ils obtiennent des directives sur la façon de les utiliser d'un professionnel de la santé. Ces directives devraient tenir compte des questions relatives à la prévention des infections étant donné que les contenants ou tubes dans lesquels ces crèmes pour les mains sont généralement fournies sont susceptibles d'être contaminés et de constituer une source de transmission s'ils sont utilisés par plus d'une personne. Pour éviter la contamination, les FSS devraient utiliser les distributeurs d'émoullients lorsqu'ils ont les mains propres uniquement. Le CDPMS a ajouté la recommandation ci-après sur les distributeurs de lotions pour les mains à propriétés émoullientes.

#### **Recommandation :**

14. Pour prévenir la contamination, les établissements devraient veiller à ne jamais réutiliser les distributeurs ou flacons pompes de lotions émoullientes pour les mains, ou y ajouter du produit en cours d'utilisation. (Cote IIA; question de recherche n° [13](#))

**Question de recherche n° 14 : Le respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains, et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, améliore-t-il la prévention primaire de la dermatite en milieu de travail?**

**Question de recherche n° 15 : Comment se comparent les différentes pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, sur le plan de la prévention primaire de la dermatite de contact professionnelle?**

Ces questions de recherche sont fondées sur une recommandation formulée dans les [lignes directrices du RCP](#) relativement à l'élaboration future de lignes directrices.<sup>123,124</sup>

Aucune recommandation n'a été formulée relativement à la question de recherche n° [15](#) compte tenu du manque d'éléments de preuve permettant de comparer l'efficacité de différentes pratiques exemplaires d'hygiène des mains sur le plan de la prévention primaire. La recommandation relative à la question de recherche n° [14](#) inclut des éléments de preuve liés aux questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [13](#), [16](#) et [18](#). La recommandation de la BOHRF relative à la question de recherche n° [4](#) a été modifiée par le CDPMSS pour y inclure cette preuve.

### **Recommandation :**

12. Les employeurs devraient fournir en permanence des séances de sensibilisation et de formation, des renseignements, des ressources et des produits susceptibles de réduire l'incidence et la prévalence de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé. Il est recommandé de mettre en œuvre un programme multidimensionnel d'hygiène des mains pour favoriser la modification des comportements. Le programme devrait inclure des activités ciblées et soutenues de sensibilisation et de formation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains, un volet de soin des mains qui inclut des enseignements sur l'autodépistage et la divulgation de la dermatite, des consignes sur la sélection et l'utilisation appropriées des gants et des crèmes et lotions émoullientes pour les mains, et un accès facile aux crèmes et lotions émoullientes pour les mains, produits d'hygiène des mains et gants appropriés. (Cote IIA; questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [14](#), [16](#), et [18](#))

**Question de recherche n° 16 : Le respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, améliore-t-il la prévention secondaire de la dermatite en milieu de travail?**

**Question de recherche n° 17 : Comment se comparent les différentes pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, sur le plan de la prévention secondaire de la dermatite de contact professionnelle?**

Ces questions de recherche figurent dans les [lignes directrices du RCP](#).<sup>123,124</sup>

Les [lignes directrices de la BOHRF](#) offrent des preuves à l'appui du fait que les crèmes protectrices n'améliorent pas l'état de la peau des travailleurs ayant des lésions cutanées.<sup>49,50</sup> Les [lignes directrices de la BOHRF](#) ne contiennent aucune recommandation à cet égard. Les [lignes directrices du RCP](#) présentent des preuves à l'appui du fait que les crèmes protectrices utilisées en milieu de travail par des

personnes ayant des lésions cutanées ne sont pas plus efficaces que les crèmes sans propriété protectrice pour améliorer les indicateurs cliniques de l'état de la peau.<sup>123,124</sup>

La recommandation ci-après a été formulée par le CDPMSS. (Voir la question de recherche n° [12](#) pour obtenir davantage de renseignements sur l'utilisation de crèmes protectrices.)

**Recommandation :**

16. Les employeurs ne devraient pas encourager les fournisseurs en milieu de soins de santé à utiliser des crèmes (barrières) protectrices. (Cote IIB; questions de recherche n° [12](#), [16](#) et [18](#))

Les [lignes directrices de la BOHRF](#) présentent des preuves à l'appui du fait que les lotions émoullientes pour les mains améliorent l'état de la peau des travailleurs ayant des lésions cutanées,<sup>49,50</sup> y compris une étude faisant état d'une amélioration de 23 % à la suite de l'utilisation d'émoullissants à des fins prophylactiques.<sup>49,50</sup> Les [lignes directrices du RCP](#) indiquent également que les émoullissants améliorent l'état de la peau des FSS ayant des lésions cutanées.<sup>123,124</sup> (Voir [1.11 Composantes d'un programme de soin des mains.](#))

**Recommandation :**

19. Les employeurs devraient aviser leurs fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite d'utiliser au travail des crèmes ou lotions émoullientes pour les mains qui sont hypoallergènes. (Cote IIIA; questions de recherche n° [16](#) et [18](#))

La présente recherche documentaire a fait ressortir de nouveaux éléments de preuve conformes à la recommandation formulée dans les [lignes directrices du RCP](#); le CDPMSS a accepté la recommandation du RCP moyennant des modifications légères.

Selon les [lignes directrices du RCP](#), la question de l'efficacité des crèmes protectrices est controversée.<sup>123,124</sup> Il est difficile de déterminer l'efficacité de ces crèmes en raison de la variabilité de leur mode d'utilisation, de l'incertitude par rapport aux taux de pénétration et du fait qu'il est difficile d'établir la durée de toute efficacité observée.

Il a aussi été démontré que les DMBA sont moins dommageables pour la peau des personnes ayant aucun symptôme, ou uniquement des symptômes légers à modérés d'eczéma des mains, que le savon ou les agents antiseptiques traditionnels utilisés pour le lavage des mains.<sup>123,124</sup> Les recommandations relatives à l'utilisation de DMBA qui s'adressent aux FSS ayant besoin de mesures de prévention tertiaire (c'est-à-dire les personnes ayant des symptômes modérés à graves d'eczéma des mains) sont

différentes. (Voir [1.13 Pratiques exemplaires d'hygiène des mains et port de gants, selon la gravité de la dermatite](#) et les questions de recherche n° [13](#) et [18](#).)

#### **Recommandation :**

22. Les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite devraient utiliser des désinfectants pour les mains à base d'alcool à propriétés émollientes, s'ils les tolèrent, lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées. Les fournisseurs chez qui l'hygiène des mains cause de l'inconfort devraient faire l'objet d'une évaluation individuelle, de préférence effectuée par un professionnel de la santé au travail. (Cote IIB; questions de recherche n° [16](#) et [18](#))

Les [lignes directrices du RCP](#) font état d'éléments de preuve contradictoires de l'efficacité des programmes exhaustifs de soins de la peau chez les travailleurs ayant une dermatite existante. L'inclusion aux groupes d'étude de sujets ayant une dermatite et de sujets n'ayant pas de dermatite au moment de la prise des valeurs de référence est venue compliquer l'interprétation de ces preuves. Des améliorations considérables ont été rapportées dans une étude, mais pas dans une autre.<sup>123,124</sup>

Aucune recommandation n'a été formulée relativement à la question de recherche n° [17](#) étant donné le manque de preuves permettant de déterminer quelles composantes des programmes multidimensionnels ont le plus d'effets. Les recommandations relatives à la question de recherche n° [16](#) incluent des éléments de preuve additionnels liés aux questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [13](#), [14](#) et [18](#). La recommandation de la BOHRF relative à la question de recherche n° [4](#) a été modifiée par le CDPMSS pour y inclure cette preuve.

#### **Recommandation :**

12. Les employeurs devraient fournir en permanence des séances de sensibilisation et de formation, des renseignements, des ressources et des produits susceptibles de réduire l'incidence et la prévalence de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé. Il est recommandé de mettre en œuvre un programme multidimensionnel d'hygiène des mains pour favoriser la modification des comportements. Le programme devrait inclure des activités ciblées et soutenues de sensibilisation et de formation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains, un volet de soin des mains qui inclut des enseignements sur l'autodépistage et la divulgation de la dermatite, des consignes sur la sélection et l'utilisation appropriées des gants et des crèmes et lotions émollientes pour les mains, et un accès facile aux crèmes et lotions émollientes pour les mains, produits d'hygiène des mains et gants appropriés. (Cote IIA; questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [14](#), [16](#) et [18](#))

**Question de recherche n° 18 : Le respect des pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, améliore-t-il la prévention tertiaire de la dermatite en milieu de travail?**

**Question de recherche n° 19 : Comment se comparent les différentes pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, sur le plan de la prévention tertiaire de la dermatite de contact professionnelle?**

Ces questions de recherche figurent dans les [lignes directrices de la BOHRF](#)<sup>49,50</sup> et les [lignes directrices du RCP](#).<sup>123,124</sup>

Les [lignes directrices de la BOHRF](#) offrent des preuves à l'appui du fait que les crèmes protectrices n'améliorent pas l'état de la peau des travailleurs ayant des lésions cutanées.<sup>49,50</sup> Les [lignes directrices de la BOHRF](#) ne contiennent aucune recommandation à cet égard. Les [lignes directrices du RCP](#) offrent des preuves à l'appui du fait que les crèmes protectrices utilisées en milieu de travail par des personnes ayant des lésions cutanées ne sont pas plus efficaces que les crèmes sans propriété protectrice pour améliorer les indicateurs cliniques de l'état de la peau.<sup>123,124</sup>

La recommandation ci-après a été formulée par le CDPMSS. (Voir la question de recherche n° [12](#) pour obtenir davantage de renseignements sur l'utilisation de crèmes protectrices.)

#### **Recommandation :**

16. Les employeurs ne devraient pas encourager les fournisseurs en milieu de soins de santé à utiliser des crèmes (barrières) protectrices. (Cote IIB; questions de recherche n° [12](#), [16](#) et [18](#))

Les [lignes directrices de la BOHRF](#) présentent des preuves à l'appui du fait que les lotions émoullientes pour les mains améliorent l'état de la peau des travailleurs ayant des lésions cutanées,<sup>49,50</sup> y compris une étude faisant état d'une amélioration de 23 % à la suite de l'utilisation d'émoullients à des fins prophylactiques.<sup>49,50</sup> Les [lignes directrices du RCP](#) indiquent également que les émoullients améliorent l'état de la peau des FSS ayant des lésions cutanées.<sup>123,124</sup> (Voir [1.13 Pratiques exemplaires d'hygiène des mains et port de gants, selon la gravité de la dermatite](#) et les questions de recherche n° [13](#) et [16](#).)

### Recommandation :

19. Les employeurs devraient aviser leurs fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite d'utiliser au travail des crèmes ou lotions émoullientes pour les mains qui sont hypoallergènes. (Cote IIIA; questions de recherche n° [16](#) et [18](#))

La présente recherche documentaire a fait ressortir de nouveaux éléments de preuve conformes aux recommandations formulées dans les [lignes directrices du RCP](#); le CDPMSS a accepté la recommandation du RCP moyennant des modifications légères.

Les programmes qui font la promotion des activités de sensibilisation et de formation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains, dont la mise en œuvre d'un programme de soin des mains et la sélection et l'utilisation appropriées des gants, mènent à des améliorations sur le plan des indicateurs de la qualité de vie comme le maintien en emploi (p. ex. le fait d'éviter une réorientation professionnelle, la perte d'emploi ou le départ à la retraite), les symptômes de troubles mentaux, les activités de la vie personnelle et les congés de maladie. Les améliorations à l'état de la peau sont également associées à des améliorations de ces indicateurs. (Pour obtenir des renseignements supplémentaires, voir la question de recherche n° [27](#).)

Aucune recommandation n'a été formulée relativement à la question de recherche n° [19](#) étant donné le manque d'éléments de preuve permettant de déterminer quelles composantes des programmes multidimensionnels ont le plus d'effet.

Les recommandations relatives à la question de recherche n° [19](#) incluent des éléments de preuve additionnels liés aux questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [13](#), [14](#), et [16](#). La recommandation de la BOHRF relative à la question de recherche [4](#) a été modifiée par le CDPMSS pour y inclure cette preuve.

## Recommandations :

12. Les employeurs devraient fournir en permanence des séances de sensibilisation et de formation, des renseignements, des ressources et des produits susceptibles de réduire l'incidence et la prévalence de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé. Il est recommandé de mettre en œuvre un programme multidimensionnel d'hygiène des mains pour favoriser la modification des comportements. Le programme devrait inclure des activités ciblées et soutenues de sensibilisation et de formation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains, un volet de soin des mains qui inclut des enseignements sur l'autodépistage et la divulgation de la dermatite, des consignes sur la sélection et l'utilisation appropriées des gants et des crèmes et lotions émoullientes pour les mains, et un accès facile aux crèmes et lotions émoullientes pour les mains, produits d'hygiène des mains et gants appropriés. (Cote IIA; questions de recherche n° [4](#), [5](#), [6](#), [14](#), [16](#) et [18](#))

22. Les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite devraient utiliser des désinfectants pour les mains à base d'alcool à propriétés émoullientes, s'ils les tolèrent, lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées. Les fournisseurs chez qui l'hygiène des mains cause de l'inconfort devraient faire l'objet d'une évaluation individuelle, de préférence effectuée par un professionnel de la santé au travail. (Cote IIB; questions de recherche n° [16](#) et [18](#))

Les pratiques exemplaires d'hygiène des mains pourraient ne pas être suffisantes dans le cas des personnes nécessitant des mesures tertiaires, étant donné la gravité de leurs symptômes. Dans ces cas plus graves, on pourrait devoir élaborer des plans individuels de prévention plus spécialisés et intensifs. En particulier, l'apport de modifications en milieu de travail pour limiter l'exposition, la réaffectation, l'usage systématique de sous-gants de coton, et un traitement médical seraient probablement requis. Les éléments de preuve de l'amélioration de la prévention tertiaire de la dermatite au travail au moyen des composantes des pratiques exemplaires d'hygiène des mains, des programmes de soin des mains et de la sélection et l'utilisation appropriées de gants ne sont pas suffisants pour déterminer lesquelles de ces composantes sont les plus importantes lorsqu'il s'agit d'améliorer la prévention tertiaire de la dermatite en milieu de travail. À la lumière des nouveaux éléments de preuve recueillis et opinions d'experts, le CDPMS a formulé la recommandation ci-après.

### Recommandation :

6. Des programmes de prévention spécialisés, individuels et intensifs, qui comprennent l'apport de modifications en milieu de travail, devraient être mis en œuvre pour les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite de contact professionnelle modérée ou grave. Ces programmes devraient reposer sur des approches visant l'amélioration de la santé physique et mentale. (Cote IIIB; questions de recherche n° [18](#), [20](#) et [27](#))

## 2.3.4 Réaffectation et apport de modifications en milieu de travail

### Question de recherche n° 20 : De quels éléments de preuve dispose-t-on des avantages de l'apport de modifications en milieu de travail pour la prévention tertiaire de la dermatite de contact professionnelle?

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup> Les recherches menées dans le cadre de ces lignes directrices ont fait ressortir peu d'études traitant de la prévention secondaire ou tertiaire.

Une vaste étude et une série de cas n'ont démontré aucune amélioration clinique à la suite de l'apport de modifications en milieu de travail (p. ex. conseils relatifs aux pratiques de travail et équipement de protection individuelle).

Cinq études ont fait part d'améliorations cliniques à la suite de l'apport de modifications en milieu de travail qui comprenaient des mesures de contrôle de l'exposition ou l'utilisation d'équipement de protection individuelle.<sup>49,50</sup>

Comme on l'indique à la question de recherche n° [23](#), les gants peuvent être dommageables pour les mains s'ils ne sont pas utilisés de la bonne façon. Les sous-gants de coton pourraient offrir une certaine protection contre les effets néfastes potentiels du port de gants.<sup>49,50</sup>

Le CDPMS n'a trouvé aucune étude portant sur l'utilisation de sous-gants de coton comme seul moyen d'améliorer l'état des mains, mais a repéré des études qui recommandaient leur usage dans le cadre d'un programme de prévention individuel général.

Mälkönen *et al.* ont examiné les effets de la modification des tâches (p. ex. changements aux tâches/méthodes de travail et à l'exposition, et (ou) utilisation de gants de protection) et du changement d'emploi/de profession sur le pronostic, six mois et de 7 à 14 ans après l'obtention d'un diagnostic de maladie de peau professionnelle.<sup>141,163</sup> D'indiquer les auteurs, 27 % des travailleurs ayant modifié leurs tâches rapportaient que leur eczéma des mains s'était résorbée six mois après le diagnostic, comparativement à 17 % des travailleurs qui n'avaient apporté aucune modification à leurs

tâches. Des travailleurs ayant changé de profession ou changé ou perdu leur emploi, 34 % à 43 % avaient vu leur eczéma disparaître.

Chen *et al.* ont exploré les effets bénéfiques de l'apport de modifications en milieu de travail chez un petit groupe d'infirmières et d'infirmiers dans le cadre d'un programme multidimensionnel et multidisciplinaire de retour au travail.<sup>126</sup> Le programme a permis à la plupart des infirmières et infirmiers de reprendre la prestation de soins aux patients moyennant certaines modifications. Avant la mise en œuvre du programme, six des sujets (33 %) prodiguaient des soins aux patients moyennant certaines modifications et 12 (67 %) occupaient des postes sans prestation de soins aux patients. Aucun des sujets n'était en congé de maladie. À la suite du programme, 14 (78 %) des sujets ont repris les soins directs aux patients moyennant certaines modifications, 3 (17 %) occupaient des postes sans prestation de soins aux patients et 1 (6 %) sujet ne travaillait plus en raison de sa maladie de peau.

### **Recommandations :**

2. En cas de diagnostic incertain ou de dermatite persistante malgré l'évaluation clinique et le traitement effectué par le professionnel de la santé, un médecin ayant une expertise relative à la dermatite de contact professionnelle devrait évaluer le FSS pour recommander un traitement approprié et des modifications à apporter en milieu de travail. (Cote III B; questions de recherche [3](#), [20](#) et [26](#))
  
6. Des programmes de prévention spécialisés, individuels et intensifs, qui comprennent l'apport de modifications en milieu de travail, devraient être mis en œuvre pour les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite de contact professionnelle modérée ou grave. Ces programmes devraient reposer sur des approches visant l'amélioration de la santé physique et mentale. (Cote III B; questions de recherche [18](#), [20](#) et [27](#))

La présente recherche documentaire a fait ressortir de nouveaux éléments de preuve conforme à la recommandation formulée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#). Le CDPMS a accepté la recommandation de la BOHRF moyennant de légères modifications qui tenaient également compte d'éléments de preuve liés aux questions de recherche n° [3](#), [18](#), [26](#) et [27](#).

**Question de recherche n° 21 : De quels éléments de preuve dispose-t-on des avantages de la réaffectation pour la prévention tertiaire de la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup>

Par réaffectation, on entend la mutation temporaire ou permanente d'employés à d'autres unités ou postes au sein de l'organisation, à titre de solution de rechange au licenciement, lorsqu'il n'est plus possible d'assurer la santé et la sécurité de ces employés dans leur poste actuel.

Les [lignes directrices de la BOHRF](#) font état de quelques études seulement portant sur l'issue de la réaffectation comme stratégie d'élimination des symptômes existants de dermatite. Certaines études ne rapportaient aucune amélioration clinique, tandis que d'autres faisaient état de l'amélioration des symptômes lorsque la réaffectation était jumelée à l'adoption de mesures de contrôle de l'exposition.<sup>49,50</sup>

Mälkönen *et al.* se sont penchés sur la réaffectation en ce qui a trait aux conséquences des maladies de peau d'origine professionnelle.<sup>141,163</sup> L'absence de modifications aux tâches (p. ex. changements aux tâches/méthodes de travail et à l'exposition, et (ou) utilisation de gants de protection) constituait un important facteur de maintien de l'eczéma des mains. Les participants qui ont été réaffectés (ayant changé de poste) ou qui ont changé de profession ont montré des signes de résorption accrue de l'eczéma des mains six mois après le diagnostic. Les travailleurs ayant changé d'emploi étaient deux fois plus susceptibles que ceux n'ayant pas changé d'emploi de rapporter la résorption de leur maladie de peau.

Un programme multidimensionnel et multidisciplinaire de retour au travail a eu pour effet d'améliorer à un point tel l'état des mains de la plupart des FSS que ceux-ci ont pu reprendre le travail moyennant certaines modifications. Des 18 FSS participants restants, seulement trois ont été réaffectés et un a ultimement perdu son emploi.<sup>126</sup>

#### **Recommandation :**

5. En cas d'apport de modifications infructueuses en milieu de travail, la réaffectation du fournisseur de soins de santé devrait être envisagée comme prochaine étape avant sa réorientation professionnelle, la perte de son emploi ou son départ à la retraite. (Cote III B; question de recherche n° [21](#))

La présente recherche documentaire a fait ressortir de nouveaux éléments de preuve conformes à la recommandation formulée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#). Le CDPMS a accepté la recommandation de la BOHRF moyennant certaines modifications.

## 2.4 Équipement de protection individuelle

Dernière mesure à envisager dans la hiérarchie des mesures de contrôle de l'exposition, l'équipement de protection individuelle peut assurer une protection lorsqu'il est sélectionné et porté correctement, retiré de façon sécuritaire et remplacé ou entretenu régulièrement. Les gants sont un accessoire indispensable pour les FSS, mais ne remplacent pas le besoin de pratiquer l'hygiène des mains. (Voir

[1.12 Port de gants](#), ainsi que les [Annexe A](#), [C](#), [D](#) et [E](#) pour obtenir plus de renseignements sur la sélection et l'utilisation appropriées des gants et sous-gants de coton.)

**Question de recherche n° 22 : Le port d'équipement de protection individuelle (c.-à-d. gants [y compris des sous-gants de coton]) permet-il de réduire l'incidence de la dermatite de contact professionnelle?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup> Selon l'examen systématique sur lequel reposent [lignes directrices de la BOHRF](#), les FSS devraient porter des gants uniquement lorsqu'ils sont requis pour le contrôle de l'exposition, après qu'on a envisagé d'autres méthodes de prévention comme la réduction de l'exposition, la sensibilisation et la formation, et la prestation d'un programme de soin des mains.<sup>49,50</sup>

**Recommandation :**

8. Les employeurs devraient mettre les gants appropriés à la disposition des fournisseurs de soins de santé qui ne peuvent pas éliminer le risque de développer la dermatite de contact professionnelle en cessant l'exposition aux agents responsables. (Cote IIA; question de recherche n° [22](#))

La présente recherche documentaire n'a pas fait ressortir de nouveaux éléments de preuve. Le CDMSS a accepté la recommandation formulée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#) moyennant de légères modifications.

Des effets négatifs de l'utilisation à long terme de gants occlusifs sur la fonction de la barrière cutanée ont été rapportés, particulièrement lorsque l'occlusion est importante et que le port de gants est jumelé à l'exposition à des irritants de la peau comme le savon et les détergents.<sup>104</sup> L'occlusion retient l'humidité contre la peau, ce qui ramollit la peau et accroît sa sensibilité aux irritants. Les additifs chimiques entrant dans la composition des gants, dont les accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc comme les benzothiazoles et les thiurames, peuvent aussi contribuer à l'irritation de la peau,<sup>164</sup> tandis que les gants en latex de caoutchouc naturel ont été associés à la dermatite de contact professionnelle et à l'urticaire.<sup>49,50</sup>

Ramsing et Agner ont mesuré les conséquences du port de gants à long terme sur la peau intacte. Les sujets de leur étude ont porté des gants hypoallergènes sans latex, avec ou sans sous-gants de coton, pendant 14 jours, à raison de 6 heures par jour.<sup>165</sup> Le port de gants a eu un effet négatif considérable sur la fonction barrière de la peau, mesuré sous forme de baisse de la perte d'eau transépidermique. De conclure les auteurs, le port de gants pourrait jouer un rôle important dans le développement de la dermatite de contact irritante et devrait être effectué le moins longtemps possible. Le port de sous-

gants de coton a permis de prévenir la baisse de la perte d'eau transépidermique. (Pour obtenir plus de renseignements sur la sélection et l'utilisation des sous-gants de coton, voir l'[Annexe E.](#))

Compte tenu de cette preuve additionnelle, le CDPMSS a formulé la recommandation ci-après.

### **Recommandation :**

10. Lorsqu'on ne peut pas réduire ou éliminer l'usage de gants occlusifs, l'utilisation de sous-gants de coton pourrait diminuer l'incidence de dermatite de contact professionnelle. (Cote III B; question de recherche n° [22](#))

### **Question de recherche n° 23 : De quels éléments de preuve dispose-t-on des avantages du port d'équipement de protection individuelle (c.-à-d. gants [y compris des sous-gants de coton]) pour la prévention tertiaire de la dermatite de contact professionnelle? <sup>49</sup>**

Cette question de recherche a été incluse dans les [lignes directrices de la BOHRF](#) dans le cadre d'une évaluation des effets bénéfiques de la réaffectation, de l'apport de modifications en milieu de travail et de l'utilisation d'équipement de protection individuelle.<sup>49,50</sup> Dans des études portant sur les travailleurs de la métallurgie et de l'industrie pharmaceutique, le port de gants comme mesure de contrôle de l'exposition a permis de limiter les symptômes et d'assurer le retour au travail de travailleurs atteints.<sup>49,50</sup> Aucune information sur la gravité des symptômes n'a été fournie. Vu le risque d'accroître les effets néfastes du port de gants chez les travailleurs aux prises avec une dermatite modérée à grave, on doit faire preuve de prudence au moment de recommander le port de gants dans le contexte de la prévention tertiaire. Les [lignes directrices de la BOHRF](#) offrent des preuves à l'appui des effets protecteurs des sous-gants contre le développement de la dermatite de contact professionnelle dans les cas où il est impossible d'éviter le port de gants; cependant, il n'existe aucune preuve de l'efficacité des sous-gants de coton dans le contexte de la prévention tertiaire.<sup>49,50</sup>

Des preuves récentes indiquent que le port de gants de protection prévient l'exposition à des irritants ou allergènes, et peut donc mener à l'amélioration de l'état de la peau. Cette amélioration des symptômes et de la gestion de la maladie a été notée dans des études traitant de l'utilisation de gants de protection et (ou) de sous-gants de coton, en combinaison avec d'autres stratégies d'amélioration de la peau.<sup>68,125-128</sup>

Un essai contrôlé randomisé encourage le port de gants, mais les auteurs ne font pas mention de l'effet indépendant du port de gants sur la réduction de la prévention et de la gravité des maladies de peau.<sup>68,128</sup> Dans le cadre d'une autre étude, l'adoption de mesures de retour au travail qui incluaient la modification des tâches, le port de gants de protection et l'utilisation de sous-gants de coton a permis à des infirmiers et infirmières de se remettre à offrir des soins aux patients;<sup>126</sup> cependant, étant donné le caractère multimodal de la solution apportée, il n'a pas été possible d'établir d'associations entre les mesures individuelles de protection.

D'autres études récentes ont donné des preuves partagées de l'efficacité des gants pour protéger contre l'exposition.<sup>125,127</sup> Les différences sur le plan des symptômes au moment de la collecte de donnée pourraient expliquer ces résultats partagés. Par exemple, il pourrait sembler que les travailleurs étaient moins enclins à adopter des comportements de protection, comme le port de gants ou de sous-gants de coton, si la collecte de donnée avait lieu durant des périodes d'amélioration des symptômes.

En raison du peu d'éléments de preuve à notre disposition, il est difficile de déterminer si le port de gants améliore ou aggrave les symptômes. D'un côté, des affections de la peau peuvent se développer ou s'aggraver si les gants sélectionnés ne sont pas appropriés pour protéger contre l'exposition (p. ex. réactivité des gants en latex et des produits à base d'huile), si l'état de la peau est le résultat d'une réaction allergique aux matériaux entrant dans la fabrication des gants, ou si le port prolongé de gants est à l'origine de l'irritation de la peau. D'un autre côté, si les gants sont sélectionnés et utilisés de façon appropriée dans le but d'éviter ces situations, il se pourrait qu'ils aident à prévenir ou à réduire les symptômes.

#### **Recommandation :**

11. Lorsqu'il est indiqué de porter des gants, les employeurs devraient fournir des sous-gants de coton aux fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite de main, accompagnés de consignes sur la façon de les utiliser. (Cote IIB; question de recherche n° [23](#))

Dans le cadre des recherches futures sur les effets bénéfiques du port de gants et de sous-gants de coton, il pourrait être utile de mesurer l'incidence du port de gants lorsque leur utilisation est indiquée et chez les sujets d'étude ayant ou non des symptômes. Il serait également utile de déterminer si le port de sous-gants de coton a un effet négatif sur la dextérité manuelle nécessaire pour exécuter certaines tâches de FSS. Les FSS pourraient être moins enclins à porter des sous-gants de coton si ces derniers nuisent à la dextérité manuelle requise. (Pour obtenir plus de renseignements sur la sélection et l'utilisation des sous-gants de coton, voir l'[Annexe E.](#))

Le CDPMS a formulé la recommandation additionnelle ci-après.

## 2.5 Diagnostics cliniques

**Question de recherche n° 24 : Dans quelle mesure les critères de diagnostic de la dermatite de contact professionnelle permettent-ils de distinguer de la dermatite de contact non professionnelle ou d'une autre maladie de la peau?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup>

L'établissement d'un diagnostic clinique approprié nécessite d'effectuer un bilan complet des antécédents personnels et professionnels, de procéder à un examen clinique et, le cas échéant, de mener tests épicutanés ou par piqûres.<sup>49</sup>

### 2.5.1 Antécédents professionnels et personnels

Pour diagnostiquer correctement la dermatite de contact professionnelle, il est nécessaire d'effectuer un bilan complet des antécédents personnels et professionnels. L'établissement de la relation temporelle entre l'exposition en milieu de travail et l'apparition des signes et symptômes peut permettre de déterminer si la dermatite de contact professionnelle a été causée ou exacerbée par l'exposition à une substance quelconque.<sup>153</sup> L'exposition à des substances en milieu de travail peut venir exacerber une dermatite préexistante, ce qui complique le travail de déterminer si les symptômes manifestes sont dus uniquement à une exposition en milieu de travail.<sup>153</sup> La vérification d'antécédents non professionnels peut aider à déterminer dans quelle mesure la situation est attribuable au travail. Cependant, le fait que la dermatite peut prendre une forme chronique rend moins évident son association au milieu de travail et plus difficile son diagnostic clinique. L'amélioration des symptômes à l'extérieur du milieu de travail pourrait laisser entendre que la maladie est d'origine professionnelle, mais ce n'est pas toujours le cas. Les critères de Mathias ont été conçus à des fins d'utilisation quand le lien qu'entretient la dermatite de contact avec le milieu de travail n'est pas clair.<sup>166,167</sup> Ces critères sont souvent utilisés dans la pratique bien qu'aucune évaluation de leur usage répandu n'ait été effectuée.

#### Recommandations :

1. Les professionnels de la santé devraient obtenir tous les antécédents professionnels, ainsi que les antécédents non professionnels pertinents des FSS qui ont une éruption cutanée, en posant notamment aux FSS des questions sur leur emploi, le matériel utilisé en milieu de travail, le lieu de l'éruption et tout lien temporel avec le travail. Le professionnel de la santé devrait procéder à une évaluation clinique pour orienter le traitement et les modifications à apporter en milieu de travail. (Cote IIA; questions de recherche [24](#) et [26](#))
3. Tout diagnostic de dermatite de contact professionnelle devrait être confirmé par un médecin (p. ex. dermatologue) possédant les connaissances, les compétences et la formation nécessaires pour diagnostiquer cette maladie avec un degré raisonnable d'exactitude (en exécutant les tests objectifs requis au besoin), sans prendre uniquement en compte les antécédents compatibles. (Cote IIA; question de recherche [24](#))

La présente recherche documentaire a fait ressortir de nouveaux éléments de preuve conformes à la recommandation formulée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#). Le CDPMS a accepté la recommandation de la BOHRF moyennant de légères modifications qui tenaient également compte d'éléments de preuve liés à la question de recherche n° [26](#).

## 2.5.2 Tests épicutanés

Les résultats de tests épicutanés peuvent être douteux ou trompeurs. De plus, l'interprétation des résultats de ces tests peut revêtir une dimension subjective, même chez les personnes ayant une expertise en la matière. Un test positif peut indiquer une sensibilité liée ou non à la maladie. Les réactions positives peuvent parfois être multiples. Ce phénomène, appelé « syndrome de la peau excitable » survient le plus souvent chez les personnes ayant une dermatite très active et peut entraîner des résultats faux positifs.<sup>168</sup> À l'inverse, des résultats faux négatifs peuvent se produire quand une substance causant régulièrement la dermatite chez le travailleur ne provoque pas de réaction, ou provoque très peu de réaction au test épicutané.<sup>42</sup>

Les tests épicutanés standardisés pourraient donner des résultats exhaustifs chez les personnes occupant un type de poste, mais faire fi d'allergènes d'importance pour d'autres professions.<sup>169-171</sup> L'ajout d'haptènes adaptés aux types d'allergènes propres à la profession aux batteries standard d'haptènes peut fournir des renseignements diagnostics additionnels.<sup>171</sup> Pour éviter la sensibilisation potentielle, les tests épicutanés personnalisés doivent être administrés par un dermatologue ou allergologue dûment formé.

### **Recommandation :**

4. Afin de fournir des renseignements diagnostiques supplémentaires, les médecins ayant une expertise relative à la dermatite de contact professionnelle pourraient effectuer un test épicutané personnalisé au moyen d'haptènes qui ne sont pas offerts dans les batteries standard. (Cote III B; question de recherche n° [24](#))

Les diagnostics combinés de dermatite de contact allergique et de dermatite de contact irritante sont plus courants au sein de professions comportant des travaux humides; cependant, le manque de test probant de dépistage de la dermatite de contact irritante vient compliquer l'établissement du diagnostic.<sup>71</sup> Le fait de confirmer la présence d'un allergène tout en faisant fi des substances irritantes auxquelles est exposé un travailleur peut mener au sous-diagnostic des dermatites à la fois allergiques et irritantes.<sup>71</sup> Schwensen laisse entrevoir une association entre le sous-diagnostic de la dermatite de contact à la fois allergique et irritante, et les professions à prédominance masculine.<sup>71</sup> En revanche, le fait de confirmer la présence d'un allergène puis d'appliquer des critères arbitraires (p. ex. présence de travaux humides) pour déterminer la pertinence de l'exposition à des substances irritantes peut mener à des diagnostics excessifs.<sup>71</sup> Schwensen *et al.* fournissent des conseils sur le diagnostic de la dermatite de contact à la fois allergique et irritante. Pour inclure la dermatite de contact irritante au diagnostic, une exposition considérable à des irritants connus doit avoir eu lieu. La présence de travaux humides peut être prise en compte pour l'établissement du diagnostic lorsqu'une relation temporelle existe entre l'exposition à l'allergène et la dermatite, et que la dermatite persiste malgré la non-exposition à l'allergène pendant plus de trois à six mois.<sup>71</sup> En plus de causer la dermatite de contact irritante,

l'exposition à des irritants pourrait aggraver une dermatite existante (p. ex. dermatite de contact allergique).

Compte tenu de cette preuve additionnelle, le CDPMSS a formulé la recommandation ci-après.

### 2.5.3 Questionnaires axés sur les symptômes et questionnaires axés sur les activités

Bien qu'ils ne soient pas aussi fiables que l'évaluation clinique, les questionnaires axés sur les symptômes et les questionnaires axés sur les activités peuvent aider à faire la distinction entre les FSS qui nécessitent une évaluation d'expert plus poussée et les FSS qui n'ont pas de dermatite de contact professionnelle. Des versions adaptées de l'outil [NOSQ](#) permettent d'obtenir directement de la personne des renseignements personnels relatifs à la situation démographique, aux antécédents professionnels, aux symptômes cutanés, aux facteurs d'exacerbation, à l'impact sur la vie, aux épreuves cutanées, à l'exposition, au port de gants de protection et l'état de santé général.<sup>91,151,152</sup>

Un outil d'évaluation quantitative de l'eczéma des mains, connu sous le nom d'outil [HEROS](#), a été mis en application en milieu de travail. Sa capacité de mesurer la dermatite des mains de façon précoce, lorsque les lésions cutanées sont minimales, a été jugée adéquate.<sup>150,155</sup> Voir l'[Annexe F](#) pour obtenir une description brève de l'outil [HEROS](#) et d'autres outils d'évaluation nommés dans la présente recherche documentaire.

#### **Recommandation :**

7. Étant donné que le diagnostic rapide de la dermatite de contact dans l'année suivant l'apparition des symptômes peut améliorer l'issue de la maladie, le dépistage systématique (avant l'affectation et à intervalles réguliers) au moyen d'un outil validé et envisageable peut servir à repérer les personnes qui pourraient bénéficier d'une évaluation et d'un diagnostic plus spécialisés. (Cote III B; questions de recherche n° [9](#), [10](#), [24](#) et [25](#))

Le CDPMSS a formulé la recommandation ci-après à la lumière des éléments de preuve additionnels liés aux questions de recherche n° [9](#), [10](#) et [25](#).

#### **Question de recherche n° 25 : Le diagnostic rapide de la dermatite de contact professionnelle fait-il une différence sur le plan de l'issue de la maladie?**

Cette question de recherche ne figurait dans aucun des trois documents de lignes directrices pris en compte; elle a été ajoutée par le CDPMSS.<sup>49,50,89,123,124</sup>

La dermatite de contact professionnelle chronique peut avoir des effets néfastes sur la qualité de vie des FSS, sous forme de conséquences médicales, professionnelles, sociales et économiques considérables, même à la suite du contrôle ou de la cessation de l'exposition aux agents causaux. La compréhension du

rôle du diagnostic rapide de la dermatite de contact professionnelle sur le plan des résultats obtenus pourrait aider à orienter les services de diagnostic et de traitement offerts aux FSS aux prises avec une dermatite de contact professionnelle.

Mälkönen *et al.* ont suivi 605 patients de l'institut finlandais de la santé au travail qui avaient obtenu un diagnostic d'eczéma des mains d'origine professionnelle entre 1994 et 2001.<sup>163</sup> Tous les sujets ont rempli un questionnaire de suivi six mois après l'obtention du diagnostic initial et ont été invités à remplir un sondage additionnel en 2008, de sept à 14 ans après leur diagnostic initial. En se basant sur les résultats au sondage, les auteurs ont pu établir un lien considérable entre un meilleur pronostic et les intervalles de moins d'un an de l'apparition des symptômes au diagnostic de l'eczéma des mains, ce qui met en évidence l'importance du diagnostic et de l'intervention rapides.

Les délais sur le plan du diagnostic qui sont causés par le manque de services offerts aux travailleurs aux prises avec une dermatite de contact professionnelle peuvent également avoir un effet négatif sur le pronostic.<sup>172</sup> L'accès équitable aux services de diagnostic et de traitement, sans égard à la situation géographique ou aux autres déterminants sociaux de la santé, aiderait à minimiser les lacunes sur le plan des soins.

#### **Recommandation :**

7. Étant donné que le diagnostic rapide de la dermatite de contact dans l'année suivant l'apparition des symptômes peut améliorer l'issue de la maladie, le dépistage systématique (avant l'affectation et à intervalles réguliers) au moyen d'un outil validé et envisageable peut servir à repérer les personnes qui pourraient bénéficier d'une évaluation et d'un diagnostic plus spécialisés. (Cote IIIB; questions de recherche n° [9](#), [10](#), [24](#) et [25](#))

Le CDPMS a formulé la recommandation ci-après à la lumière des éléments de preuve additionnels liés aux questions de recherche n° [9](#), [10](#) et [24](#).

## 2.6 Pronostic clinique

### **Question de recherche n° 26 : Quel est le pronostic clinique relatif à la dermatite de contact professionnelle chez les travailleurs atteints?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup> La documentation inclut un biais en ce sens que les publications qu'elle contient ont principalement trait au pronostic de travailleurs ayant été diagnostiqués ou traités en clinique ou dans le cadre de programmes d'indemnisation des accidents du travail. Certaines des études de cohorte passées en revue comportent moins de biais de sélection, mais leurs conclusions sont moins extrapolables étant donné que les cohortes à l'étude proviennent de milieux de travail spécifiques.<sup>49,50</sup>

Les études citées dans les [lignes directrices de la BOHRF](#) font tout aussi souvent état de la persistance des symptômes que de leur résolution (résolution dans 41 % à 100 %, persistance dans 44 % à 89 %). L'analyse documentaire a aussi permis de constater que jusqu'à 10 % des patients pourraient ne pas voir leurs symptômes se résorber à la suite de l'élimination de l'exposition soupçonnée.<sup>49,50</sup>

Les facteurs de risque de mauvais pronostic cités dans les [lignes directrices de la BOHRF](#) incluent le sexe masculin, la dermatite de contact professionnelle plus grave et la présence de dermatite atopique.<sup>49,50</sup> Les éléments de preuve du rôle de l'atopie, de l'âge et d'autres facteurs dans le pronostic étaient contradictoires. Même lorsqu'on évite l'exposition, le type d'allergène, et plus particulièrement les sels de métaux, peut faire en sorte que la dermatite de contact professionnelle persiste pendant plusieurs années.

Selon les preuves recueillies dans le cadre de la présente recherche documentaire, les programmes de traitement et le counseling peuvent améliorer le pronostic. Apfelbacher *et al.* ont suivi 253 FSS aux prises avec des maladies de peau liées au travail pendant une année après leur participation à des cours individuels de prévention secondaire de deux jours.<sup>125</sup> Les auteurs ont rapporté une baisse de 9 % de la prévalence des symptômes (prévalence de référence de 77 %; prévalence au suivi de 68 %) et ont conclu que les personnes participant à un programme de traitement pouvaient avoir un meilleur pronostic. Dans le cadre d'une étude portant sur des nettoyeurs en milieu hospitalier ayant participé à un programme de protection de la peau fondé sur des données probantes, la note moyenne obtenue à l'outil [Hand Eczema Severity Index \(HECSI\)](#) est passée de 2,8 à 1,8 après trois mois.<sup>127</sup> Une note de plus de zéro à l'outil HECSI indique la présence d'eczéma des mains. La prévalence de l'eczéma des mains est passée de 58 % (valeur de référence) à 38 % (valeur au suivi). Lors d'un essai contrôlé randomisé effectué auprès de 247 FSS, les participants ayant reçu du counseling individuel ont amélioré leur pronostic comparativement à ceux qui ont suivi un traitement habituel.<sup>68,128</sup> Les participants plus âgés et ceux chez qui les maladies de peau causaient les plus grandes limitations avant le début du programme de traitement étaient plus susceptibles d'obtenir de mauvais résultats six mois après le programme (p. ex. symptômes cutanés, atteintes au fonctionnement, plus mauvais état émotionnel, traitement médical ou congé de maladie requis).<sup>134</sup>

Mälkönen *et al.* classent parmi les facteurs associés à un mauvais pronostic le maintien du statut professionnel, le sexe masculin et l'atopie respiratoire.<sup>141</sup> Au suivi de leurs sujets effectué de sept à 14 ans après le diagnostic, ils ont établi un lien entre une durée des symptômes de plus d'un an et un mauvais pronostic, mais n'ont décelé aucune répercussion des types de profession et d'allergène ou du sexe sur le pronostic.<sup>163</sup> Les auteurs n'ont également établi aucun lien entre l'âge et le pronostic lors des suivis à court terme et à long terme,<sup>141,163</sup> ni relevé de différence sur le plan du pronostic selon qu'il s'agissait d'une dermatite de contact allergique ou irritante.<sup>141</sup> Les auteurs laissent également entendre que le diagnostic rapide de la maladie (dans la première année) pourrait entraîner un meilleur pronostic.<sup>163</sup>

Wall *et al.* font état de maladies de peau d'origine professionnelle qui persistent chez certains travailleurs, même après l'obtention d'un nouvel emploi ou d'une nouvelle profession pour éviter l'exposition aux substances en cause.<sup>173</sup> L'existence de facteurs aggravant la dermatite dans le nouvel

environnement de travail peut expliquer cette situation. Il est important de ne pas faire fi de la dermatite des personnes qui changent de profession, et de veiller plutôt à ce qu'elles fassent l'objet d'un examen clinique et d'un traitement.

Les recommandations proposées se fondent sur des éléments de preuve liés à la présente question de recherche et aux questions de recherche n° [3](#), [20](#) et [24](#).

### Recommandations :

1. Les professionnels de la santé devraient obtenir tous les antécédents professionnels, ainsi que les antécédents non professionnels pertinents des FSS qui ont une éruption cutanée, en posant notamment aux FSS des questions sur leur emploi, le matériel utilisé en milieu de travail, le lieu de l'éruption et tout lien temporel avec le travail. Le professionnel de la santé devrait procéder à une évaluation clinique pour orienter le traitement et les modifications à apporter en milieu de travail.  
(Cote IIA; questions de recherche n° [24](#) et [26](#))
2. En cas de diagnostic incertain ou de dermatite persistante malgré l'évaluation clinique et le traitement effectué par le professionnel de la santé, un médecin ayant une expertise relative à la dermatite de contact professionnelle devrait évaluer le FSS pour recommander un traitement approprié et des modifications à apporter en milieu de travail.  
(Cote IIIB; questions de recherche n° [3](#), [20](#) et [26](#))

## 2.7 Impact sur les FSS

**Question de recherche n° 27 : Quel est l'impact de la dermatite de contact professionnelle sur les travailleurs atteints, p. ex. sur leur vie personnelle et professionnelle, et leur emploi?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup> En plus des indicateurs de qualité de vie dont il est question dans les [lignes directrices de la BOHRF et déjà](#), l'analyse du CDPMS a révélé de nouveaux éléments de preuve qui appuient les [lignes directrices de la BOHRF](#) et procurent un complément d'information sur les mesures des troubles mentaux, du stress chronique et de l'épuisement professionnel liés à la dermatite de contact professionnelle. Les données utilisées ont été obtenues principalement d'études menées sur plusieurs types de profession à la fois.

L'examen de l'impact de la dermatite de contact professionnelle sur les FSS prend en compte les facteurs suivants :

- **qualité de vie** : mesure générale du bien-être sur le plan personnel et professionnel

- **vie professionnelle** : qualité des activités/fonctions quotidiennes et relations au travail
- **vie personnelle** : qualité des activités/fonctions quotidiennes et relations à l'extérieur du travail
- **perte d'emploi** : perte d'emploi causée par la dermatite
- **conséquences économiques** : coûts engagés par le système de santé ou le travailleur en raison de la dermatite
- **atténuation de l'impact** : prise de mesures dont le but est de réduire les effets néfastes sur la qualité de vie, la vie professionnelle, la vie personnelle, l'emploi et la situation économique.

Dans l'ensemble, les travailleurs aux prises avec une dermatite professionnelle en subissent les effets négatifs considérables dans tous les domaines de la vie. Bien que de nombreuses professions soient clairement touchées, certaines se prêtent davantage à des modifications en milieu de travail que d'autres, ce qui réduit la perte d'emploi et ses conséquences financières en favorisant le maintien en emploi. On observe des corrélations importantes entre la gravité de la maladie et toutes les mesures de la qualité de vie, à l'exception des troubles mentaux (anxiété, épuisement professionnel et stress chronique). Les données recueillies sur les effets de différents diagnostics (dermatite de contact professionnelle allergique ou irritante, ou à la fois allergique et irritante) sur la qualité de vie ont rarement le niveau de précision requis pour conclure avec certitude à l'existence de différences. Le rôle de l'âge sur le plan des résultats liés à l'emploi n'est pas clair. Les femmes semblent subir davantage les contrecoups de la maladie sur le plan de l'anxiété, de la perception de la douleur, de l'insomnie et du prurit, ce qui a des répercussions sur la vie professionnelle, la vie personnelle et l'emploi. Aucune autre différence n'a pu être observée entre les sexes.

### 2.7.1 Qualité de vie

Une variété d'outils sert à mesurer la qualité de vie (voir l'[Annexe G](#) pour une description des outils courants nommés dans la présente recherche documentaire). Certains de ces outils ciblent la vie professionnelle et personnelle dans son ensemble, tandis que d'autres traitent de la santé mentale (p. ex. stress, anxiété, dépression, épuisement professionnel, insomnie) ou la santé physique (p. ex. douleur, prurit, insomnie). Une variété d'études font également état des effets sur la qualité de vie des diagnostics (dermatite de contact allergique par opposition à irritante), de la gravité de la maladie, de la profession et du sexe.

Des 1 132 infirmiers et infirmières participant à une étude donnée, les sujets aux prises avec de l'eczéma des mains ont obtenu un pointage inférieur dans tous les domaines visés par l'outil [36-Item Short Form Health Survey \(SF-36\)](#), à l'exception de la vitalité et de la réduction du rôle causée par les difficultés émotionnelles.<sup>174</sup> L'administration de l'outil [Dermatology Life Quality Index \(DLQI\)](#) a permis à Ibler *et al.* de constater que la dermatite avait un impact négatif sur la vie de la personne touchée.<sup>68</sup> Mattered *et al.* rapportent que les maladies de peau d'origine professionnelle nuisent considérablement à tous les domaines visés par le questionnaire [SF-36](#), sauf le fonctionnement physique, chez les FSS touchés.<sup>175</sup>

Dans le cadre d'une autre étude sur des sujets aux prises avec de l'eczéma des mains d'origine professionnelle, les résultats obtenus à l'outil [DLQI](#) indiquent une plus grande atteinte sur le plan de la vie professionnelle et les résultats obtenus à l'outil [SF-36](#), une plus grande atteinte sur le plan de la vie quotidienne (dimension physique), comparativement à la population générale.<sup>176</sup>

- **Gravité de la maladie** : Différents outils ont été utilisés pour mesurer l'importance du lien entre la qualité de vie et la gravité de la maladie. (Voir l'[Annexe F](#) et l'[Annexe G](#)). Dans l'ensemble, la qualité de vie subit les contrecoups de la dermatite de contact professionnelle même lorsque les symptômes sont légers.<sup>49,50,68,174,175,177</sup> Dans le cadre d'une étude, 72 des 116 patients (62 %) sondés ont fait part d'un très grand effet sur la qualité de vie, et les chercheurs ont pu établir une corrélation entre le pointage au [DLQI](#) et la gravité de la maladie selon le [physician global assessment \(PGA\)](#).<sup>178</sup> Une autre étude fait part d'une corrélation importante entre les résultats obtenus au [DLQI](#) et ceux obtenus à l'[Occupational Contact dermatitis Disease Severity Index \(ODDI\)](#) et à une autre échelle de gravité analogue, remplie par les patients ou les [médecins](#).<sup>179</sup> Les résultats au [DLQI](#) prédisaient aussi la gravité de la maladie, telle que mesurée par l'[Osnabrueck Hand Eczema Severity Index \(OHSI\)](#) et une échelle d'évaluation de la douleur [Visual Analogue Scale \(VAS\)](#).<sup>176</sup> Bien que l'outil [SF-36](#) puisse servir à mesurer les atteintes chez les personnes aux prises avec de l'eczéma des mains, ses pointages généraux ne constituent pas d'aussi bonnes valeurs prévisionnelles de la gravité, comparativement aux pointages obtenus à l'outil [DLQI](#).<sup>175,179</sup> Matteredne *et al.* font état d'un rapport entre la gravité et les résultats sur le plan de la qualité de vie obtenus au [Skindex-29](#).<sup>175</sup>
- **Santé mentale** : Les articles publiés dans le cadre d'une étude décrivent les effets de la dermatite de contact professionnelle sur l'anxiété, la dépression, le stress chronique et l'épuisement professionnel dans la vie personnelle et professionnelle d'une population de patients chez qui le traitement n'a pas été efficace.<sup>176,180,181</sup> Les patients aux prises avec de l'eczéma des mains d'origine professionnelle ont obtenu un pointage élevé à l'[Hospital Anxiety and Depression Scale \(HADS\)](#)<sup>176</sup> et à la [Shirom-Melamed Burnout Measure \(SMBM\)](#), comparativement à la population générale,<sup>180</sup> cependant, les résultats obtenus au [Trier Inventory for Chronic Stress \(TICS\)](#) n'étaient pas plus élevés que ceux d'un groupe témoin d'étudiants.<sup>180</sup>
- **Santé physique** : Aucune étude n'a comparé la douleur, l'insomnie et le prurit des personnes aux prises avec une dermatite de contact professionnelle à ceux de la population générale.
- **Diagnostic de la maladie** : Les résultats à l'outil [DLQI](#) étaient moins élevés chez les patients aux prises avec une dermatite de contact professionnelle allergique que chez les patients aux prises avec une dermatite de contact professionnelle irritante.<sup>178</sup>
- **Profession** : Les pointages à l'outil [DLQI](#) n'étaient pas statistiquement différents selon la profession.<sup>178</sup>

- **Sexe** : Les articles publiés dans le cadre d'une étude décrivent les effets de la dermatite de contact professionnelle sur les différences sexospécifiques que pourraient présenter les variables liées à la santé physique et mentale.<sup>180,181</sup> Les hommes aux prises avec de l'eczéma des mains grave avaient des pointages considérablement plus élevés que les hommes aux prises avec de l'eczéma des mains léger ou modéré sur le plan de l'anxiété et de la dépression.<sup>176</sup> Les femmes étaient considérablement plus anxieuses que les hommes, une tendance observée également dans la population générale.<sup>176</sup> En ce qui a trait à l'épuisement professionnel cependant, les femmes obtenaient uniquement des valeurs plus élevées sur le plan de la fatigue physique.<sup>180</sup> Les femmes étaient cependant plus susceptibles de se sentir surchargées au travail, de s'inquiéter de façon excessive, d'avoir des souvenirs envahissants et d'obtenir des résultats élevés sur le plan du stress chronique.<sup>180</sup> Au moment de se joindre à l'étude, les femmes affichaient des pointages plus élevés que les hommes sur le plan de la douleur, de l'insomnie et du prurit.<sup>181</sup>

## 2.7.2 Vie professionnelle

Parmi les effets sur la vie professionnelle figurent le besoin d'apporter des modifications en milieu de travail, les congés de maladie, et les changements d'emploi ou de profession. Aucune des données examinées ne portait spécifiquement sur les effets de la dermatite de contact professionnelle sur les relations de travail. Les diagnostics de la maladie (dermatite de contact allergique par opposition à irritante) et la profession ont également été examinés, mais on ne rapportait aucune différence entre les sexes.

La dermatite de contact professionnelle nuit souvent au fonctionnement au travail.<sup>173,175,178</sup> Lors d'une étude de suivi menée en Australie-Occidentale, les maladies de peau d'origine professionnelle ont eu des effets sur le travail de 105 sujets masculins (15,6 %) et 84 sujets féminins (30 %).<sup>173</sup> Dans le cadre d'une autre étude faisant appel à l'outil [DLQI](#), les effets sur la vie professionnelle étaient supérieurs aux effets sur les loisirs.<sup>178</sup> Une association a pu être établie entre les résultats de l'indice de douleur de l'outil [SF-36](#) et la gravité de la maladie.<sup>175</sup> Par conséquent, une hausse du degré de gravité peut occasionner une hausse de la douleur qui, à son tour, peut nuire à la vie professionnelle.

- **Modifications en milieu de travail** : Des modifications ont été apportées au travail de 80 % des sujets participants à une étude citée dans les [lignes directrices de la BOHRF](#).<sup>49,50</sup> Dans le cadre d'une autre étude, seulement 8 % des travailleurs examinés ont conservé leur emploi sans que des modifications en milieu de travail soient apportées et la plupart des travailleurs ayant nécessité l'apport de modifications avaient plus de 45 ans.<sup>163</sup> Un suivi effectué après six mois chez des personnes aux prises avec une maladie de peau d'origine professionnelle a permis de constater que la description de tâches de 98 sujets masculins (21 %) et de 106 sujets féminins (19 %) avait changé.<sup>141</sup> Une autre étude de suivi, menée après sept ans, a montré que des modifications en milieu de travail avaient été apportées chez 54 % des travailleurs, pour la plupart des personnes de plus de 45 ans, des FSS, du personnel dentaire et des agriculteurs.<sup>163</sup> Une étude menée en Inde a rapporté que 26 (25,7 %) des 101 travailleurs à l'étude, aux prises

avec une dermatite de contact professionnelle, avaient requis un changement de leur niveau de travail.<sup>178</sup>

- **Congé de maladie** : Les congés de maladie sont fréquents parmi les travailleurs aux prises avec une maladie de peau d'origine professionnelle.<sup>49,50,141,163,173,177,180</sup> Comme le résumait la BOHRF, 6 % à 52 % des travailleurs aux prises avec une dermatite de contact professionnelle ont rapporté des atteintes liées à des absences du travail de quelque durée.<sup>45,46</sup> Mälkönen *et al.* ont fait état d'effets liés à des congés de maladie : 138 hommes (28 %) et 138 femmes (24 %) étaient en congé de maladie.<sup>141</sup> Le suivi effectué sept ans plus tard a permis de constater que 23 % des sujets avaient obtenu un congé de maladie en raison de leur eczéma des mains.<sup>163</sup> Dans le cadre d'une étude, 583 des sujets (61 %) ont dû s'absenter du travail en raison d'une maladie de peau d'origine professionnelle et 53 (6,5 %) d'entre eux ont manqué le travail pour une période continue de plus de 12 mois.<sup>173</sup> Une autre étude indique que le niveau de stress chronique (pointage à l'outil **TICS**) a le plus d'effet sur le nombre de jours de congé de maladie cumulatifs.<sup>180</sup> Dans une étude menée en Allemagne sur les effets de l'eczéma des mains, au moins 62,9 % des patients ont rapporté un congé de maladie d'une journée ou plus.<sup>177</sup>
- **Changement d'emploi ou de profession** : Les études examinées ne définissent généralement pas les notions de changement d'emploi et de changement de profession. Les chercheurs ont donné au changement d'emploi le sens de changement de poste au sein d'un même secteur d'activités et au changement de profession le sens de changement de secteur d'activités. Dans une étude, 261 hommes (40 %) et 126 femmes (44 %) ont changé d'emploi en raison de maladies de peau d'origine professionnelle.<sup>173</sup> La BOHRF a rapporté un changement d'emploi chez de 9,9 % à 48 % des travailleurs inclus à une étude, ainsi qu'un changement de profession chez de 6,5 % à 63,5 % des travailleurs inclus à une seconde étude.<sup>49,50</sup> Une étude de suivi à court terme de Mälkönen *et al.* a recensé 65 hommes (14 %) et 66 femmes (12 %) ayant changé d'emploi ou de profession.<sup>141</sup> À long terme cependant, 34 % des travailleurs aux prises avec une dermatite de contact professionnelle avaient changé de profession et 20 % avaient suivi une formation de recyclage en vue de changer de profession (dans les deux cas il s'agissait dans la plupart du temps de personnes de moins de 45, et de travailleurs des domaines de l'alimentation et de la coiffure).
- **Diagnostic de la maladie** : Parmi un groupe de travailleur de l'Inde, le changement de profession était plus fréquent chez les personnes aux prises avec une dermatite de contact professionnelle allergique, comparativement à la dermatite de contact professionnelle irritante.<sup>178</sup>
- **Profession** : Dans certains emplois, des facteurs spécifiques au poste (p. ex. FSS) pourraient faciliter l'apport de modifications en milieu de travail, tandis que dans d'autres, les pertes d'emploi et changements d'emploi et de profession des suites d'eczéma des mains sont plus courants (p. ex. coiffure, professions du secteur de l'alimentation).<sup>163</sup>
- **Sexe** : Aucune étude n'a cerné d'effets sexospécifiques de la dermatite de contact professionnelle sur la vie professionnelle.

### 2.7.3 Vie personnelle

La dermatite de contact professionnelle peut avoir des répercussions sur de nombreuses dimensions de la vie personnelle. Comme le résume la BOHRF, entre 18 % et 46 % des travailleurs aux prises avec une dermatite de contact professionnelle rapportent des atteintes au fonctionnement quotidien, aux activités de loisirs ou aux relations à la maison.<sup>49,50</sup> Dans une étude citée par la BOHRF, 20 % des travailleurs rapportent avoir de l'insomnie en raison de la douleur.<sup>49,50</sup> De plus, la douleur (pointage élevé à l'indice de la douleur de l'outil [SF-36](#)) pourrait avoir un impact négatif sur la vie personnelle.<sup>175</sup>

- **Diagnostic de la maladie** : Aucune étude n'a rapporté de différences sur le plan des effets de la dermatite sur la vie personnelle selon qu'il s'agisse d'une dermatite de contact allergique ou d'une dermatite de contact irritante.
- **Profession** : Aucune étude n'a rapporté de différences propres à la profession sur le plan des effets sur la vie personnelle.
- **Sexe** : Lors d'une étude portant sur des travailleurs aux prises avec une maladie de peau d'origine professionnelle, 60 % des sujets masculins et 73 % des sujets féminins ont indiqué que la maladie de peau d'origine professionnelle avait nui à leurs activités de loisir, expériences sexuelles et vie sociale.<sup>173</sup>

### 2.7.4 Perte d'emploi

La perte d'emploi est une conséquence directe de la dermatite de contact professionnelle, particulièrement lorsque celle-ci n'est pas traitée.<sup>49,50,126,140,163,178</sup> Selon les [lignes directrices de la BOHRE](#), entre 9 % et 33 % des travailleurs aux prises avec une dermatite de contact professionnelle rapportent la perte d'un emploi ou un départ à la retraite.<sup>9,50</sup> Le suivi à long terme effectué par Mälkönen *et al.* fait état de la perte d'emploi chez 25 % des patients (principalement des personnes de plus de 45 ans).<sup>163</sup> Selon une vaste étude de cohorte portant sur 5 324 coiffeurs actuels, la fréquence et le caractère récent de l'eczéma des mains, ainsi que la présence d'une dermatite atopique, seraient d'importants indicateurs d'abandon du métier. L'âge au moment du développement de l'eczéma ne le serait pas.<sup>140</sup>

La perte d'emploi peut survenir malgré l'obtention d'un traitement. Vingt-quatre patients sur 101 (23,8 %) ont cessé de travailler bien qu'on leur ait offert un traitement (apport de modifications mineures aux tâches, consignes sur la façon d'éviter les irritants et allergènes suspects, port de gants, application d'émollients et de corticostéroïdes topiques).<sup>178</sup>

- **Diagnostic de la maladie** : La perte d'emploi était plus courante chez les patients aux prises avec une dermatite de contact allergique.<sup>163</sup>
- **Profession** : L'eczéma des mains pourrait être plus difficile à surmonter dans certains emplois, où il pourrait mener davantage à la perte d'emploi ou à un changement de profession. Cela pourrait être dû à des facteurs propres à l'emploi, comme la possibilité d'apporter des modifications en milieu de travail, qui réduiraient le besoin de quitter l'emploi ou de changer de

profession (p. ex. FSS en milieu de soins de santé).<sup>163</sup> La perte d'emploi est plus courante chez les patients issus des secteurs de l'alimentation et de la coiffure.<sup>163</sup>

- **Sexe** : Mälkönen *et al.* ont rapporté que 65 sujets masculins (14 %) et 99 sujets féminins (17 %) ont perdu leur emploi ou pris leur retraite en raison de leur dermatite de contact professionnelle.<sup>141</sup> Aucune association n'a été établie entre le sexe et l'abandon du métier en raison de l'eczéma des mains dans le secteur de la coiffure.<sup>140</sup>

### 2.7.5 Répercussions économiques

Le traitement et la gestion de l'eczéma des mains engagent des frais importants que doivent assumer les patients ou le système de santé.<sup>177</sup> Des coûts indirects (en perte de productivité) rendus publics en 2013 et établis à partir de coûts engagés de 2006 à 2008 représentaient 70 % des coûts totaux engagés (évalués à 8 799 € [environ 12 882\$ CA] par patient par année).<sup>177</sup> Des répercussions économiques négatives de l'eczéma des mains ont été notés chez 23 % des participants.<sup>163</sup> Selon les [lignes directrices de la BOHRF](#), de 7 % à 44 % des patients ont essuyé une perte de revenus, tandis que l'indemnisation financière était une conséquence courante chez de 41 % à 60 % des patients.<sup>49,50</sup>

- **Diagnostic de la maladie** : Aucune étude n'a rapporté de différences entre les maladies sur le plan des répercussions économiques.
- **Profession** : Aucune étude n'a rapporté de différences entre les professions sur le plan des répercussions économiques.
- **Sexe** : Dans un échantillon de patients de taille modeste, 160 hommes (24 %) et 73 femmes (25 %) ont rapporté la perte de leur emploi en raison d'une invalidité liée à leur maladie de peau d'origine professionnelle.<sup>173</sup>

### 2.7.6 Atténuation des répercussions

Les programmes de traitement constituent un facteur positif d'atténuation des effets sur la qualité de vie, la vie professionnelle, la vie personnelle et l'emploi à court et long terme.<sup>68,125,126,134,142,163,176,178,180,181</sup>

- **Qualité de vie** : Des améliorations à la qualité de vie ont été observées chez des FSS ayant participé à un cours de prévention secondaire (atteinte à la qualité de vie chez 54,4 % des FSS au départ, comparativement à une atteinte chez 27,7 % des FSS au suivi).<sup>125</sup> Ibler *et al.* ont fait état d'améliorations aux résultats à l'outil [DLQI](#) à la suite de consultations individuelles (démonstration des techniques de lavage des mains, application d'émollients et informations générales sur le soin de la peau) et de consultations avec un médecin ou un dermatologue dans le cas de l'eczéma grave des mains.<sup>68</sup> Bhatia *et al.* ont rapporté des améliorations importantes de la qualité de vie chez des travailleurs (amélioration de 54,5 % à l'outil [DLQI](#)) trois mois après l'apport de modifications mineures aux tâches, l'offre de consignes sur la façon d'éviter les irritants et allergènes suspects, le port de gants et l'application d'émollients et de corticostéroïdes topiques.<sup>178</sup> Après leur avoir offert un programme de prévention individuel de deux jours, Schuler *et al.* ont observé des améliorations aux compétences d'autogestion, aux

comportements de prévention, aux craintes par rapport à la perte d'emploi, aux symptômes liés à la maladie et à la détresse émotionnelle chez des FSS en milieu de soins de santé et à domicile.<sup>134</sup> Dans une autre étude, des participants ont reçu du counseling et de l'éducation-santé sur les symptômes de troubles physiques et mentaux dans le cadre d'un programme de prévention tertiaire de trois semaines pour patients hospitalisés.<sup>181</sup> Les auteurs ont constaté des effets bénéfiques du traitement à plusieurs mesures des outils [DLQI](#) et [SF-36](#) et d'autres indices.

**Vie professionnelle :** Parmi les FSS ayant participé à un cours individuel de prévention secondaire de deux jours, 44,2 % ont obtenu un congé de maladie en raison de leur maladie de peau avant le cours, par opposition à 14,1 % après le cours.<sup>125</sup> Le cours offrait des précisions sur la peau, les facteurs de risque, les différents types de dermatite, la protection de la peau, la réglementation relative aux substances dangereuses et la manipulation de ces substances. Au moment du suivi, 181 (87,9 %) sujets occupaient encore leur emploi, 37 (18 %) avaient changé d'emploi/de profession et 37 (18 %) rapportaient des atteintes au travail.<sup>125</sup>

Dans le cadre d'une petite étude de Chen *et al.*, des infirmiers et infirmières ont réintégré graduellement leurs rôles au moyen d'un horaire de quarts de travail progressifs (hausse graduelle du nombre de quarts comprenant des soins aux patients par cycle de travail, selon le niveau de tolérance) ou d'heures progressives (hausse graduelle du nombre d'heures de soins aux patients par quart de travail, selon le niveau de tolérance).<sup>126</sup> Les sujets ont été sensibilisés aux précautions à prendre pour réduire l'exposition et au recours approprié à l'équipement de protection individuelle (habituellement des gants), aux produits de soin de la peau et aux médicaments, et des modifications ont été apportées aux tâches (p. ex. tâches administratives et de bureau, vérifications de dossiers) qu'ils effectuent entre les soins aux patients. Au départ, six sujets (33 %) dispensaient des soins aux patients sans modification, 12 (67 %) n'occupaient plus de postes nécessitant la prestation de soins aux patients et aucun sujet n'était en congé de maladie; après la tenue du programme, 14 (78 %) ont repris les soins directs aux patients moyennant l'apport de modifications, et 3 (17 %) n'occupaient plus de postes comprenant la prestation de soins aux patients.<sup>126</sup> Neuf sujets (50 %) avaient perdu des journées de travail en raison de leur maladie de peau. Chez les participants à un programme de prévention tertiaire individuel, les personnes dont les résultats à l'outil OHSI avaient connu la plus grande amélioration avaient perdu le moins de jours de travail que les personnes n'ayant pas réagi aussi bien au programme de prévention.<sup>181</sup>

- **Vie personnelle :** Bien qu'aucune étude n'ait porté explicitement sur la vie personnelle, les indicateurs de qualité de vie laissent entendre que l'administration d'un traitement améliore de façon significative la vie personnelle.
- **Perte d'emploi :** De nombreux facteurs favorisent le maintien en emploi après un diagnostic de maladie de peau d'origine professionnelle. Skudlik *et al.* ont exploré les corrélations entre le maintien en emploi et différentes composantes d'un programme de traitement. Pendant une période de deux à trois semaines, ils ont administré à des sujets un traitement quasi libre de corticostéroïdes accompagné de mesures éducatives et psychologiques. Le traitement a été suivi d'une phase de soins en consultations externes de trois semaines, à l'extérieur du lieu de

travail. Les sujets ont repris le travail après six semaines de soins dermatologiques. Au sein des professions à risque élevé, les personnes qui utilisaient à répétition des mesures de protection de la peau, étaient plus âgées, poursuivaient le traitement en consultations externes et obtenaient de leur employeur des produits de protection de la peau en quantité adéquate étaient plus susceptibles de maintenir leur emploi.<sup>142</sup>

Des données recueillies lors d'une étude de suivi menée auprès de FSS ayant participé à un cours de prévention secondaire individuel montrent une réduction considérable de l'atteinte résultant de la maladie de peau, comparativement aux valeurs de référence, après l'amélioration des comportements liés au soin de la peau, malgré qu'on n'ait pu totalement prévenir la perte d'emplois (rapportée chez 18 [8.7 %] sujets).<sup>125</sup>

Après l'administration d'un petit programme de retour au travail, seulement une personne ne travaillait toujours plus en raison d'une maladie de peau.<sup>126</sup>

- **Répercussions économiques** : Une étude de suivi à long terme effectuée par Mälkönen *et al.* établit un lien entre la guérison de l'eczéma des mains et moins de détérioration rapportée de la situation économique.<sup>163</sup> Le type de traitement reçu par les patients dont la peau a guéri et la situation économique s'est améliorée et les patients dont la situation économique a continué de se détériorer n'est pas clair. Seules 25 % des personnes ayant changé de profession ont affiché une amélioration de la situation économique.<sup>163</sup>
- **Diagnostic de la maladie** : Aucune étude n'a rapporté de différences sur le plan des effets des programmes de traitement selon le type de maladie.
- **Profession** : Aucune étude n'a rapporté de différences sur le plan des effets des programmes de traitement selon la profession.
- **Sexe** : Les articles publiés dans le cadre d'une étude décrivent les effets d'un programme de prévention tertiaire offert à des patients hospitalisés aux prises avec une dermatite de contact professionnelle chez qui les traitements précédents n'ont pas fonctionné.<sup>176,180,181</sup> On y rapporte des différences notables sur la qualité de vie selon le sexe.<sup>181</sup> Les sujets féminins y ont obtenu des résultats plus élevés que les sujets masculins à une sous-échelle de perception du stress d'une mesure de stress chronique après le traitement, et affiché de plus grandes améliorations à l'échelle sur les symptômes et les sentiments de l'outil [DLQI](#).<sup>181</sup>

### Recommandation :

6. Des programmes de prévention spécialisés, individuels et intensifs, qui comprennent l'apport de modifications en milieu de travail, devraient être mis en œuvre pour les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite de contact professionnelle modérée ou grave. Ces programmes devraient reposer sur des approches visant l'amélioration de la santé physique et mentale. (Cote IIB; questions de recherche n° [18](#), [20](#) et [27](#))

Le CDPMS a formulé la recommandation ci-après à la lumière des éléments de preuve additionnels associés aux questions de recherche n° [18](#) et [20](#).

## 2.8 Prévention et contrôle des infections

**Question de recherche n° 28 : Les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite courent-ils un risque plus élevé de colonisation ou d'infection de la peau que les fournisseurs de soins de santé non atteints?**

Cette question de recherche figure dans les [lignes directrices du RCP](#).<sup>123,124</sup> Les chercheurs ont cerné trois études portant principalement sur des adultes et enfants aux prises avec une dermatite atopique ou de l'eczéma non classé ayant obtenu des soins dans une clinique. Les études incluaient une cohorte d'infirmiers et infirmières dont certains avaient les mains irritées. La présence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), de levures, de bactéries à Gram négatif et d'entérocoques a été mesurée, soit en comparant la peau normale et la peau atteinte de dermatite, ou au moyen de populations témoins. Les trois études rapportaient un risque accru de colonisation sur les peaux atteintes de dermatite.<sup>123,124</sup>

Selon Albrich et Harbarth, les lésions cutanées sont un facteur de risque de colonisation au SARM chez les FSS.<sup>182</sup> Plus récemment, Brans *et al.* ont exploré la prévalence de colonisation au SARM chez 319 infirmières et infirmiers ayant une maladie de peau d'origine professionnelle.<sup>183</sup> La majorité des sujets souffraient d'eczéma des mains (90,3 %). Les auteurs ont déterminé que 43 sujets (13,5 %) étaient colonisés au SARM, soit un taux deux à trois fois plus élevé que ce qui avait été précédemment rapporté chez les FSS. En moyenne, l'eczéma des mains était beaucoup plus grave chez les porteurs du SARM que chez les sujets non colonisés. On ne sait pas si le SARM exacerbe les maladies de peau d'origine professionnelle ou si les personnes ayant des lésions cutanées plus graves sont plus susceptibles d'être colonisées au SARM. Dans ce dernier cas, il se pourrait que la colonisation au SARM nuise à l'efficacité de l'hygiène des mains, que les porteurs de SARM soient moins portés à pratiquer l'hygiène des mains et (ou) que l'état de la peau crée un milieu plus propice à la colonisation au SARM. Les résultats de l'étude donnent à penser que la prévention et le traitement des maladies de peau d'origine professionnelle pourraient constituer un facteur important de réduction de la colonisation au SARM parmi les infirmières et infirmiers, et de transmission du SARM à autrui.

Une étude cas-témoin a comparé le nombre de colonies et la sensibilité aux agents antimicrobiens de microorganismes présents sur les mains de FSS en santé (groupe témoin) et ayant des lésions cutanées (groupe expérimental), avant et après le lavage des mains au moyen d'un savon liquide non antimicrobien et de l'eau.<sup>184</sup> Puisque les auteurs ont indiqué que les sujets n'avaient pas de maladies de peau (c'est-à-dire eczéma ou psoriasis), la définition des lésions cutanées et les distinctions faites entre elles étaient peu claires. Aux fins d'interprétation des données, les chercheurs ont présumé que le terme eczéma faisait référence à une dermatite atopique et que les auteurs de l'étude avaient ciblé des sujets ayant développé une dermatite de contact irritante liée à une exposition au travail plutôt qu'à une maladie sous-jacente. Les biais associés à l'échantillonnage devaient aussi être envisagés sérieusement étant donné que les sujets participaient à l'étude sur une base volontaire. Dans l'ensemble, les données révélaient que les mains endommagées avaient tendance à afficher des taux de bactéries plus élevés, avant et après le lavage des mains (4,28 contre 3,55 log<sub>10</sub> UFC avant et 3,75 contre 3,35 log<sub>10</sub> UFC après, pour les mains endommagées et en santé respectivement). Les taux de microorganismes spécifiques et la présence d'organismes antibiorésistants pouvaient s'avérer supérieurs ou moindres sur les mains endommagées comparativement aux mains en santé, mais dans la majorité des cas la fréquence de détection d'un organisme spécifique était plus grande sur les mains endommagées. La présente recherche documentaire a fait ressortir de nouveaux éléments de preuve conformes à la recommandation formulée dans les [lignes directrices du RCP](#). Le CDPMS a accepté la recommandation du RCP sans modification.

#### **Recommandation :**

23. Les professionnels de la santé devraient aviser les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite que les régions de la peau touchées sont plus susceptibles que la peau intacte d'être colonisées par des microorganismes, et que le risque augmente dans le cas de lésions aiguës graves. (Cote IIA; question de recherche n° [28](#))

#### **Question de recherche n° 29 : Les fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite sont-ils plus susceptibles de transmettre des infections à des patients que les fournisseurs de soins de santé non atteints?**

Cette question de recherche figure dans les lignes directrices du RCP.<sup>123,124</sup> La stratégie de recherche initiale du RCP n'a permis de repérer aucun article pertinent. Les recherches ont été étendues aux comptes rendus et séries de cas, ce qui a permis de cerner deux comptes rendus décrivant la transmission de microorganismes sources d'infection par un FSS aux prises avec une dermatite sur les mains et les paupières et au dos des oreilles. Une troisième étude épidémiologique, qui portait sur une éclosion survenue, a permis de repérer six FSS porteurs de la souche, dont uniquement un avait une dermatite (qualifiée d'eczéma infecté local). Un compte rendu non publié faisait état d'un cas de transmission lié à un membre du personnel infirmier aux prises avec une dermatite.

Michiels *et al.* ont écouvillonné des médecins généralistes et leurs patients pour détecter le *Staphylococcus aureus* (SA) et le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM-C). Ils n'ont établi aucun lien considérable entre les maladies de peau chroniques et un effet positif ou négatif chez les patients, mais la colonisation des patients était plus probable lorsque le médecin généraliste avait une maladie de peau chronique. Ils n'ont également pas pu déterminer clairement si la colonisation des médecins généralistes au SA avait un effet sur la transmission aux patients ni comment la maladie chronique du médecin généraliste se répercutait, le cas échéant, sur le potentiel de transmission.<sup>185</sup>

Lors d'une analyse documentaire menée en 2008, Albrich et Harbarth ont présenté des éléments de preuve d'un lien entre des FSS aux prises avec une maladie de peau, y compris l'eczéma des mains, et la transmission du SARM à des patients. À l'inverse, d'autres rapports rapportent la transmission du SARM par des FSS sans maladie de peau. Les études faisant état de la transmission d'infections par des FSS aux prises avec des maladies de peau ne quantifient toutefois pas la transmission.<sup>186,187</sup>

La présente recherche documentaire n'a fait ressortir aucun élément de preuve jetant un éclairage nouveau sur la recommandation formulée dans les [lignes directrices du RCP](#); l'opinion d'expert décrit ci-après offre toutefois une justification des fondements théoriques de la transmission employés. Les experts en microbiologie et en dermatologie consultés dans le cadre des [lignes directrices du RCP](#) s'accordaient à dire qu'il était justifié d'adopter une approche préventive qui reflétait le risque potentiel de transmission de microorganismes capables de causer la colonisation et l'infection, mais tenait compte du désir des FSS de conserver leur emploi. Cet équilibre prévoit la réaffectation temporaire préventive des FSS aux prises avec une dermatite modérée à grave qui dispensent des soins directs à des populations de patients à risque élevé (p. ex. nouveau-nés, patients gravement immunodéprimés et patients des unités de soins intensifs ou postopératoires). La réaffectation temporaire des FSS aux prises avec une dermatite à des postes sans prestation de soins directs aux patients pourrait également être effectuée en situation d'éclosion, quand la présence de peau non intacte pour accroître le risque de transmission. Dans la mesure du possible, on devrait prendre les décisions relatives à la réaffectation en consultation avec les professionnels de la santé et de la sécurité au travail, et de la prévention et du contrôle des infections.

### Recommandations :

24. Les professionnels de la santé devraient aviser les fournisseurs de soins de santé qui sont aux prises avec une dermatite et pourraient courir un risque accru de colonisation qu'ils pourraient éventuellement être plus susceptibles que les fournisseurs de soins de santé sans dermatite de transmettre des microorganismes capables de coloniser ou d'infecter des patients (p. ex. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline). (Cote IIIA; question de recherche n° [29](#))

25. Durant les éclosions de maladie, les professionnels de la santé pourraient recommander la réaffectation temporaire des fournisseurs de soins de santé aux prises avec une dermatite des mains à des postes sans soins directs aux patients. Dans le cas des fournisseurs de soins de santé qui sont aux prises avec une dermatite modérée ou grave et qui prodiguent des soins directs à des patients à risque accru d'infection (p. ex. nouveau-nés, patients gravement immunodéprimés et patients des unités de soins intensifs ou postopératoires), une réaffectation temporaire pourrait être recommandée jusqu'à ce que les symptômes se résorbent ou soient qualifiés de légers. (Cote IIIB; question de recherche n° [29](#))

Les recommandations proposées reposent sur des opinions d'expert, des éléments de preuve présentés ici et les questions de recherche n° [24](#), [26](#) et [28](#).

## 3. Recherches futures

---

En se fondant sur la présente recherche documentaire, le CDPMS a établi les priorités de recherche suivantes pour l'avenir :

**Variations saisonnières** (voir le *Contexte*, [section 1.6](#)) :

- Dans l'ensemble, les études épidémiologiques et de cohorte fournissent peu de données à propos des effets des variations saisonnières sur la dermatite de contact, et des recherches additionnelles sont requises.<sup>76</sup>

**Facteurs de risque personnels avant l'affectation** (voir la question de recherche n° [1](#)) :

- Les facteurs de risque personnels qui contribuent au développement de la dermatite de contact professionnelle chez les fournisseurs de soins de santé (FSS) sont peu clairs, et les éléments de preuve à ce chapitre sont faibles et souvent contradictoires. La compréhension des facteurs de risque personnels pourrait faire en sorte que les FSS soient plus renseignés avant le début de l'emploi.

**Surveillance de l'état de la peau** (voir la question de recherche n° [8](#)) :

- Aucune étude ne s'est penchée sur la surveillance de l'état de la peau pour prévenir ou détecter la dermatite de contact professionnelle. L'accès limité à des outils de détection de la dermatite de contact professionnelle légère pourrait compliquer l'identification et la divulgation rapides, ainsi que l'intervention visant à contrer les tendances sur le plan de l'incidence et de la prévalence.

**Fréquence de dépistage optimale** (voir la question de recherche n° [9](#)) :

- La dermatite de contact professionnelle cause un fardeau économique important sous forme de frais médicaux, de perte de productivité et d'absentéisme.<sup>46</sup> Des recherches futures comparant le coût du dépistage aux économies effectuées grâce au dépistage rapide pourraient aider à orienter les recommandations relatives à la fréquence de dépistage optimale.

**Crèmes (barrières) protectrices** (voir la question de recherche n° [12](#)) :

- Le rôle des crèmes protectrices en milieu de soins de santé demeure controversé. Des études additionnelles sont nécessaires pour déterminer si elles sont vraiment bénéfiques et quels dommages elles pourraient causer. Des renseignements supplémentaires sur les différentes formulations et leurs résultats pourraient orienter les recommandations futures.

**Utilisation d'essuie-tout pour l'hygiène des mains** (voir les questions de recherche n° [14](#), [16](#) et [18](#)) :

- Cette analyse documentaire n'a pas fait ressortir d'éléments de preuve relatifs au(x) type(s) d'essuie-tout pouvant être utilisé(s) pour se sécher les mains en milieu de soins de santé. Il est important de choisir un essuie-tout absorbant, mais la façon de déterminer si un essuie-tout pourrait irriter la peau n'est pas claire.

**Utilisation de sous-gants de coton à des fins de prévention** (voir la question de recherche n° [22](#)) :

- La conduite d'études comparant des FSS qui ont la peau en santé et utilisent des sous-gants de coton à des membres d'un groupe témoin n'utilisant pas de sous-gants de coton aidera à déterminer quand utiliser des sous-gants de coton pour prévenir la dermatite de contact professionnelle. Des études additionnelles comparant le cas de FSS aux prises avec une dermatite des mains qui utilisent des sous-gants de coton à des membres de groupes témoin n'utilisant pas de sous-gants de coton fourniraient des éléments de preuve importants. À l'heure actuelle, nous ne disposons que d'opinions d'experts sur les avantages des sous-gants de coton pour la prévention secondaire et tertiaire de la dermatite de contact professionnelle.

**Avantages des sous-gants de coton** (voir la question de recherche n° [23](#)) :

- Des recherches additionnelles sur les avantages de l'usage de gants et de sous-gants de coton gagneraient à évaluer le degré de respect des indications sur le port de gants, et à choisir à la fois des sujets qui ont des symptômes et des sujets qui n'en ont pas. Il serait également utile de déterminer si le port de sous-gants de coton a un effet négatif sur la dextérité manuelle requise afin d'exécuter des tâches spécifiques. Les FSS pourraient être moins enclins à porter des sous-gants de coton si ces derniers nuisent à la dextérité manuelle requise.

**Critères diagnostiques** (voir la question de recherche n° [24](#)) :

- L'accès à un ensemble complet d'outils permettant la détection rapide de la dermatite de contact professionnelle légère et à un algorithme de classification diagnostique de la dermatite de contact professionnelle irritante et allergique faciliterait le repérage et le traitement judicieux des FSS aux prises avec une dermatite de contact professionnelle, et améliorerait la qualité des données transmises.
- La documentation consultée fait part d'effets bénéfiques minimaux des tests épicutanés personnalisés. On devrait examiner le bien-fondé d'ajouter des haptènes qui ne figurent pas dans les batteries standard, mais sont pertinents compte tenu du milieu de soins de santé, de façon à confirmer la valeur additive des tests épicutanés personnalisés.

**Pronostics cliniques** (voir la question de recherche n° [26](#)) :

- On pourrait examiner davantage les facteurs qui ont une incidence sur le pronostic afin de déterminer si certaines personnes nécessiteraient des programmes de prévention individuels plus intenses que d'autres pour améliorer les résultats du traitement.

**Transmission d'infections** (voir la question de recherche n° [29](#)) :

- Des recherches additionnelles doivent être menées pour établir le lien entre la dermatite et la transmission d'infections. Les rapports sur la transmission d'infections associées aux soins de santé devraient indiquer si la dermatite des mains doit être qualifiée de source de transmission. De plus, pour dresser la preuve d'une association entre la dermatite et la transmission, ces rapports devraient rendre compte du nombre de personnes soumises à un dépistage et du nombre de personnes aux prises avec une dermatite (diagnostiquée ou nouvellement détectée dans le cadre d'une enquête relative à une écloison). Le type de dépistage effectué devrait également prévoir le typage génétique pour accroître la confiance dans le lien épidémiologique établi.

## Annexe A : Pratiques de prévention et de contrôle des infections relatives à la dermatite de contact professionnelle

Tableau 18. Pratiques de prévention et de contrôle des infections relatives à la dermatite de contact professionnelle

État de la peau	Définition	Hygiène des mains	Port de gants	Soins aux patients
Peau normale	Aucune anomalie	DMBA de préférence Les DMBA à propriétés émoullientes hydratent la peau.	Respecter les pratiques de base et précautions supplémentaires <sup>§</sup>	Aucune restriction sur le plan des tâches Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients
Dermatite modérée	Assèchement de la peau, léger érythème	DMBA de préférence Les DMBA à propriétés émoullientes hydratent la peau.	Respecter les pratiques de base et précautions supplémentaires <sup>§</sup>	Aucune restriction sur le plan des tâches Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients
Dermatite légère à modérée	Assèchement de la peau, érythème et craquelures	DMBA de préférence Les DMBA à propriétés émoullientes hydratent la peau.	Port de sous-gants de coton au choix et port de gants conformément aux pratiques de base et précautions supplémentaires <sup>§</sup>	Aucune restriction sur le plan des tâches Hygiène des mains correspondant aux besoins en matière de soins aux patients

État de la peau	Définition	Hygiène des mains	Port de gants	Soins aux patients
Dermatite modérée	Assèchement, érythème modéré, craquelures et desquamation avec ou sans vésicules mineures	Savon et eau de préférence  Le DMBA peut donner des picotements.	Port de sous-gants de coton recommandé et port de gants conformément aux pratiques de base et précautions supplémentaires <sup>§</sup>	Limiter les soins directs aux patients  Le lavage des mains avec de l'eau et du savon respecte les exigences d'hygiène des mains relatives aux soins aux patients.
Dermatite modérée à grave	Assèchement de la peau et érythème modérés, craquelures, desquamation et vésicules purulentes	Se laver les mains à l'eau et au savon	Minimiser ou éviter le port de gants	Cesser les soins directs aux patients
Dermatite grave	Assèchement de la peau et érythème graves, craquelures, fissures et vésicules purulentes	Se laver les mains à l'eau et au savon	Éviter le port de gants	Cesser les soins directs aux patients

Abréviations : DMBA = Désinfectant pour les mains à base d'alcool

<sup>§</sup> Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3<sup>e</sup> édition. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012.

Adapté de :

1. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Fiches d'information Réponses SST : Dermatite de contact irritant [Internet], Hamilton, ON, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2016 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/dermatite.html>
2. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Fiches d'information Réponses SST : Dermatite de contact allergique [Internet], Hamilton, ON, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2016 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : [https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/allergic\\_derm.html](https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/allergic_derm.html)

## Annexe B : Substances irritantes et allergènes en milieu de travail

**Tableau 19. Substances irritantes et allergènes associées à des professions à haut risque**

Profession	Irritants	Allergènes
Travailleurs agricoles	Engrais artificiels, nettoyeurs, carburant diesel, désinfectants, essence, pesticides, plantes et grains	Aliments pour animaux, orge, ciment, plantes, pesticides, avoine, caoutchouc, médicaments vétérinaires, agents de conservation du bois
Artistes	Argile, plâtre, solvants	Colophane, teintures, résine époxyde, colorants, térébenthine
Travailleurs de l'industrie de l'automobile et de l'avionnerie	Huiles de coupe, produits nettoyeurs pour les mains, peintures, solvants	Cobalt, chromates, résines époxydes et diméthacrylate, nickel, caoutchouc
Boulangers et confiseurs	Détergents, farine	Persulfate d'ammonium, peroxyde de benzoyle, teintures, huiles essentielles, arômes, citron, orange, épices
Barmen	Détergents, travaux humides	Arômes, citron, lime, orange
Relieurs	Colles, solvants	Colles, cuirs, résines
Bouchers	Détergents, viande, déchets	Nickel, sciure
Ébénistes et menuisiers	Détergents, colles, solvants, diluants, agents de conservation du bois	Colophane, colles, vernis, térébenthine, bois
Nettoyeurs	Détergents, solvants, travaux humides	Agents de conservation (p. ex. hydroxytoluène butylé), fragrances, gants de caoutchouc <sup>¶</sup>
Travailleurs des mines de charbon	Poussière (p. ex. charbon, pierre), conditions humides	Bottes et masques de caoutchouc

Profession	Irritants	Allergènes
Travailleurs de la construction	Ciment	Chromates, cobalt, résines, gants de cuir et de caoutchouc, bois
Cuisiniers et traiteurs	Détergents, jus de légumes, travaux humides	Aliments, arômes, formaldéhyde, ail, gallate de lauryle et d'octyle, oignons, gants de caoutchouc, <sup>¶</sup> métabisulfite de sodium, épices
Dentistes et techniciens en dentisterie	Détergents, produits nettoyants pour les mains, travaux humides	Matériau d'empreintes dentaires, désinfectants, eugéno, anesthésiques locaux, mercure, méthacrylates (p. ex. méthacrylate de méthyle), caoutchouc
Nettoyeurs à sec	Solvants	Gants de caoutchouc <sup>¶</sup>
Électriciens	Flux de brasage	Fondants, résines, caoutchouc
Electroplastistes	Acides, alcalis	Chrome, cobalt, nickel
Embaumeurs		Formaldéhyde
Poseurs de revêtements de plancher	Solvants	Ciment, résines, vernis, bois
Fleuristes et jardiniers	Engrais artificiels, fumier, pesticides, travaux humides	Pesticides, plantes, gants de caoutchouc <sup>¶</sup>
Travailleurs de l'industrie sidérurgique		Colophane, résines phénol-formaldéhyde et urée-formaldéhyde
Coiffeurs	Décolorants, solutions à permanente, shampoings, travaux humides	Teintures, formaldéhyde, nickel, fragrances, persulfates, agents de conservation (p. ex. méthylisothiazolinone), pyrogallol, résorcinol, gants de caoutchouc <sup>¶</sup>
Fournisseurs de soins de santé et personnel médical	Produits nettoyants, détergents, désinfectants, aliments, produits	Anesthésiques locaux, antibiotiques, antiseptiques, matériel dentaire, excipients et fragrances dans les produits de soin des mains, formaldéhyde, glutaraldéhyde, agents de conservation (p. ex.

Profession	Irritants	Allergènes
	nettoyants pour les mains, chaleur, transpiration, travaux humides	hydroxytoluène butylé), gants de caoutchouc, <sup>¶</sup> chloroxylénol liquide, phénothiazines
Personnes au foyer	Produits nettoyants, détergents, aliments, travaux humides	Chromates, arômes, aliments, nickel, produits de polissage, gants de caoutchouc, <sup>¶</sup> épices
Bijoutiers	Détergents, solvants	Résine époxyde, métaux, flux de brasage
Mécaniciens	Nettoyants, carburant diesel, essence, lubrifiants, huiles, solvants	Antigel, chromates, résine époxyde, gants de caoutchouc <sup>¶</sup>
Travailleurs de la métallurgie	Huiles de coupe, produits nettoyants pour les mains, solvants	Additifs de certaines huiles de coupe, chromates, nickel
Travailleurs de bureau	Solvants, photocopieurs, produits adhésifs	Colle, nickel, caoutchouc
Peintres	Produits nettoyants pour les mains, solvants, diluants, produits pour le papier peint, produits adhésifs	Produits adhésifs, chromates, cobalt, résine époxyde, formaldéhyde, peintures, résines de polyester, agents de conservation (p. ex. méthylisothiazolinone, méthylchloroisothiazolinone), diluants, Térébenthine
Travailleurs de l'industrie de la photographie	Solvants, travaux humides	Chromates, révélateurs chromogènes, formaldéhyde, hydroquinone, para-aminophénol, gants de caoutchouc, <sup>¶</sup> métabisulfite de sodium
Travailleurs de l'industrie du plastique	Acides, agents oxydants, solvants, styrène	Acryliques, durcisseurs, résines phénoliques, plastifiants, polyuréthanes
Imprimeurs	Solvants	Chromates, cobalt, colophane, formaldéhyde, nickel, térébenthine
Travailleurs de l'industrie du caoutchouc	Solvants, talc, caoutchouc non durci, zinc stéarate	Colophane, teintures, produits chimiques du caoutchouc
Cordonnier	Solvants	Colles, cuir, caoutchouc, térébenthine

Profession	Irritants	Allergènes
Travailleurs de la tannerie	Acides, alcalis, agents réducteurs et oxydants, travaux humides	Chromates, teintures, formaldéhyde, fongicides, agents de tannage
Travailleurs du textile	Agents de blanchissage, fibres, solvants	Chromates, teintures, formaldéhyde, nickel, résines
Vétérinaires et travailleurs des abattoirs	Entrailles et sécrétions animales, désinfectants, travaux humides	Gants de caoutchouc, <sup>¶</sup> médicaments

<sup>¶</sup> latex de caoutchouc naturel et accélérateurs chimiques du caoutchouc

Source :

1. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Fiches d'information Réponses SST : Dermate de contact irritant [Internet], Hamilton, ON, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2016 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/dermatite.html>
2. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Fiches d'information Réponses SST : Dermate de contact allergique [Internet], Hamilton, ON, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2016 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : [https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/allergic\\_derm.html](https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/allergic_derm.html)

# Annexe C : Guide de sélection des gants

---

Les mains des fournisseurs de soins de santé (FSS) sont exposées à une variété de substances nocives en milieu de travail. La source d'exposition la plus courante sont les travaux humides, y compris le gantage et le lavage des mains fréquent, qui pourraient accroître le risque de dermatite de contact irritante. D'autres substances (p. ex. latex de caoutchouc naturel, accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc) auxquelles les FSS sont exposés pourraient causer la dermatite de contact allergique. L'exposition à des produits chimiques nettoyants, médicaments cytotoxiques et pathogènes transmissibles par le sang est également courante chez les FSS. Les FSS courent aussi des risques de coupure et de perforation de la peau en exécutant certaines tâches. En Amérique du Nord, les gants résistants aux perforations sont généralement certifiés ASTM ([F1342-05](#), [F1790-15](#), [F2878-19](#)) ou ANSI ([105-2016](#)). Les gants n'ayant pas obtenu cette certification n'offrent aucune protection, ou une protection minimale seulement, contre les substances nocives susmentionnées. La protection accrue contre les coupures et la pénétration pourrait occasionner une perte de dextérité manuelle. Même dans le cas de gants faits d'un même matériel, le niveau de protection peut dépendre de l'épaisseur du gant et de la qualité de la confection. Le maintien de l'intégrité de la peau est primordial pour prévenir la colonisation par des microorganismes et leur transmission subséquente.

Sont présentés ci-après les facteurs à prendre en compte relativement aux risques d'exposition et résultats, au choix des gants selon la tâche et aux pratiques d'hygiène des mains pour tous les types de gants [[ASTM D7103-18](#)], ainsi que pour chaque type de gants.

## C.1 Tous les types de gants

### Risques d'exposition et résultats

Quelle que soit la tâche à exécuter, les FSS devraient consulter les fiches de données de sécurité pour déterminer quels gants sont appropriés compte tenu des substances auxquelles ils seront exposés. Voir le [Tableau 20](#) pour obtenir une liste de risques et de résultats correspondants possibles.

**Tableau 20. Risques d'exposition et résultats possibles**

Risques d'exposition	Résultats possibles
Agents nettoyants, détergents, désinfectants, aliments, nettoyants pour les mains, transpiration, travaux humides	Dermatite de contact irritante
Anesthésiques locaux, antibiotiques, antiseptiques, fournitures dentaires, excipients et fragrances des produits de soin des mains, formaldéhyde, glutaraldéhyde, chloroxylénol liquide, anesthésiques locaux, phénothiazines, agents de conservation (p. ex. butyl hydroxytoluène), gants de caoutchouc (accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc)	Dermatite de contact allergique et urticaire de contact allergique provenant du latex contenu dans les gants de caoutchouc
Médicaments dangereux, agents cytotoxiques	Cancérogénicité, tératogénicité, toxicité développementale, reprotoxicité ou toxicité relative à un autre organe
Agents pathogènes transmissibles par le sang	Hépatite B, hépatite C ou infection à VIH

### Choix des gants selon la tâche

Pour réduire le risque d'exposition à des travaux humides et au latex de caoutchouc naturel, les FSS devraient choisir leurs gants en fonction de l'évaluation du risque.

L'exposition à des agents pathogènes transmissibles par le sang pourrait exiger de tenir compte d'autres facteurs pour la sélection des gants :

- Dans le cas des tâches entraînant un risque élevé de perforation des gants (p. ex. orthopédie), le double gantage pourrait procurer une protection additionnelle.
- Lorsque le risque de perforation ne peut pas être minimisé de façon adéquate au moyen de la hiérarchie des mesures de contrôle, le port de gants résistants aux perforations est recommandé. Les méthodes passées de vérification de la résistance des gants certifiés [[ASTM F1342-05\(2013\)e1](#) et [ANSI/ISEA 105-2016](#)] aux perforations ne tenaient pas compte des risques de perforation associés aux aiguilles hypodermiques utilisées en milieu de soins de santé. Les sondes de perforation utilisées pour ces tests n'avaient pas la lame pointue et tranchante des aiguilles hypodermiques. De nouvelles méthodes de vérification prenant spécifiquement en compte les aiguilles hypodermiques [[ASTM F2878-19](#)] sont disponibles, et les FSS devraient porter des gants répondant à ces normes au moment d'exécuter des tâches s'accompagnant d'un risque de perforation par des aiguilles. La résistance aux coupures [[ASTM F1790M-15](#); [ANSI/ISEA 105-2016](#)] est une propriété des gants qui est distincte de la résistance aux perforations. Lorsqu'ils ne

peuvent éviter le risque de coupures, les FSS devraient envisager de porter des gants résistants aux coupures.

- Des gants à longues manchettes pourraient être nécessaires pour l'exécution de certaines tâches (p. ex. chimiothérapie, endoscopie, soins obstétricaux).

En plus d'assurer la sélection des gants appropriés pour réduire le risque d'infections à pathogènes transmissibles par le sang, les employeurs devraient veiller à ce que :

- les FSS soient immunisés efficacement contre l'hépatite B (taux d'anticorps post-vaccination contre l'hépatite B supérieur à 10 IU/L)
- l'information et le suivi requis sur la prévention des blessures causées par des objets pointus et tranchants leur soient offerts.

### **Pratiques exemplaires d'hygiène des mains**

Quel que soit le type de gants porté, les FSS devraient suivre les pratiques exemplaires d'hygiène des mains :

- respecter les exigences du programme d'hygiène des mains de l'organisation
- utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool à propriétés émollientes lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées
- utiliser de l'eau et du savon lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées
- éviter les savons antibactériens (p. ex. triclosan)
- utiliser des lotions émollientes pour les mains à intervalles réguliers; ces lotions ne devraient pas contenir de substances allergènes (p. ex. fragrances, formaldéhyde, isothiazolinone)
- porter des gants au besoin seulement
- retirer les gants et les sous-gants, et pratiquer l'hygiène des mains immédiatement après l'exécution d'une tâche ou avant de quitter l'environnement d'un patient

## C.2 Types de gants

Le [Tableau 21](#) présente des risques et résultats d'exposition, des facteurs à prendre en compte au moment de choisir des gants, et les pratiques exemplaires d'hygiène des mains à respecter selon le type de gants.

**Tableau 21. Risques d'exposition et résultats, choix des gants et pratiques exemplaires d'hygiène des mains selon qu'on procède à des soins de santé généraux, à des tâches chirurgicales, à des activités de nettoyage général ou à la préparation d'aliment**

Type de gants	Risques d'exposition et résultats	Choix des gants appropriés selon la tâche	Pratiques exemplaires d'hygiène des mains
Gants de soins de santé généraux 	Voir <a href="#">Risques d'exposition et résultats</a> .	Au moment de choisir des gants de soins de santé généraux, les FSS devraient tenir compte de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le vinyle convient aux activités de plus courte durée (<a href="#">ISO 11193-2 :2006</a>; <a href="#">ASTM D5250-06[2015]</a>).</li> <li>• Le nitrile (<a href="#">ISO 11193-1 :2008</a>; <a href="#">ASTM D6319-10[2015]</a>) est recommandé pour les activités de plus longue durée.</li> <li>• Le nitrile peut être remplacé par le polychloroprène (<a href="#">ASTM D6977-04[2016]</a>).</li> <li>• Le latex sans poudre et à faible teneur en protéines (<a href="#">ISO 11193-1 :2008</a>; <a href="#">ASTM D3578-05[2015]</a>) n'est généralement pas recommandé en raison des risques d'allergies chez les FSS et patients.</li> </ul>	Voir <a href="#">Pratiques exemplaires d'hygiène des mains</a> .
Gants chirurgicaux	Voir <a href="#">Risques d'exposition et résultats</a> .	Au moment de choisir des gants chirurgicaux, les FSS devraient tenir compte de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les gants synthétiques (p. ex. nitrile ou néoprène [<a href="#">ISO 10282 :2014</a>; <a href="#">ASTM D3577-09[2015]</a>]) sont préférables aux gants de latex.</li> </ul>	Les FSS devraient songer à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• éviter les brosses abrasives</li> <li>• utiliser la technique de friction hydroalcoolique</li> </ul>

Type de gants	Risques d'exposition et résultats	Choix des gants appropriés selon la tâche	Pratiques exemplaires d'hygiène des mains
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Si des gants synthétiques ne sont pas disponibles, ils devraient utiliser des gants de latex (<a href="#">ISO 10282 :2014</a>; <a href="#">ASTM D3577-09[2015]</a>) sans poudre et à faible teneur en protéines, et se tenir loin des personnes ayant une allergie au latex.</li> </ul>	pour la préparation des mains à la chirurgie
<p>Gants de nettoyage général</p> 	<p>Les FSS pourraient courir les risques suivants en raison de l'exposition à des agents chimiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sensibilisation à des agents chimiques (p. ex. produits quaternaires)</li> <li>irritation (p. ex. hypochlorite de sodium)</li> <li>dermatite de contact irritante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les gants de nettoyage général sont classés selon leur résistance à la dégradation, leur délai de rupture et leur taux de perméation. Au moment de choisir des gants de nettoyage général, Les FSS devraient opter pour ceux qui offrent la plus grande résistance aux produits chimiques utilisés. Les gants devraient être remplacés à la fréquence correspondant à leur classification, et dès qu'ils sont endommagés ou contaminés.</li> <li>De plus, le nitrile (<a href="#">ISO 11193-1 :2008</a>; <a href="#">ASTM D6319-10[2015]</a>) est recommandé pour les travaux humides de longue durée, et pour l'exposition à certaines poudres et solutions chimiques (se reporter aux fiches de données de sécurité du fabricant).</li> </ul>	Voir <a href="#">Pratiques exemplaires d'hygiène des mains.</a>
<p>Gants de chimiothérapie</p> 	<p>Les FSS pourraient être exposés à des médicaments dangereux et agents cytotoxiques; l'exposition à ces substances peut entraîner la cancérogénicité, la tératogénicité, une</p>	<p>Les FSS devraient s'assurer que l'innocuité des gants utilisés contre les médicaments qu'ils administrent a été vérifiée. À noter également :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les gants de chimiothérapie en nitrile approuvés (<a href="#">ASTM D6978-05[2019]</a>) préviennent la pénétration d'agents cytotoxiques. Cela s'adresse principalement au personnel de pharmacie, personnel infirmier et autre personnel manipulant des agents cytotoxiques (p. ex. médecins,</li> </ul>	Les pratiques exemplaires d'hygiène des mains à respecter au moment d'utiliser des gants de chimiothérapie incluent ce qui suit :

Type de gants	Risques d'exposition et résultats	Choix des gants appropriés selon la tâche	Pratiques exemplaires d'hygiène des mains
	<p>toxicité développementale, une retotoxicité ou une toxicité d'un autre organe.</p>	<p>apprenants, personnel de réception, équipes chargées des déversements).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les FSS qui utilisent des gants de latex (<a href="#">ISO 10282 :2014</a>; <a href="#">ASTM D3577-09[2015]</a>) devraient choisir des gants sans poudre et à faible teneur en protéines, et se tenir loin des personnes ayant une allergie au latex. Les FSS peuvent porter des gants de polyuréthane et de néoprène (<a href="#">ASTM D6978-05[2019]</a>) qui ont été approuvés comme gants de chimiothérapie.</li> </ul> <p>Selon Action Cancer Ontario, le double gantage devrait être effectué au moment d'exécuter les tâches suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réception, déballage et nettoyage de l'emballage et des flacons</li> <li>préparations stériles</li> <li>préparation des crèmes, onguents et solutions orales, et broyage de comprimés</li> <li>administration topique</li> <li>nettoyage des déversements ou des contenants endommagés ou brisés</li> <li>nettoyage du meuble de préparation des aliments</li> </ul> <p>On peut aussi porter des gants plus épais. L'épaisseur requise dépend du matériel utilisé pour la confection des gants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>porter des gants de chimiothérapie appropriés à la tâche</li> <li>changer de gants toutes les 30 minutes ou moins, ou selon les indications du fabricant relatif à la substance</li> <li>se laver les mains avec de l'eau et du savon, et les rincer attentivement après le retrait sécuritaire des gants.</li> </ul>

Type de gants	Risques d'exposition et résultats	Choix des gants appropriés selon la tâche	Pratiques exemplaires d'hygiène des mains
<p>Gants de préparation d'aliments (Gants à sandwichs)</p> 		<p>Les gants de préparation d'aliments (gants à sandwichs) (<a href="#">ASTM D7329-07[2018]</a>) devraient uniquement servir à la manipulation d'aliments.</p>	

## C.3 Normes pertinentes de certification des gants (Amérique du Nord)

### Office des normes générales du Canada (ONGC)

- [ISO 10282:2014 : Gants en caoutchouc à usage chirurgical, stériles, non réutilisables](#)
- [ISO 11193-1:2008 : Gants en caoutchouc pour examen, non réutilisables — Partie 1: Spécifications pour gants fabriqués à partir de latex de caoutchouc ou d'une solution de caoutchouc](#)
- [ISO 11193-2:2006 : Gants en caoutchouc pour examen médical, non réutilisables — Partie 2: Spécifications pour gants fabriqués en chlorure de polyvinyle](#)

### ASTM International

- [D3577-09\(2015\): Standard Specification for Rubber Surgical Gloves](#)
- [D3578-05\(2015\): Standard Specification for Rubber Examination Gloves](#)
- [D5250-06\(2015\): Standard Specification for Polyvinyl Chloride Gloves for Medical Application](#)
- [D6319-10\(2015\): Standard Specification for Nitrile Examination Gloves for Medical Application](#)
- [D6977-04\(2016\): Standard Specification for Polychloroprene Examination Gloves for Medical Application](#)
- [D6978-05\(2019\): Standard Practice for Assessment of Resistance of Medical Gloves to Permeation by Chemotherapy Drugs](#)
- [D7103-18: Standard Guide for Assessment of Medical Gloves](#)
- [D7329-07\(2018\): Standard Specification for Food Preparation and Food Handling \(Food Service\) Gloves](#)
- [F1342-05\(2013\)e1: Standard Test Method for Protective Clothing Material Resistance to Puncture](#)
- [F1790M-15: Standard Test Method for Measuring Cut Resistance of Materials Used in Protective Clothing with CPP Test Equipment](#)
- [F2878-19: Standard Test Method for Protective Clothing Material Resistance to Hypodermic Needle Puncture](#)

## American National Standards Institution (ANSI)

- [ANSI/ISEA 105-2016: Hand Protection Classification](#)

## C.4 Ressources supplémentaires

- Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2014. [Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé](#), 4<sup>e</sup> édition.
- Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2012. [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#), 3<sup>e</sup> édition.
- Smith S. EHS today. 2014 Feb 24. [Understanding Cut-Resistant Levels](#) [fiche infographique].
- Vrshek E. Industrial safety & hygiene news. 2014 Feb 3. [ANSI and EN Cut and Puncture Testing](#).
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). 2007. [Guide de prévention : Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux](#).
- Easty A, Coakley N, Cheng R, Cividino M, Savage P, Tozer R, *et al.* 2013. [Safe Handling of Cytotoxics](#).
- U.S. Food and Drug Administration. 2018 Aug 22. [Medical Devices. Medical Gloves](#).

# Annexe D : Liste de vérification des critères de sélection des gants

---

## D.1 Critères essentiels

Les critères essentiels suivants peuvent servir de liste de vérification en vue du choix des gants appropriés :

1. **Adaptés à la tâche** (p. ex. gants chirurgicaux, gants de soins de santé généraux, gants de chimiothérapie, gants de nettoyage général)
  - Procédure stérile par opposition à non stérile
2. **Bon ajustement**
  - Offerts dans différentes tailles
  - Faciles à enfiler et à retirer
  - Serre-poignet pour permettre leur port en combinaison avec une blouse
  - Manchettes longues au besoin (p. ex. chimiothérapie, endoscopie, soins obstétricaux)
  - Respect des exigences sur le plan de la dextérité
3. **Intégrité de la protection**
  - Respect des exigences selon l'évaluation du risque d'exposition
    - Acides et bases, sels, alcools, huiles et lubrifiants
    - Agents cytotoxiques
    - Travaux humides
    - Sang et fluides corporels
    - Force physique (coupures, perforations [aiguilles ou objets contondants], friction)
  - Protection durant toute la durée d'utilisation (p. ex. intervention rapide ou procédure chirurgicale de longue durée)

#### 4. Certification

- Les certifications obtenues de l'Office des normes générales du Canada (ONGC) et des organismes ASTM International, American National Standards Institution (ANSI) et autres, relativement aux revendications faites par le fabricant (p. ex. résistance aux perforations d'aiguilles hypodermiques, résistance à des agents chimiques particuliers) doivent être indiquées sur l'emballage.
- Les gants « sans poudre » doivent contenir moins de deux milligrammes de poudre et 50 parties par million de protéines par gants.
- Les gants médicaux de latex poudrés doivent contenir moins de 250 parties par million de protéines par gant.

#### 5. Acceptabilité pour les utilisateurs

- Confort d'utilisation
- Préférence
- Sans produit auquel l'utilisateur est allergique (p. ex. latex de caoutchouc naturel, accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc)
- Aucuns gants en latex portés à proximité de personnes ayant une allergie au latex

## D.2 Ressources supplémentaires

- Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2012. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3e édition.
- Smith S. EHS today. 2014 Feb 24. [Understanding Cut-Resistant Levels](#) [fiche infographique].
- Vrshek E. Industrial safety & hygiene news. 2014 Feb 3. [ANSI and EN Cut and Puncture Testing](#).
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTAS). 2007. *Guide de prévention : Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux*.
- Easty A, Coakley N, Cheng R, Cividino M, Savage P, Tozer R, et al. 2013. [Safe Handling of Cytotoxics](#).
- U.S. Food and Drug Administration, 2018 Aug 22. [Medical Devices. Medical Gloves](#).

## Annexe E : Guide de sélection des sous-gants de coton

---

Les gants peuvent être qualifiés de substance nocive pouvant contribuer à la dermatite de contact professionnelle en cas d'allergies à leurs composants (p. ex. latex de caoutchouc naturel, accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc), de port prolongé ou d'affection de peau préexistante. Le port de gants occlusifs sur une longue période pourrait favoriser l'accumulation d'humidité dans les gants (transpiration), ce qui peut avoir un effet négatif sur la fonction de la barrière cutanée.<sup>104</sup> Le port de sous-gants de coton peut aider la situation. Les personnes aux prises avec une dermatite de contact allergique ou irritante pourraient gagner à porter des sous-gants de coton sous les gants servant à l'exécution de leurs tâches (voir la [Figure 11](#)).

- Les sous-gants de coton à usage unique (jetables) faits à 100 % de coton sont utilisés couramment en milieu de soins de santé.
- Les sous-gants de coton réutilisables sont utilisés occasionnellement, habituellement dans les salles d'opération. Pour qu'ils puissent être réutilisés, les sous-gants de coton doivent être qualifiés de gants réutilisables et être retraités selon les directives du fabricant. Les sous-gants de coton réutilisables devraient être jetés s'ils sont endommagés (p. ex. usure importante, déchirures, peluches)<sup>188</sup> ou quand ils ont atteint la fin de leur vie utile selon les directives du fabricant.
- Les sous-gants de coton ne remplacent pas les autres types de sous-gants spécialisés, comme les sous-gants chirurgicaux ou les sous-gants résistants aux coupures.

**Figure 11. Sous-gant en coton (gauche) à usage unique et sous-gant en coton porté sous un gant en nitrile (droite)**



De plus, les facteurs suivants doivent être pris en compte au moment de choisir des sous-gants de coton :

- Les sous-gants sont offerts dans une variété de tailles.
- Le degré d'acceptation de l'utilisateur (p. ex. confort et capacité d'exécution des tâches) devrait être pris en compte.
- Les sous-gants doivent être changés au même moment que les gants.
- Des sous-gants de coton stériles doivent être utilisés en combinaison avec des gants stériles pour les procédures stériles.\*\*
- Les sous-gants de coton ne doivent jamais être réutilisés. Les jeter après usage.\*\*

\*\* Association of periOperative Registered Nurses. Guideline summary : hand hygiene. AORN J. 2017;105(2) :213-7.

## Annexe F : Outil de dépistage et d'évaluation de la gravité de la dermatite

---

Une variété d'outils de dépistage (voir le Tableau 22) et d'outils d'évaluation de la gravité de la dermatite (voir le Tableau 23) ont été nommés dans la partie de ce rapport traitant de l'analyse documentaire effectuée.

**Tableau 22. Outils de dépistage de la dermatite de contact professionnelle utilisés dans le cadre des études examinées**

Questionnaire/sondage	Acronyme	Description
<a href="#">Nichol <i>et al.</i> Hand Dermatitis Screening Tool</a>		Outil autoadministré ou utilisé par une infirmière ou un infirmier de la santé au travail qui inclut un guide illustré pour aider à la classification appropriée de l'état de la peau selon trois catégories : peau normale, dermatite des mains légère, et dermatite des mains modérée/grave.
<a href="#">Nordic Occupational Skin Questionnaire</a>	NOSQ-2002	Questionnaire d'autodéclaration offert en deux versions. Le NOSQ-2002/SHORT est un questionnaire de quatre pages et 14 questions utilisé pour le dépistage et le suivi de maladies de peau d'origine professionnelle frappant les mains et les avant-bras. Le NOSQ-2002/LONG est un questionnaire de 19 pages et 57 questions qui reprend toutes les questions de la version courte en plus de questions additionnelles détaillées sur l'état de la peau, la qualité de vie et les facteurs de risque. La version longue sert généralement à des fins de recherche.

**Tableau 23. Outils d'évaluation de la gravité de la dermatite de contact professionnelle utilisés dans le cadre des études examinées**

Questionnaire/sondage	Acronyme	Description
<a href="#"><u>Hand Eczema Score for Occupational Screenings</u></a>	HEROS	Utilisé par les médecins dans le but de quantifier les atteintes minimales à la peau aux premiers stades de l'eczéma des mains.
<a href="#"><u>Hand Eczema Severity Index</u></a>	HECSI	Utilisé par les médecins dans le but de mesurer la gravité de l'eczéma des mains. Porte à la fois sur l'intensité et l'étendue de la maladie.
<a href="#"><u>Occupational Contact Dermatitis Disease Severity Index</u></a>	ODDI	Utilisé par les médecins dans le but d'évaluer la gravité de la maladie et le handicap fonctionnel découlant de la dermatite de contact professionnelle.
<a href="#"><u>Osnabrueck Hand Eczema Severity Index</u></a>	OHSI	Utilisé par les médecins dans le but de mesurer la gravité de l'eczéma des mains au moyen de l'évaluation des signes morphologiques (érythème, desquamation, papules, vésicules, infiltration, fissures).
<a href="#"><u>Physician's/Investigator's Global Assessment</u></a>	PGA ou IGA	Utilisé par les médecins dans le but de classer l'activité de la maladie selon sa gravité, d'aucune activité à une activité plus grave. L'échelle de gradation peut varier.
<a href="#"><u>Visual Analogue Scale</u></a>	VAS	Mesure autodéclarée servant à classer les symptômes d'une maladie, de symptômes non existants aux pires symptômes possibles. L'outil inclut une composante visuelle permettant de représenter les résultats sur une échelle de 10 cm de long habituellement.

## Annexe G : Outils de mesure de la qualité de vie

Une variété d'outils de mesure de la qualité de vie ont été nommés dans la partie de ce rapport traitant de l'analyse documentaire effectuée (voir les Tableaux [24](#) et [25](#)).

**Tableau 24. Outils de mesure de la qualité de vie spécifiques aux maladies de peau utilisés dans le cadre des études examinées**

Questionnaire/sondage	Acronyme	Description
<a href="#">Dermatology Life Quality Index</a>	DLQI	Questionnaire d'autodéclaration de 10 questions utilisé pour évaluer la perception qu'a la personne de l'impact qu'a eu sa maladie de peau sur sa qualité de vie relative à la santé durant la dernière semaine.
<a href="#">Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung</a>	DGUV	Questionnaire d'autodéclaration utilisé pour évaluer l'impact des cours de prévention individuels sur plusieurs aspects de la vie et du travail chez les personnes aux prises avec une maladie de peau.
<a href="#">Nordic Occupational Skin Questionnaire</a>	NOSQ-2002	Questionnaire d'autodéclaration offert en deux versions. Le NOSQ-2002/SHORT est un questionnaire de quatre pages et 14 questions utilisé pour le dépistage et le suivi de maladies de peau d'origine professionnelle frappant les mains et les avant-bras. Le NOSQ-2002/LONG est un questionnaire de 19 pages et 57 questions qui reprend toutes les questions de la version courte en plus de questions additionnelles détaillées sur l'état de la peau, la qualité de vie et les facteurs de risque. La version longue sert généralement à des fins de recherche.
<a href="#">Skindex-29</a>		Questionnaire d'autodéclaration de 29 questions utilisé pour évaluer la qualité de vie relative à la santé chez des patients aux prises avec une maladie de peau. Le questionnaire inclut des questions sur le fardeau des symptômes, le fonctionnement social et physique et les réactions émotionnelles.

**Tableau 25. Outils généraux de mesure de la qualité de vie utilisés dans le cadre des études examinées**

Questionnaire/sondage	Acronyme	Description
<a href="#">Health Education Impact Questionnaire</a>	heiQ	Questionnaire d'autodéclaration de 42 questions utilisé pour mesurer et évaluer les résultats de programmes de sensibilisation et d'autogestion chez des patients ayant une maladie chronique
<a href="#">Hospital Anxiety and Depression Scale</a>	HADS	Questionnaire d'autodéclaration de 14 questions utilisé pour dépister les symptômes d'anxiété et de dépression
<a href="#">Shirom-Melamed Burnout Measure</a>	SMBM	Questionnaire d'autodéclaration de 14 questions utilisé pour mesurer l'épuisement professionnel
<a href="#">36-Item Short Form Health Survey</a>	SF-36	Questionnaire d'autodéclaration de 36 questions utilisé pour mesurer la qualité de vie relative à la santé
<a href="#">Trier Inventory for Chronic Stress</a>	TICS	Questionnaire d'autodéclaration de 57 questions utilisé pour évaluer le stress chronique

# Bibliographie

---

1. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Contact dermatitis definition [Internet]. Milwaukee, WI: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology; 2018 [cité le 26 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.aaaai.org/conditions-and-treatments/conditions-dictionary/contact-dermatitis>
2. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. Lancet. 2016;387(10023):1109-1122.
3. Association canadienne de dermatologie. Eczéma [Internet]. Ottawa, ON, Association canadienne de dermatologie; 2018 [cité le 26 nov. 2018]. Disponible à : <https://dermatology.ca/public-patients/skin/eczema/>
4. The MSDS Hyper Glossary. Dermatoses [Internet]. Blackwood, NJ: Interactive Learning Paradigms Incorporated; 2016 [cité le 26 nov. 2018]. Disponible à : [www.ilpi.com/msds/ref/dermatosis.html](http://www.ilpi.com/msds/ref/dermatosis.html)
5. National Eczema Society. Emollients [Internet]. London, UK: National Eczema Society; n.d. [cité le 26 nov. 2018]. Disponible à : [www.eczema.org/emollients](http://www.eczema.org/emollients)
6. Haywood A, Glass BD. Pharmaceutical excipients - where do we begin? Aust Prescr. 2011;34:112-4. Disponible à : <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/pharmaceutical-excipients-where-do-we-begin>
7. Armengot-Carbo M, Hernandez-Martin A, Torrel A. The role of filaggrin in the skin barrier and disease development. Actas Dermosifiliogr. 2015;106(2):86-95.
8. Chipinda I, Hettick JM, Siegel PD. Haptenation: chemical reactivity and protein binding. J Allergy (Cairo). 2011;2011:839682. Disponible à : <https://www.hindawi.com/journals/ja/2011/839682/>
9. Ontario Hospital Association; Ontario Medical Association; Joint Communicable Disease Protocols Committee in collaboration with the Ministry of Health and Long-Term Care. Influenza surveillance protocol for Ontario hospitals [Internet]. Toronto, ON: Ontario Hospital Association; 2018 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : [https://www.oha.com/Documents/Influenza%20Protocol%20\(November%202018\).pdf](https://www.oha.com/Documents/Influenza%20Protocol%20(November%202018).pdf)
10. Infection Prevention and Control Canada. Definition of an ICP [Internet]. Winnipeg, MB: Infection Prevention and Control Canada; n.d. [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://ipac-canada.org/definition-of-an-icp.php>
11. Robinson M, Visscher M, Laruffa A, Wickett R. Natural moisturizing factors (NMF) in the stratum corneum (SC). I. Effects of lipid extraction and soaking. J Cosmet Sci. 2010;61(1):13-22.
12. Bhatia R, Alikhan A, Maibach HI. Contact urticaria: present scenario. Indian J Dermatol. 2009;54(3):264-8. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810696/>

13. British Occupational Health Research Foundation. Occupational contact dermatitis and urticaria: a guide for occupational health professionals, safety professionals and safety representatives [Internet]. London, UK: British Occupational Health Research Foundation; 2010 [cité le 27 nov. 2018]. Disponible à : [https://www.bohrf.org.uk/downloads/OCDU\\_Guide-1.pdf](https://www.bohrf.org.uk/downloads/OCDU_Guide-1.pdf)
14. Institute for Work & Health. What researchers mean by primary, secondary and tertiary prevention [Internet]. Toronto, ON: Institute for Work & Health; 2015 [cité le 26 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>
15. Wagner GR. Screening and surveillance of workers exposed to mineral dust. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41876>
16. Behroozy A, Keegel TG. Wet-work exposure: a main risk factor for occupational hand dermatitis. *Saf Health Work*. 2014;5(4):175-80. Disponible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791114000560?via%3Dihub>
17. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, LRO 1990, chap. O.1. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01>
18. Ontario. Ministère du Travail. Guide de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* [Internet]. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2019 [cité le 9 août 2019]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/document/guide-de-la-loi-sur-la-sante-et-la-securite-au-travail>
19. Ontario. Ministère du Travail. Guide pour les comités et les délégués en matière de santé et de sécurité [Internet]. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2019 [cité le 10 mai 2019]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/guide-pour-les-comites-et-les-delegues-en-matiere-de-sante-et-de-securite>
20. *Établissements d'hébergement et de soins de santé*, Règl. de l'Ontario 67/93. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/930067>
21. *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, LO 1997, chap. 16, annexe A. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/97w16>
22. Gouvernement du Canada. Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) [Internet]. Ottawa, ON, gouvernement du Canada, 2016 [cité le 26 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-environnement-milieu-travail/sante-securite-travail/systeme-information-matieres-dangereuses-utilisees-travail.html>
23. *Code canadien du travail*, RSC 1985, c L-2. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/L-2/page-1.html>
24. *Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail*, DORS/86-304. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-86-304/TexteCompleet.html>
25. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Public Health Ontario's Internal Health Equity Working Group. Reducing health inequities: a focus area of PHO. A strategic

framework to build awareness, strengthen capacity and contribute to reducing health inequities. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2017.

26. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2006 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : [www.who.int/social\\_determinants/resources/leveling\\_up\\_part1.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf)

27. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : Instauration de l'équité en santé en agissant sur des déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. Disponible à : [file:///C:/Users/Edgar/Downloads/9789242563702\\_fre.pdf](file:///C:/Users/Edgar/Downloads/9789242563702_fre.pdf)

28. Gouvernement du Canada. Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? [Internet]. Ottawa, ON, Gouvernement du Canada; 2013 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/pourquoi-canadiens-sont-sante.html>

29. Code des droits de la personne, LRO 1990, chap. H.19. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h19>

30. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé [Internet], 3<sup>e</sup> éd. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018 [cité le 10 mai 2019]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-environmental-cleaning.pdf?la=fr>

31. Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, editors. Rook's textbook of dermatology. 9<sup>th</sup> ed. Oxford, UK: John Wiley & Sons; 2016.

32. Rapini RP. Clinical and pathologic differential diagnosis. In: Bologna ML, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology. 2<sup>nd</sup> ed. London: Mosby Elsevier; 2008. p. 1-5.

33. Sams WM, Lunch P, editors. Principles and practice of dermatology. 2<sup>nd</sup> ed. London, UK: Churchill Livingstone; 1996.

34. Proksch E, Brandner JM, Jensen JM. The skin: an indispensable barrier. Exp Dermatol. 2008;17(12):1063-72. Disponible à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0625.2008.00786.x>

35. Watkins P. Using emollients to restore and maintain skin integrity. Nurs Stand. 2008;22(41):51-7; quiz 58.

36. The Histology Guide. Layers in the epidermis [Internet]. Leeds, UK: Faculty of Biological Sciences, University of Leeds; n.d. [cité le 27 nov. 2018]. Disponible à : [https://www.histology.leeds.ac.uk/skin/epidermis\\_layers.php](https://www.histology.leeds.ac.uk/skin/epidermis_layers.php)

37. Lee R. Skin is like a brick wall – when it breaks, your skin gets irritated & dry. In: Just About Skin blog [Internet]. 2013 Dec 13 [cité le 29 août 2019]. Disponible à : [www.justaboutskin.com/2013/12/brick-wall-barrier-function/](http://www.justaboutskin.com/2013/12/brick-wall-barrier-function/)
38. Elias PM, Williams ML. What is the skin barrier, and why does it matter? [Internet]. San Francisco, CA: Elias Williams Medical Corporation; 2015 [cité le 27 nov. 2018]. Disponible à : <https://eliasandwilliams.com/skin-barrier/>
39. Lee SH, Jeong SK, Ahn SK. An update of the defensive barrier function of skin. *Yonsei Med J*. 2006;47(3):293-306. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688147/>
40. Sasseville D. Occupational contact dermatitis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2008;4(2):59-65. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868883/>
41. Palm NW, Rosenstein RK, Medzhitov R. Allergic host defences. *Nature*. 2012;484(7395):465-72. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3596087/>
42. Skotnicki S; Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal. Allergic contact dermatitis versus irritant contact dermatitis. Discussion paper prepared for The Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal [Internet]. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2014 [cité le 27 nov. 2018]. Disponible à : <http://wsiat.on.ca/tracITDocuments/MLODocuments/Discussions/allergic.pdf>
43. Maibach HI. Manual of contact dermatitis. *Arch Dermatol*. 1975;111(4):544.
44. Agarwal US, Besarwal RK, Gupta R, Agarwal P, Napalia S. Hand eczema. *Indian J Dermatol*. 2014;59(3):213-24. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037938/>
45. Gooderham M, Bourcier M, de Gannes G, Dhadwal G, Fahim S, Gulliver W, et al. Management of chronic hand dermatitis: a practical guideline for the general practitioner. *Skin Therapy Lett*. 2016;11(1). Disponible à : <http://www.skintherapyletter.com/eczema/chronic-hand-dermatitis/>
46. Higgins CL, Palmer AM, Cahill JL, Nixon RL. Occupational skin disease among Australian healthcare workers: a retrospective analysis from an occupational dermatology clinic, 1993-2014. *Contact Dermatitis*. 2016;75(4):213-22.
47. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menne T. The epidemiology of hand eczema in the general population--prevalence and main findings. *Contact Dermatitis*. 2010;62(2):75-87.
48. UCSF School of Medicine. Lichenification [Internet]. Oakland, CA: University of California Regents [cité le 27 nov. 2018]. Disponible à : <http://missinglink.ucsf.edu/lm/DermatologyGlossary/lichenification.html>
49. Nicholson PJ, Llewellyn D, editors. Occupational contact dermatitis & urticarial. London, UK: British Occupational Health Research Foundation; 2010. Disponible à : <https://www.bohrf.org.uk/downloads/OccupationalContactDermatitisEvidenceReview-Mar2010.pdf>

50. Nicholson PJ, Llewellyn D, English JS; Guidelines Development Group. Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. *Contact Dermatitis*. 2010;63(4):177-86.
51. Schwensen JF, Friis UF, Menne T, Johansen JD. One thousand cases of severe occupational contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2013;68(5):259-68.
52. Cashman MW, Reutemann PA, Ehrlich A. Contact dermatitis in the United States: epidemiology, economic impact, and workplace prevention. *Dermatol Clin*. 2012;30(1):87-98, viii.
53. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M, Bruynzeel DP, Frosch P, et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol*. 2009;160(2):353-8.
54. Ibler KS, Jemec GB, Flyvholm MA, Diepgen TL, Jensen A, Agner T. Hand eczema: prevalence and risk factors of hand eczema in a population of 2274 healthcare workers. *Contact Dermatitis*. 2012;67(4):200-7.
55. van der Meer EW, Boot CR, van der Gulden JW, Jungbauer FH, Coenraads PJ, Anema JR. Hand eczema among healthcare professionals in the Netherlands: prevalence, absenteeism, and presenteeism. *Contact Dermatitis*. 2013;69(3):164-71.
56. Wiszniewska M, Walusiak-Skorupa J. Recent trends in occupational contact dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2015;15(7):43.
57. Holness DL. Recent advances in occupational dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2013;13(2):145-50.
58. Visser MJ, Verberk MM, van Dijk FJ, Bakker JG, Bos JD, Kezic S. Wet work and hand eczema in apprentice nurses; part I of a prospective cohort study. *Contact Dermatitis*. 2014;70(1):44-55.
59. McMichael AJ. Standardized mortality ratios and the "healthy worker effect": scratching beneath the surface. *J Occup Med*. 1976;18(3):165-8.
60. Chowdhury R, Shah D, Payal AR. Healthy worker effect phenomenon: revisited with emphasis on statistical methods - a review. *Indian J Occup Environ Med*. 2017;21(1):2-8. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763838/>
61. Last JM, Thuriaux M, Spasoff RA, Porta M, Friedman GD. A dictionary of epidemiology. 3<sup>rd</sup> ed. New York, NY: Oxford University Press; 1995.
62. Stocks SJ, McNamee R, van der Molen HF, Paris C, Urban P, Campo G, et al. Trends in incidence of occupational asthma, contact dermatitis, noise-induced hearing loss, carpal tunnel syndrome and upper limb musculoskeletal disorders in European countries from 2000 to 2012. *Occup Environ Med*. 2015;72(4):294-303.

63. Kasemsarn P, Bosco J, Nixon RL. The role of the skin barrier in occupational skin diseases. *Curr Probl Dermatol*. 2016;49:135-43.
64. Lurati AR. Occupational risk assessment and irritant contact dermatitis. *Workplace Health Saf*. 2015;63(2):81,7; quiz 88.
65. Nicholson PJ. Occupational contact dermatitis: known knowns and known unknowns. *Clin Dermatol*. 2011;29(3):325-30.
66. Diepgen TL. Occupational skin diseases. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2012;10(5):297-313; quiz 314-5. Disponible à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1610-0387.2012.07890.x>
67. Turkalj I, Mikov I, Jovanovic M, Brkic S, Mikov A, Petrovic V. Occupational skin diseases in Autonomous Province of Vojvodina. *HealthMED*. 2012;6(2):531-6.
68. Ibler KS, Jemec GB, Diepgen TL, Gluud C, Lindschou Hansen J, Winkel P, et al. Skin care education and individual counselling versus treatment as usual in healthcare workers with hand eczema: randomised clinical trial. *BMJ*. 2012;345:e7822. Disponible à : <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e7822.long>
69. Lugovic-Mihic L, Fercek I, Duvancic T, Bulat V, Jezovita J, Novak-Bilic G, et al. Occupational contact dermatitis amongst dentists and dental technicians. *Acta Clin Croat*. 2016;55(2):293-300.
70. Ale IS, Maibacht HA. Diagnostic approach in allergic and irritant contact dermatitis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2010;6(2):291-310.
71. Schwensen JF, Menne T, Johansen JD. The combined diagnosis of allergic and irritant contact dermatitis in a retrospective cohort of 1000 consecutive patients with occupational contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2014;71(6):356-63.
72. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Fiches d'information Réponses SST : Dermatite de contact irritant [Internet]. Hamilton, ON, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2019 [cité le 20 août 2019]. Disponible à : <https://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/dermatitis.html>
73. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Fiches d'information Réponses SST : Dermatite de contact allergique [Internet]. Hamilton, ON, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2019 [cité le 20 août 2019]. Disponible à : [https://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/allergic\\_derm.html](https://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/allergic_derm.html)
74. Danby SG. Biological variation in skin barrier function: from A (atopic dermatitis) to X (xerosis). *Curr Probl Dermatol*. 2016;49:47-60.
75. Engebretsen KA, Johansen JD, Kezic S, Linneberg A, Thyssen JP. The effect of environmental humidity and temperature on skin barrier function and dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(2):223-49.
76. Goad N, Gawkrödger DJ. Ambient humidity and the skin: the impact of air humidity in healthy and diseased states. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(8):1285-94.

77. Boonchai W, Sirikudta W, Iamtharachai P, Kasemsarn P. Latex glove-related symptoms among health care workers: a self-report questionnaire-based survey. *Dermatitis*. 2014;25(3):135-9.
78. Spiewak R. Contact dermatitis in atopic individuals. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2012;12(5):491-7.
79. Thyssen JP, McFadden JP, Kimber I. The multiple factors affecting the association between atopic dermatitis and contact sensitization. *Allergy*. 2014;69(1):28-36.
80. International Contact Dermatitis Research Group. About us [Internet]. Carlton, AU: International Contact Dermatitis Research Group; 2011 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20190124120706/www.icdrg.org/>
81. Spiewak R. Patch testing for contact allergy and allergic contact dermatitis. *Open Allergy J*. 2008;1:42-51. Disponible à : <https://benthamopen.com/contents/pdf/TOALLJ/TOALLJ-1-42.pdf>
82. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé [Internet], 4<sup>e</sup> éd. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014 [cité le 10 mai 2017]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-hand-hygiene.pdf?la=fr>
83. 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.
84. Boyce JM, Pittet D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51(RR-16):1-45, quiz CE1-4. Disponible à : [www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf)
85. Stutz N, Becker D, Jappe U, John SM, Ladwig A, Spornraft-Ragaller P, et al. Nurses' perceptions of the benefits and adverse effects of hand disinfection: alcohol-based hand rubs vs. hygienic handwashing: a multicentre questionnaire study with additional patch testing by the German Contact Dermatitis Research Group. *Br J Dermatol*. 2009;160(3):565-72.
86. Kampf G, Löffler H. Dermatological aspects of a successful introduction and continuation of alcohol-based hand rubs for hygienic hand disinfection. *J Hosp Infect*. 2003;55(1):1-7.
87. Visscher MO, Randall Wickett R. Hand hygiene compliance and irritant dermatitis: a juxtaposition of healthcare issues. *Int J Cosmet Sci*. 2012;34(5):402-15.
88. Teichmann A, Jacobi U, Waibler E, Sterry W, Lademann J. An in vivo model to evaluate the efficacy of barrier creams on the level of skin penetration of chemicals. *Contact Dermatitis*. 2006;54(1):5-13.

89. Health Protection Scotland, Infection Control Team. Standard infection control precautions literature review: hand hygiene - skin care. Version 3.0 [Internet]. Glasgow, UK: Health Protection Scotland; 2016 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <http://www.nipcm.scot.nhs.uk/documents/sicp-hand-hygiene-skin-care/>
90. Susitaival P, Flyvholm MA, Meding B, Kanerva L, Lindberg M, Svensson A, et al. Nordic Occupational Skin Questionnaire (NOSQ-2002): a new tool for surveying occupational skin diseases and exposure. Contact Dermatitis. 2003;49(2):70-6. Disponible à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.0105-1873.2003.00159.x>
91. Shamout Y, Adishes A. The Nordic Occupational Skin Questionnaire. Occup Med (Lond). 2016;66(1):82.
92. Zack B, Arrandale VH, Holness DL. Preventing occupational skin disease: a review of training programs. Dermatitis. 2017;28(3):169-82.
93. Purnamawati S, Indrastuti N, Danarti R, Saefudin T. The role of moisturizers in addressing various kinds of dermatitis: a review. Clin Med Res. 2017;15(3-4):75-87. Disponible à : [www.clinmedres.org/content/15/3-4/75.long](http://www.clinmedres.org/content/15/3-4/75.long)
94. Sethi A, Kaur T, Malhotra SK, Gambhir ML. Moisturizers: the slippery road. Indian J Dermatol. 2016;61(3):279-87. Disponible à : [www.e-ijd.org/text.asp?2016/61/3/279/182427](http://www.e-ijd.org/text.asp?2016/61/3/279/182427)
95. Watkins P. The use of emollient therapy for ageing skin. Nurs Older People. 2011;23(5):31-7.
96. University of British Columbia, Department of Dermatology and Skin Science. Principles of skin therapy: common types of topical formulations [Internet]. Vancouver, BC: University of British Columbia [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : [www.dermweb.com/therapy/common.htm](http://www.dermweb.com/therapy/common.htm)
97. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, 3<sup>rd</sup> éd. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/infection-prevention-control/routine-practices-additional-precautions>
98. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance for the selection and use of personal protective equipment in healthcare settings [Internet]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health & Human Services; 2004 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/PPEslides6-29-04.pdf>
99. Agarwal S, Gawkrödger DJ. Latex allergy: a health care problem of epidemic proportions. Eur J Dermatol. 2002;12(4):311-5.
100. Liss GM, Sussman GL, Deal K, Brown S, Cividino M, Siu S, et al. Latex allergy: epidemiological study of 1351 hospital workers. Occup Environ Med. 1997;54(5):335-42. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1128782/>

101. U.S. Food and Drug Administration. Banned devices; powdered surgeon's gloves, powdered patient examination gloves, and absorbable powder for lubricating a surgeon's glove. Fed Regist. 2016;81(243):(91722-91731). Disponible à : <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-12-19/pdf/2016-30382.pdf>
102. Occupational Dermatology Research and Education Centre, Nixon R, Frowen K. Occupational contact dermatitis in Australia. Prepared for the National Occupational Health and Safety Commission. Canberra, AU: Commonwealth of Australia; 2006. Disponible à : [https://www.safeworkaustralia.gov.au/system/files/documents/1702/occupational\\_contact\\_dermatitis\\_australia.pdf](https://www.safeworkaustralia.gov.au/system/files/documents/1702/occupational_contact_dermatitis_australia.pdf)
103. Occupational Safety and Health Administration. Standard interpretations: mineral oil and/or petrolatum containing skin care products and latex gloves [Internet]. Washington, DC: United States Department of Labor; 1993 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.osha.gov/laws-regs/standardinterpretations/1993-08-24>
104. Tiedemann D, Clausen ML, John SM, Angelova-Fischer I, Kezic S, Agner T. Effect of glove occlusion on the skin barrier. Contact Dermatitis. 2016;74(1):2-10.
105. Centers for Disease Control and Prevention, The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Hierarchy of controls [Internet]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health & Human Services; 2015 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>
106. Holness L, Kudla I. Prevention strategy – dermatitis – 2015 update [Internet]. Toronto, ON: St Michael's Hospital; 2015 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : [www.ohcow.on.ca/edit/files/news/16102015/Dermatitis%20Prevention%20Strategy\\_%202015%20update%20-%20April2015%20FINAL.PDF](http://www.ohcow.on.ca/edit/files/news/16102015/Dermatitis%20Prevention%20Strategy_%202015%20update%20-%20April2015%20FINAL.PDF)
107. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, Coenraads PJ, Elsner P, English J, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. J Dtsch Dermatol Ges. 2015;13(1):e1-22.
108. Fonacier L, Bernstein DI, Pacheco K, Holness DL, Blessing-Moore J, Khan D, et al. Contact dermatitis: a practice parameter-update 2015. J Allergy Clin Immunol Pract. 2015;3(3 Suppl):S1-39. Disponible à : <https://www.aaaai.org/Aaaai/media/MediaLibrary/PDF%20Documents/Practice%20and%20Parameters/Contact-dermatitis-2015.pdf>
109. Lynde C, Barber K, Claveau J, Gratton D, Ho V, Krafchik B, et al. Canadian practical guide for the treatment and management of atopic dermatitis. J Cutan Med Surg. 2005;8 Suppl 5:1-9.
110. Johnston GA, Exton LS, Mohd Mustapa MF, Slack JA, Coulson IH, English JS, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of contact dermatitis 2017. Br J Dermatol. 2017;176(2):317-29.
111. Sezer E, Etikan I. Local narrowband UVB phototherapy vs. local PUVA in the treatment of chronic hand eczema. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2007;23(1):10-4.

112. Ibbotson SH. A perspective on the use of NB-UVB phototherapy vs. PUVA photochemotherapy. *Front Med (Lausanne)*. 2018;5:184. Disponible à : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2018.00184/full>
113. *Loi sur le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail*, LRC 1985, ch. C-13. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-13/page-1.html>
114. *Loi canadienne sur les droits de la personne*, LRC 1985, ch. H-6. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/h-6/page-1.html>
115. *Loi sur les accidents du travail*, LRO 1990, chap. W.11. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90w11>
116. Holness DL. Workers with occupational contact dermatitis: work outcomes and return to work process in the first six months following diagnosis. *J Allergy (Cairo)*. 2011;2011:170693. Disponible à : <https://www.hindawi.com/journals/ja/2011/170693/>
117. Mollerup A, Veien NK, Johansen JD. Chronic hand eczema--self-management and prognosis: a study protocol for a randomised clinical trial. *BMC Dermatol*. 2012;12:6. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492110/>
118. Best M, Neuhauser D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(3):233-4. Disponible à : <https://qualitysafety.bmj.com/content/13/3/233.long>
119. Pires D, Tartari E, Bellissimo-Rodrigues F, Pittet D. Why language matters: a tour through hand hygiene literature. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2017;6:65. Disponible à : <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-017-0218-8>
120. Plowman R. The socioeconomic burden of hospital acquired infection. *Euro Surveill*. 2000;5(4):49-50. Disponible à : <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/esm.05.04.00004-en>
121. Grice EA, Segre JA. The skin microbiome. *Nat Rev Microbiol*. 2011;9(4):244-53. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3535073/>
122. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge: clean care is safer care. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1)
123. NHS Plus, Royal College of Physicians, Faculty of Occupational Medicine. Dermatitis: occupational aspects of management. A national guideline [Internet]. London, UK: Royal College of Physicians; 2009 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/dermatitis-occupational-aspects-management-2009>
124. Smedley J, Williams S, Peel P, Pedersen K; Dermatitis Guideline Development Group. Management of occupational dermatitis in healthcare workers: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2012;69(4):276-9.

125. Apfelbacher CJ, Soder S, Diepgen TL, Weisshaar E. The impact of measures for secondary individual prevention of work-related skin diseases in health care workers: 1-year follow-up study. *Contact Dermatitis*. 2009;60(3):144-9.
126. Chen J, Gomez P, Kudla I, DeKoven J, Holness DL, Skotnicki S. Return to work for nurses with hand dermatitis. *Dermatitis*. 2016;27(5):308-12.
127. Clemmensen KK, Randboll I, Ryborg MF, Ebbehøj NE, Agner T. Evidence-based training as primary prevention of hand eczema in a population of hospital cleaning workers. *Contact Dermatitis*. 2015;72(1):47-54.
128. Ibler KS, Agner T, Hansen JL, Gluud C. The Hand Eczema Trial (HET): design of a randomised clinical trial of the effect of classification and individual counselling versus no intervention among health-care workers with hand eczema. *BMC Dermatol*. 2010;10:8. Disponible à : <https://bmcdematol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-5945-10-8>
129. Heron RJ. Worker education in the primary prevention of occupational dermatoses. *Occup Med (Lond)*. 1997;47(7):407-10.
130. van der Meer EW, Boot CR, Twisk JW, Coenraads PJ, Jungbauer FH, van der Gulden JW, et al. Hands4U: the effectiveness of a multifaceted implementation strategy on behaviour related to the prevention of hand eczema—a randomised controlled trial among healthcare workers. *Occup Environ Med*. 2014;71(7):492-9. Disponible à : <https://oem.bmj.com/content/71/7/492.long>
131. Dulon M, Pohrt U, Skudlik C, Nienhaus A. Prevention of occupational skin disease: a workplace intervention study in geriatric nurses. *Br J Dermatol*. 2009;161(2):337-44.
132. van der Meer EW, van der Gulden JW, van Dongen D, Boot CR, Anema JR. Barriers and facilitators in the implementation of recommendations for hand eczema prevention among healthcare workers. *Contact Dermatitis*. 2015;72(5):325-36. Disponible à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cod.12331>
133. Mauro M, De Giusti V, Bovenzi M, Larese Filon F. Effectiveness of a secondary prevention protocol for occupational contact dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(4):656-63.
134. Schuler M, Spanier K, Lukaszczik M, Schwarze M, Musekamp G, Osborne RH, et al. Individual prevention courses for occupational skin diseases: changes in and relationships between proximal and distal outcomes. *Contact Dermatitis*. 2015;72(6):371-80.
135. Soost S, Graupner I, Morch-Roder A, Pohrt U, Worm M. A 7-step consultation plan for health care workers and hairdressers. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007;5(9):756-60.
136. Wilke A, Gediga K, Weinhoppel U, John SM, Wulfhorst B. Long-term effectiveness of secondary prevention in geriatric nurses with occupational hand eczema: the challenge of a controlled study design. *Contact Dermatitis*. 2012;66(2):79-86.

137. Wilke A, Gediga G, Schlesinger T, John SM, Wulfhorst B. Sustainability of interdisciplinary secondary prevention in patients with occupational hand eczema: a 5-year follow-up survey. *Contact Dermatitis*. 2012;67(4):208-16.
138. Wulfhorst B, Bock M, Gediga G, Skudlik C, Allmers H, John SM. Sustainability of an interdisciplinary secondary prevention program for hairdressers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010;83(2):165-71.
139. Holness DL, Nethercott JR. Is a worker's understanding of their diagnosis an important determinant of outcome in occupational contact dermatitis? *Contact Dermatitis*. 1991;25(5):296-301.
140. Lysdal SH, Sosted H, Andersen KE, Johansen JD. Hand eczema in hairdressers: a Danish register-based study of the prevalence of hand eczema and its career consequences. *Contact Dermatitis*. 2011;65(3):151-8.
141. Malkönen T, Jolanki R, Alanko K, Luukkonen R, Aalto-Korte K, Lauerma A, et al. A 6-month follow-up study of 1048 patients diagnosed with an occupational skin disease. *Contact Dermatitis*. 2009;61(5):261-8.
142. Skudlik C, Wulfhorst B, Gediga G, Bock M, Allmers H, John SM. Tertiary individual prevention of occupational skin diseases: a decade's experience with recalcitrant occupational dermatitis. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008;81(8):1059-64.
143. Wilson JM, Jugner G. Principles and practice of screening for disease [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1968 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : [www.who.int/ionizing\\_radiation/medical\\_radiation\\_exposure/munich-WHO-1968-Screening-Disease.pdf](http://www.who.int/ionizing_radiation/medical_radiation_exposure/munich-WHO-1968-Screening-Disease.pdf)
144. Fletcher RH, Fletcher SW. *Clinical epidemiology: the essentials*. 4<sup>th</sup> ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
145. van der Meer EW, Boot CR, Jungbauer FH, van der Klink JJ, Rustemeyer T, Coenraads PJ, et al. Hands4U: a multifaceted strategy to implement guideline-based recommendations to prevent hand eczema in health care workers: design of a randomised controlled trial and (cost) effectiveness evaluation. *BMC Public Health*. 2011;11:669. Disponible à : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-669>
146. van der Meer EW, Boot CR, Jungbauer FH, Coenraads PJ, van der Gulden JW, Anema JR. Implementation of recommendations for hand eczema through a multifaceted strategy. A process evaluation among health care workers. *Acta Derm Venereol*. 2014;94(6):651-7. Disponible à : <https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-1830>
147. van der Meer EW, Boot CR, van der Gulden JW, Knol DL, Jungbauer FH, Coenraads PJ, et al. Hands4U: the effects of a multifaceted implementation strategy on hand eczema prevalence in a healthcare setting. Results of a randomized controlled trial. *Contact Dermatitis*. 2015;72(5):312-24.
148. van der Meer EW, van Dongen JM, Boot CR, van der Gulden JW, Bosmans JE, Anema JR. Economic evaluation of a multifaceted implementation strategy for the prevention of hand eczema among

healthcare workers in comparison with a control group: the Hands4U study. *Acta Derm Venereol.* 2016;96(4):499-504. Disponible à :

<https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-2287>

149. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé, 3<sup>e</sup> éd. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014 Disponible à :

<https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-hai-surveillance.pdf?la=fr>

150. Smit HA, Coenraads PJ, Lavrijsen AP, Nater JP. Evaluation of a self-administered questionnaire on hand dermatitis. *Contact Dermatitis.* 1992;26(1):11-6.

151. Bregnhøj A, Sosted H, Menne T, Johansen JD. Validation of self-reporting of hand eczema among Danish hairdressing apprentices. *Contact Dermatitis.* 2011;65(3):146-50.

152. Marti-Margarit A, Manresa JM, Herdman M, Pujol R, Serra C, Flyvholm MA, et al. Valid screening questions useful to diagnose hand and forearm eczema are available in the Spanish language, a new tool for global research. *Eur J Dermatol.* 2015;25(2):145-55.

153. van Wendel de Joode B, Vermeulen R, Heederik D, van Ginkel K, Kromhout H. Evaluation of two self-administered questionnaires to ascertain dermatitis among metal workers and its relation with exposure to metal working fluids. *Contact Dermatitis.* 2007;57(1):14-20.

154. Nichol K, Copes R, Kersey K, Eriksson J, Holness DL. Screening for hand dermatitis in healthcare workers: comparing workplace screening with dermatologist photo screening. *Contact Dermatitis.* 2019;80(6):374-81.

155. Weistenhofer W, Baumeister T, Drexler H, Kutting B. How to quantify skin impairment in primary and secondary prevention? HEROS: a proposal of a hand eczema score for occupational screenings. *Br J Dermatol.* 2011;164(4):807-13.

156. Skudlik C, Dulon M, Pohrt U, Appl KC, John SM, Nienhaus A. Osnabrueck hand eczema severity index--a study of the interobserver reliability of a scoring system assessing skin diseases of the hands. *Contact Dermatitis.* 2006;55(1):42-7.

157. van der Valk PG, van Gils RF, Boot CR, Evers AW, Donders R, Alkemade HA, et al. A simple tool with which to study the course of chronic hand eczema in clinical practice: a reduced-item score. *Contact Dermatitis.* 2013;69(2):112-7.

158. Mostosi C, Simonart T. Effectiveness of barrier creams against irritant contact dermatitis. *Dermatology.* 2016;232(3):353-62. Disponible à : <https://www.karger.com/Article/FullText/444219>

159. Nicolay CR. Hand hygiene: an evidence-based review for surgeons. *Int J Surg.* 2006;4(1):53-65. Disponible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919105000440>

160. Sasahara T, Ae R, Watanabe M, Kimura Y, Yonekawa C, Hayashi S, et al. Contamination of healthcare workers' hands with bacterial spores. *J Infect Chemother*. 2016;22(8):521-5.
161. Raymond P. Getting the basics right: choosing paper hand towels for use in one trust. *Prof Nurse*. 2004;19(11):48-9.
162. Zapka CA, Campbell EJ, Maxwell SL, Gerba CP, Dolan MJ, Arbogast JW, et al. Bacterial hand contamination and transfer after use of contaminated bulk-soap-refillable dispensers. *Appl Environ Microbiol*. 2011;77(9):2898-904. Disponible à : <https://aem.asm.org/content/77/9/2898.long>
163. Malkönen T, Alanko K, Jolanki R, Luukkonen R, Aalto-Korte K, Lauerma A, et al. Long-term follow-up study of occupational hand eczema. *Br J Dermatol*. 2010;163(5):999-1006.
164. DermNet NZ. Allergy to rubber accelerators [Internet]. Hamilton, NZ: DermNet New Zealand Trust; 2002 [cité le 28 nov. 2018]. Disponible à : <https://www.dermnetnz.org/topics/allergy-to-rubber-accelerators>
165. Ramsing DW, Agner T. Effect of glove occlusion on human skin (II). Long-term experimental exposure. *Contact Dermatitis*. 1996;34(4):258-62.
166. Gomez de Carvalho M, Calvo B, Benach J, Pujol R, Gimenez-Arnau AM. Assessment of the Mathias criteria for establishing occupational causation of contact dermatitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(5):411-21.
167. Ingber A, Merims S. The validity of the Mathias criteria for establishing occupational causation and aggravation of contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2004;51(1):9-12.
168. Mitchell JC, Maibach HI. Allergic contact dermatitis from phenoxybenzamine hydrochloride: cross-sensitivity to some related haloalkylamine compounds. *Contact Dermatitis*. 1975;1(6):363-6.
169. Friis UF, Menne T, Schwensen JF, Flyvholm MA, Bonde JP, Johansen JD. Occupational irritant contact dermatitis diagnosed by analysis of contact irritants and allergens in the work environment. *Contact Dermatitis*. 2014;71(6):364-70.
170. Houle MC, Holness DL, Dekoven J, Skotnicki S. Additive value of patch testing custom epoxy materials from the workplace at the occupational disease specialty clinic in Toronto. *Dermatitis*. 2012;23(5):214-9.
171. Slodownik D, Williams J, Frowen K, Palmer A, Matheson M, Nixon R. The additive value of patch testing with patients' own products at an occupational dermatology clinic. *Contact Dermatitis*. 2009;61(4):231-5.
172. Holness DL. Health care services use by workers with work-related contact dermatitis. *Dermatitis*. 2004;15(1):18-24.
173. Wall LM, Gebauer KA. A follow-up study of occupational skin disease in Western Australia. *Contact Dermatitis*. 1991;24(4):241-3.

174. Lan CC, Feng WW, Lu YW, Wu CS, Hung ST, Hsu HY, et al. Hand eczema among university hospital nursing staff: identification of high-risk sector and impact on quality of life. *Contact Dermatitis*. 2008;59(5):301-6.
175. Matteredne U, Apfelbacher CJ, Soder S, Diepgen TL, Weisshaar E. Health-related quality of life in health care workers with work-related skin diseases. *Contact Dermatitis*. 2009;61(3):145-51.
176. Boehm D, Schmid-Ott G, Finkeldey F, John SM, Dwinger C, Werfel T, et al. Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2012;67(4):184-92.
177. Diepgen TL, Scheidt R, Weisshaar E, John SM, Hieke K. Cost of illness from occupational hand eczema in Germany. *Contact Dermatitis*. 2013;69(2):99-106.
178. Bhatia R, Sharma VK, Ramam M, Sethuraman G, Yadav CP. Clinical profile and quality of life of patients with occupational contact dermatitis from New Delhi, India. *Contact Dermatitis*. 2015;73(3):172-81.
179. Lau MY, Matheson MC, Burgess JA, Dharmage SC, Nixon R. Disease severity and quality of life in a follow-up study of patients with occupational contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2011;65(3):138-45.
180. Böhm D, Stock Gissendanner S, Finkeldey F, John SM, Werfel T, Diepgen TL, et al. Severe occupational hand eczema, job stress and cumulative sickness absence. *Occup Med (Lond)*. 2014;64(7):509-15.
181. Breuer K, John SM, Finkeldey F, Boehm D, Skudlik C, Wulfhorst B, et al. Tertiary individual prevention improves mental health in patients with severe occupational hand eczema. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(9):1724-31.
182. Albrich WC, Harbarth S. Health-care workers: source, vector, or victim of MRSA? *Lancet Infect Dis*. 2008;8(5):289-301.
183. Brans R, Kolomanski K, Mentzel F, Vollmer U, Kaup O, John SM. Colonisation with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and associated factors among nurses with occupational skin diseases. *Occup Environ Med*. 2016;73(10):670-5.
184. Rocha LA, Ferreira de Almeida E Borges, L., Gontijo Filho PP. Changes in hands microbiota associated with skin damage because of hand hygiene procedures on the health care workers. *Am J Infect Control*. 2009;37(2):155-9.
185. Michiels B, Appelen L, Franck B, den Heijer CD, Bartholomeeusen S, Coenen S. *Staphylococcus aureus*, including methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, among general practitioners and their patients: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140045. Disponible à : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140045>

186. Boers SA, van Ess I, Euser SM, Jansen R, Tempelman FR, Diederens BM. An outbreak of a multiresistant methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* (MR-MSSA) strain in a burn centre: the importance of routine molecular typing. *Burns*. 2011;37(5):808-13.
187. Lynde CW, Andriessen A, Bertucci V, McCuaig C, Skotnicki S, Weinstein M, et al. The skin microbiome in atopic dermatitis and its relationship to emollients. *J Cutan Med Surg*. 2016;20(1):21-8.
188. Copeland J. Gloves that last [Internet]. Dallas, TX: Occupational Health & Safety (OH&S); 2013 [cité le 3 déc. 2018]. Disponible à : <https://ohsonline.com/Articles/2003/06/Gloves-That-Last.aspx>

**Santé publique Ontario**

480, av. University, bureau 300  
Toronto (Ontario)  
M5G 1V2  
647.260.7100  
[communications@oahpp.ca](mailto:communications@oahpp.ca)  
[santepubliqueontario.ca](http://santepubliqueontario.ca)

