

## Document de principes

# La prévention et le contrôle des infections au cabinet du pédiatre

Dorothy L. Moore

Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Ottawa (Ontario)

**Correspondance** : Société canadienne de pédiatrie, 100–2305, boul. St. Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8

Courriel : [info@cps.ca](mailto:info@cps.ca); site Web : [www.cps.ca](http://www.cps.ca)

Les documents de principes et points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont révisés régulièrement et modifiés au besoin. Consultez la page [www.cps.ca/fr/documents](http://www.cps.ca/fr/documents) du site Web de la SCP pour en obtenir la version la plus à jour. Les documents obsolètes sont retirés du site.

### Résumé

La transmission d'infections au cabinet du pédiatre est une source de préoccupation croissante. Le présent document traite des voies de transmission des infections et des principes de contrôle des infections actuellement en vigueur. La prévention englobe un aménagement du cabinet et des politiques administratives appropriés, le triage, les pratiques de soins habituelles pour tous les patients (p. ex., hygiène des mains; port de gants, de masques, d'un dispositif de protection oculaire et de blouses pour certaines interventions; nettoyage, désinfection et stérilisation des surfaces et de l'équipement, y compris les jouets; technique d'asepsie pour les interventions invasives), ainsi que les précautions additionnelles en cas d'infections particulières. Les membres du personnel doivent avoir reçu les vaccins nécessaires, et ceux qui sont atteints d'une infection doivent respecter les politiques de restriction au travail.

**Mots-clés** : *Ambulatory; Infection control; Infection transmission; Paediatric office*

Les jeunes enfants contractent et transmettent facilement des infections. Ils sont souvent porteurs d'organismes infectieux et peuvent excréter des agents pathogènes, particulièrement des virus respiratoires et gastro-intestinaux, même s'ils demeurent asymptomatiques. Dans les lieux où les jeunes enfants se rassemblent, l'étroite proximité avec de nombreux hôtes contagieux et susceptibles favorise la transmission. Des caractéristiques comportementales, telles que l'incontinence ou l'hygiène inadéquate, le contact fréquent des mains, des jouets et d'autres objets avec la bouche, la sialorrhée et le contact direct entre les enfants pendant les jeux, facilitent la propagation des infections (1).

La prévention de la transmission d'infections au cabinet du médecin représente un volet important des soins aux patients, qui préoccupe les dispensateurs de soins, les patients et les parents. Quantité de données portent sur les infections que contractent les enfants hospitalisés, et il existe des protocoles bien établis pour réduire le risque d'infections nosocomiales. Cependant, on ne connaît pas le risque d'infection en milieu ambulatoire ni l'efficacité ou la faisabilité des mesures de contrôle des infections qui y sont adoptées. Les recommandations axées sur les cabinets

de médecin sont rares, sont imprécises dans certaines régions et peuvent être difficiles à mettre en œuvre (1–6).

Le présent document est une mise à jour du document de principes que la Société canadienne de pédiatrie a publié en 2008 (7). Destiné aux médecins qui soignent des enfants en cabinet de pédiatrie générale, il aborde les recommandations publiées et des questions controversées et fournit des suggestions et des recommandations validées par des opinions professionnelles. Les soins ambulatoires spécialisés, où des traitements invasifs comme la dialyse, la thérapie parentérale, l'endoscopie ou les interventions chirurgicales ou dentaires ambulatoires sont monnaie courante, peuvent se prêter à des précautions additionnelles.

### UN ÉQUILIBRE ENTRE LES DIVERSES PRIORITÉS

Les programmes de contrôle des infections sont conçus pour limiter le risque de transmission à un seuil acceptable. Il est important d'évaluer la gravité et les conséquences de la transmission par rapport aux résultats des mesures préventives adoptées. Il faut également adapter les pratiques en fonction

du niveau de soins prodigué et de la population de patients visée (1).

L'objectif de prévenir la transmission des infections peut s'opposer à celui d'offrir un cabinet accueillant pour les enfants. Les médecins doivent décider si les avantages d'un cabinet où les enfants sont libres de jouer ensemble, de partager des jouets et d'avoir généralement du plaisir tout en exerçant leurs habiletés sociales sont plus importants que les risques de contracter une infection.

## HISTORIQUE

### La transmission des infections en pédiatrie ambulatoire

Par le passé, la plupart des infections contractées en milieu ambulatoire découlaient d'interventions qui y étaient exécutées : abcès après l'injection de vaccins ou de médicaments contaminés, conjonctivite virale à cause d'équipement ophtalmique contaminé, transmission de virus à diffusion hématogène par de l'équipement mal stérilisé, complication d'une opération d'un jour et transmission par la décontamination inadéquate des endoscopes (8,9). Les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C étaient transmis à cause de la contamination de fioles multidoses ou parce que la préparation, le désassemblage et l'élimination du matériel d'injection étaient effectués en un même endroit (10).

La rougeole peut être transmise aux cabinets des pédiatres. Dans les années 1980, une forte proportion de tous les cas de rougeole aux États-Unis était contractée en milieu ambulatoire (8,9). Des cas de transmission par seul contact avec l'air contaminé ont été attestés dans deux éclosions aux cabinets de pédiatres (11,12). On recense des rapports de transmission de la tuberculose des pédiatres aux patients en cabinet (13,14). Par ailleurs, la coqueluche a été transmise à des professionnels de la santé en milieu ambulatoire pédiatrique (15).

En l'absence de précautions, des infections communautaires courantes, telles que les infections des voies respiratoires et les infections gastro-intestinales virales, peuvent être transmises au cabinet du médecin. Cependant, aucun cas de propagation de ce genre n'a été signalé, peut-être parce qu'il est difficile de distinguer les expositions en cabinet de celles dans la communauté. En effet, les jeunes enfants ont de quatre à dix infections des voies respiratoires et jusqu'à quatre gastroentérites par année (16,17). Ils peuvent les contracter en milieu de garde, à l'école, dans des centres commerciaux ou des centres de loisirs achalandés, à moins que leurs frères ou sœurs, leurs parents, d'autres membres de leur famille, des amis ou des personnes qui s'occupent d'eux ne soient les vecteurs de transmission. Dans une étude, des chercheurs ont comparé le taux d'infections des voies respiratoires et gastro-intestinales chez des enfants en santé de moins de trois ans qui s'étaient rendus au cabinet de leur médecin au cours de la semaine précédente à celui d'enfants témoins faisant partie de la même clientèle pédiatrique qui n'avaient pas consulté pendant cette période. Ils n'ont constaté

aucune augmentation du risque d'infection. En effet, 30 % des enfants qui étaient allés au cabinet et 32 % de ceux qui n'y étaient pas allés ont contracté une infection (18). Dans une étude réalisée à l'Hôpital de Montréal pour enfants, au Québec, les chercheurs n'ont constaté aucune différence significative du taux de nouvelles infections des voies respiratoires ou gastro-intestinales entre les enfants qui avaient consulté à l'urgence au cours de la semaine précédente (17,3 %) et ceux qui n'y étaient pas allés (23,4 %) (19). En revanche, une autre étude a rendu compte d'une augmentation du risque d'affection grippale chez un membre de la famille dans les deux semaines suivant le rendez-vous prévu pour le bilan de santé d'un enfant (20).

### Les facteurs qui influent sur le risque de transmission

Les jeunes enfants et les autres enfants qui sont incapables de gérer leurs sécrétions respiratoires, ceux qui font de la diarrhée et qui sont aux couches ou incontinents et ceux qui ont une plaie ouverte ou une lésion cutanée infectée sont tous des sources probables d'infection (21).

Les organismes qui survivent sur l'équipement de soins, les diverses surfaces ou les jouets sont plus susceptibles de se propager. Une forte contamination du milieu accroît le potentiel de transmission, de même qu'une faible dose infectieuse. Les virus respiratoires et les rotavirus ont de faibles doses infectieuses et persistent longtemps sur les objets (22-27). Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) (28) et le virus respiratoire syncytial (VRS) (29) survivent sur la membrane du stéthoscope. La transmission du VRS à partir des objets ou des surfaces est attestée (30). Des bases de thermomètre électronique et des brassards de tensiomètre contaminés ont contribué à la transmission du *Clostridium difficile* et de l'entérocoque résistant à la vancomycine (31-33). Les enfants non immunisés contre l'agent infectieux, qui sont malades, immunodéprimés ou atteints d'une maladie débilitante, sont plus vulnérables à l'infection.

Le risque de transmission entre patients est moins élevé en cabinet que dans une unité hospitalière. Au cabinet, les patients sont en contact moins longtemps les uns avec les autres, ils sont généralement en meilleure santé et subissent moins d'interventions invasives. Ils peuvent toutefois demeurer dans une salle d'attente achalandée pendant une longue période. Par ailleurs, il n'est pas toujours établi immédiatement qu'un patient est atteint d'une maladie contagieuse, et la nécessité d'utiliser rapidement les salles d'examen peut nuire au nettoyage (4). Certains cabinets n'ont plus de salle d'attente; les patients sont dirigés vers une salle d'examen dès leur arrivée (34).

## LES PRINCIPES DE CONTRÔLE DES INFECTIONS ACTUELLEMENT EN VIGUEUR

Les lignes directrices à jour pour prévenir la transmission des infections reposent sur les principes suivants :

- Certaines mesures, qu'on appelle pratiques systématiques ou précautions de base au Canada (1) et précautions standards (*Standard Precautions*) aux États-Unis (4), doivent être respectées pour les soins de tous les patients, quel que soit leur diagnostic, en fonction de la tâche exécutée. On vise ainsi à prévenir la transmission d'une infection par un patient, qu'il soit symptomatique ou non, au cas où son sang, ses liquides organiques, ses excréments et ses sécrétions contiendraient des agents pathogènes.
- D'autres mesures, qu'on appelle précautions additionnelles au Canada (1) et précautions liées au mode de transmission (*Transmission-based Precautions*) aux États-Unis (4), sont nécessaires chez les patients atteints d'infections particulières. Elles dépendent de la présentation clinique et du mode de transmission des microorganismes anticipés ou présents. Il est essentiel de dépister les manifestations cliniques de l'infection afin de savoir chez quels patients les employer (tableau 1).
- Les inquiétudes au sujet de la transmission d'agents pathogènes respiratoires en milieu ambulatoire sont devenues une question d'actualité pendant l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003. La conscientisation accrue a suscité la création de recommandations en vue d'une « étiquette respiratoire », laquelle représentait une nouvelle norme de comportement de la part des patients en milieu ambulatoire. Les milieux ambulatoires sont enjoint d'adopter des mesures de confinement afin de prévenir la transmission d'infections des voies respiratoires dès le premier contact du patient avec l'établissement de soins (1,2,4,35,36).

## LES VOIES DE TRANSMISSION DES INFECTIONS (1,2,4,21)

**La transmission par contact** est la voie de transmission la plus fréquente. Elle inclut le contact direct (contact physique entre personnes infectées et personnes susceptibles) et le contact indirect (par des surfaces intermédiaires contaminées, comme les mains, l'équipement et les jouets). Les pratiques systématiques appropriées devraient prévenir la plupart des cas de transmission par cette voie. Les précautions additionnelles contre la transmission par contact (port de gants et de blouse, désinfection de l'équipement et des surfaces) s'imposent contre les agents à faible dose infectieuse (p. ex., rotavirus) et dans les situations où la contamination généralisée de l'environnement du patient est à prévoir (p. ex., diarrhées aqueuses impossibles à contenir dans une couche ou jeune enfant atteint d'une infection des voies respiratoires et présentant d'abondantes sécrétions respiratoires).

**La transmission par gouttelettes** désigne la propagation par de grosses gouttelettes expulsées des voies respiratoires par la toux et les éternuements de l'enfant infecté, puis inhalées ou déposées dans les muqueuses respiratoires des personnes situées à proximité. Elle ne nécessite pas de ventilation particulière, parce que les grosses gouttelettes ne restent pas en

suspension dans l'air, mais se déposent sur les surfaces situées près du patient source. Jusqu'à récemment, on recommandait que les personnes situées à moins d'un mètre du patient portent un masque chirurgical ou un masque d'intervention, mais on a commencé à craindre que les grosses gouttelettes se propagent à plus d'un mètre et on a allongé la distance à deux mètres, tout en sachant qu'un mètre suffit probablement pour les jeunes enfants et les personnes à la toux peu puissante (1).

Certains organismes transmis par gouttelettes (p. ex., *Haemophilus influenzae* de type b, *Neisseria meningitidis* et *Bordetella pertussis*) sont fragiles et ne survivent pas sur les surfaces ni sur les mains.

D'autres organismes, comme le VRS, les virus influenza et para-influenza, le rhinovirus, l'adénovirus et le coronavirus du SRAS, survivent assez longtemps sur diverses surfaces pour être transférés sur les mains des patients ou du personnel. La transmission par gouttelettes et par contact est alors possible. Ainsi, les virus respiratoires peuvent être transmis par inhalation, par le dépôt de grosses gouttelettes sur les muqueuses ou par l'inoculation des muqueuses nasales ou des conjonctives par les mains contaminées. Un masque chirurgical ou un masque d'intervention peut protéger les membres du personnel contre le dépôt de gouttelettes sur les muqueuses et peut également contribuer à éviter qu'ils portent les mains à leur nez ou à leur bouche. Un dispositif de protection oculaire apporte un rempart supplémentaire contre l'infection par l'intermédiaire de la conjonctive. Il est démontré que le port d'un écran facial ou de lunettes de sécurité prévient les infections à VRS chez le personnel soignant (37,38). La transmission du VRS diminue également lorsque les membres du personnel portent des gants, mais pas de masque ni de dispositif de protection oculaire, probablement parce qu'ils sont alors moins susceptibles de se toucher le nez ou les yeux. Cette observation laisse croire que la transmission du VRS par contact est probablement plus importante que celle par gouttelettes (39,40).

**La transmission aérogène** se produit lorsque les particules infectieuses survivent sous forme d'aérosols de petites gouttelettes desséchées en provenance des voies respiratoires ou sous forme d'aérosols de particules squameuses d'origine cutanée, lesquels demeurent en suspension dans l'air et se dispersent sur de grandes distances par les courants d'air. Pour prévenir la transmission, il faut une salle à pression négative, c'est-à-dire que l'air est expulsé à l'extérieur du bâtiment ou purifié par un filtre à haute efficacité (HEPA) avant d'être remis en circulation. Le port d'un masque très ajusté spécial muni d'un filtre intégré qui bloque toutes les particules d'un diamètre de plus d'un micron et dont l'efficacité est garantie à 95 % (N95) est recommandé pour les personnes vulnérables qui doivent pénétrer dans la pièce. La transmission aérogène est peu courante, mais importante, car la varicelle, la rougeole, la tuberculose et la variole se propagent toutes par cette voie. Même si, selon les données probantes, des infections comme celles causées par le coronavirus du SRAS et le coronavirus du

**Tableau 1.** Affections qui justifient des précautions additionnelles\*

Infection	Précautions	Durée des précautions
Coqueluche (diagnostiquée ou présumée)	Gouttelettes	Jusqu'à cinq jours après l'administration de l'antibiotique approprié ou jusqu'à ce que la coqueluche ait été écartée
Gale (diagnostiquée ou présumée)	Contact	Jusqu'à l'application du premier traitement
Gastroentérite	Contact	Pendant la durée des symptômes ou jusqu'à ce qu'une cause infectieuse ait été écartée
Grippe aviaire <sup>†</sup>	Gouttelettes et contact	Jusqu'à 14 jours après l'apparition des symptômes
Hépatite, virale (types A et E, diagnostiquée ou présumée)	Contact	Jusqu'à ce qu'une infection virale ait été écartée; jusqu'à sept jours après l'apparition des symptômes en cas de diagnostic d'hépatite A
Impétigo à streptocoque du groupe A non couvert par un pansement	Contact	Jusqu'à 24 heures après l'administration du traitement approprié
Infection cutanée (lésions étendues, abcès ou plaie infectée si la suppuration ou l'exsudat n'est pas couvert et contenu par un pansement)	Contact	Pendant la durée de la suppuration ou jusqu'à la guérison des lésions exsudatives
Infection entérovirale (diagnostiquée ou présumée) <sup>‡</sup>	Contact	Pendant la durée de la maladie
Infection virale des voies respiratoires (diagnostiquée ou présumée; bronchiolite, rhume banal, croup, pneumonie ou pharyngite)	Gouttelettes et contact	Pendant la durée de la maladie ou jusqu'à ce que l'infection virale ait été écartée
Maladie invasive à streptocoque du groupe A; pharyngite, pneumonie, scarlatine à streptocoque du groupe A	Gouttelettes	Jusqu'à 24 heures après l'administration de l'antibiotique approprié
Méningite (diagnostiquée ou présumée)	Gouttelettes et contact	
Bactérienne	Gouttelettes	Jusqu'à 24 heures après l'administration d'un antibiotique approprié
Virale	Contact	Pendant la durée de la maladie
Oreillons	Gouttelettes	Jusqu'à neuf jours après l'apparition de l'œdème
Oreillons (contact), patient non immunisé, en période d'incubation	Gouttelettes	De dix jours après la première journée d'exposition jusqu'à 26 jours après la dernière journée d'exposition
Organismes antibiorésistants (infection ou colonisation), y compris le SARM	Contact	Si le patient est considéré comme à risque de transmettre la maladie (voir le texte)
Pétéchies ou éruption ecchymotique avec fièvre (méningococcémie présumée)	Gouttelettes	Jusqu'à 24 heures après l'administration de l'antibiotique approprié ou jusqu'à ce que l'infection à méningocoque ait été écartée
Rougeole (diagnostiquée ou présumée)	Aérogène	Jusqu'à quatre jours après l'apparition de l'éruption (et pendant la durée de la maladie si le patient est immunodéprimé)
Rougeole (contact), patient non immunisé, en période d'incubation	Aérogène	De cinq jours après le premier jour d'exposition jusqu'à 21 jours après la dernière journée d'exposition
Rubéole	Gouttelettes	Jusqu'à sept jours après l'apparition de l'éruption
Rubéole (contact), patient non immunisé, en période d'incubation	Gouttelettes	De sept jours après la première journée d'exposition jusqu'à 21 jours après la dernière journée d'exposition

**Tableau 1.** suite

Infection	Précautions	Durée des précautions
SRAS <sup>†</sup> Cov-SRMO <sup>†</sup>	Gouttelettes et contact (et port du masque N95)	Jusqu'à dix jours après la résolution de la fièvre
Tuberculose (diagnostiquée ou présumée), forme infectieuse <sup>§</sup>	Aérogène	Jusqu'à ce que la non-infectiosité ait été confirmée
Varicelle (diagnostiquée ou présumée)	Aérogène et contact	Jusqu'à ce que les lésions aient formé des croûtes ou aient séché ou que la varicelle ait été écartée
Varicelle (contact), patient non immunisé, en période d'incubation	Aérogène	De huit jours après la première journée d'exposition jusqu'à 21 jours après la dernière journée d'exposition, ou 28 jours en cas d'administration d'immunoglobuline contre le virus varicelle-zona
Zona (diagnostiqué ou présumé) – éruption non couverte	Aérogène et contact	Jusqu'à ce que les lésions aient formé des croûtes ou aient séché ou que le zona ait été écarté

Cov-SRMO coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient; SARM *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline; SRAS syndrome respiratoire aigu sévère

Données tirées ou traduites des références 1,4,41,58-60

\*Cette liste n'est pas complète. Les infections qui ne paraissent pas dans ce tableau figurent dans les tableaux des références 1 et 4.

<sup>†</sup>Ces recommandations pourraient être révisées en fonction des nouvelles données obtenues. Il faut consulter les autorités locales, provinciales, territoriales ou fédérales.

<sup>‡</sup>Inclut la maladie pieds-mains-bouche

<sup>§</sup>Il faut considérer la tuberculose comme contagieuse chez les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire cavitaire non traitée, d'une maladie laryngée, dont le frottis d'expectoration est positif, ayant une atteinte pulmonaire importante ou une infection congénitale disséminée. Les jeunes enfants atteints de la tuberculose sont rarement contagieux, mais les membres adultes de la famille peuvent l'être; ils devraient être évalués s'ils toussent.

syndrome respiratoire du Moyen-Orient, la grippe aviaire et les fièvres hémorragiques virales se propagent par de grosses gouttelettes et par contact, on pense que les aérosols de petites particules produits pendant certaines interventions, telles que l'intubation ou la bronchoscopie, peuvent favoriser une transmission aérogène sur de courtes distances (1,4,41,42).

Il est rare que le personnel doive porter un masque N95 au cabinet du pédiatre. Le personnel devrait être vacciné contre la varicelle et la rougeole, et la tuberculose est rarement contagieuse chez les enfants (2). Il faut considérer la tuberculose comme contagieuse chez les personnes ayant une maladie pulmonaire cavitaire non traitée, une maladie laryngée, des frottis d'expectoration positifs, une grave atteinte pulmonaire ou une infection congénitale disséminée (43). Lors de l'éclosion d'un nouvel agent pathogène dont on ne connaît pas la voie de transmission, le port d'un masque N95 peut être indiqué.

## LES OBJETS INANIMÉS ET L'INFECTION

Pour éviter de contracter une infection à partir d'objets inanimés, il faut bien désinfecter et stériliser l'équipement et les autres objets, nettoyer les surfaces et voir à l'entretien normal des systèmes de ventilation et de plomberie.

Le traitement de l'équipement médical se divise en trois catégories. Le matériel introduit dans des cavités organiques stériles (critique) doit être stérilisé. Celui qui entre en contact avec

les muqueuses ou la peau non intacte ou par lequel circule l'air inspiré (semi-critique) doit faire l'objet d'un taux de désinfection de haut niveau afin d'inactiver tous les microorganismes, sauf les spores bactériennes. Enfin, celui qui entre seulement en contact avec la peau intacte (non critique) exige un taux de désinfection de bas niveau pour en supprimer la plupart des microorganismes et ramener la contamination à un taux acceptable (1-5,44).

En cabinet, la majorité de l'équipement d'examen entre seulement en contact avec la peau intacte du patient. Selon certains experts, le nettoyage à l'aide de détergent et d'eau suffit pour l'équipement non critique (6,45). Un désinfectant est à privilégier lorsque l'équipement est contaminé par du sang ou des liquides organiques. Dans l'idéal, il faut nettoyer tout cet équipement entre chaque patient (1,2,6). Si c'est impossible, un nettoyage quotidien peut suffire, mais l'équipement doit être nettoyé avant d'être réutilisé s'il est contaminé par les sécrétions ou les excréments du patient ou s'il est visiblement souillé (2,3). L'équipement qui n'est pas en contact direct avec les patients doit être nettoyé régulièrement et lorsqu'il est souillé.

Il faut nettoyer régulièrement les diverses surfaces du cabinet à l'aide d'un désinfectant ou d'un détergent de bas niveau (2,3,5,44). Les surfaces souvent touchées doivent être nettoyées quotidiennement (2,3). Un nettoyage au détergent et à l'eau peut suffire, à moins que la surface ait été contaminée par du sang ou des liquides organiques (2,44) (tableau 2).

### Les jouets et la transmission des infections

Le jeu en groupe et le partage des jouets contribuent à l'acquisition des aptitudes sociales. On peut considérer que les jouets font partie intégrante de l'équipement du cabinet des pédiatres, mais leur partage pose un risque potentiel pour la santé. En effet, la contamination microbienne des jouets est attestée dans les hôpitaux, les cabinets de médecin et les milieux de garde (46-49). On a trouvé des coliformes fécaux et des rotavirus sur les jouets des hôpitaux (46,47).

Dans une étude sur des cabinets de médecins, des chercheurs ont examiné les jouets des salles d'attente au moins une semaine après leur dernier nettoyage. Ils ont trouvé des coliformes sur 90 % des jouets mous et 13,5 % des jouets rigides. Les jouets rigides nettoyés régulièrement toutes les semaines ou les deux semaines en contenaient moins que ceux des cabinets qui ne disposaient pas de protocole de nettoyage régulier, mais les jouets mous nettoyés tout aussi régulièrement en contenaient autant que ceux qui n'étaient pas nettoyés. Le nettoyage et le trempage des jouets rigides dans une solution d'eau de Javel pendant une heure permettaient de les décontaminer avec efficacité. Quant aux jouets mous, ils demeuraient contaminés après un lavage en machine, mais ne l'étaient plus s'ils avaient

trem্পé 30 minutes dans une solution d'eau de Javel avant d'être lavés. Au bout d'une semaine d'utilisation, les jouets mous étaient de nouveau contaminés par des coliformes, mais pas les jouets rigides. Les auteurs ont conclu que les jouets mous ne convenaient pas aux salles d'attente des médecins (49).

Dans ses lignes directrices publiées en 2000 (45), l'*American Academy of Pediatrics* recommandait de nettoyer les jouets dans les cabinets. Par conséquent, certains pédiatres ont retiré les jouets de leur salle d'attente parce qu'ils trouvaient trop compliqué d'avoir à les nettoyer et à en surveiller l'utilisation (50). Les médecins doivent toutefois tenir compte des besoins des enfants lorsqu'ils comparent les risques et les avantages liés à la présence de jouets dans leur cabinet.

Les fabricants de jouets ont inclus des désinfectants dans les jouets de plastique. Pourtant, cette pratique ne repose sur aucune assise théorique, et aucune donnée probante n'indique qu'elle limite la contamination par des microorganismes ou la transmission des infections (2,44).

### L'hygiène des mains

L'hygiène des mains est un élément capital du contrôle des infections. Par le passé, on l'effectuait à l'eau savonneuse. Cependant,

**Tableau 2.** Exigences en matière de stérilisation et de désinfection

Matériel	Niveau de désinfection	Produits
Matériel critique : matériel qui pénètre dans des tissus stériles (p. ex., aiguilles)	Stérilisation	Vapeur, chaleur sèche, stérilisants chimiques
Matériel semi-critique : matériel qui entre en contact avec les muqueuses ou la peau non intacte, mais qui ne pénètre pas dans les tissus (p. ex., laryngoscope, spéculum)	Stérilisation ou désinfection de haut niveau	Pasteurisation, glutaraldéhyde 2,0 %, orthophthalaldéhyde 0,55 %, peroxyde d'hydrogène 6 % à 7,5 % avec ou sans acide péracétique*
Matériel non critique** : matériel qui ne touche que la peau intacte (p. ex., stéthoscope ou brassard de tensiomètre, appareil électronique comme une tablette ou un ordinateur utilisé par plusieurs patients)	Désinfection de niveau intermédiaire ou de bas niveau Certaines autorités jugent le détergent et l'eau suffisants	Alcool éthylique ou isopropylique 70 % à 90 % (immersion plus de 5 minutes), hypochlorite de sodium 5,25 % dilué dans une solution de 1:50 à 1:500 (immersion plus de 10 minutes), peroxyde d'hydrogène accéléré 0,5 %, produits à base d'ammonium quaternaire, iode, iodophores, phénoliques, lingettes désinfectantes* <sup>†</sup> Il faudra peut-être prévoir des housses transparentes nettoyables ou jetables pour protéger les appareils qui ne sont pas conçus pour être nettoyés.
Surfaces générales : poignée de porte, dessus de table, chariot, plancher	Désinfection de bas niveau ou détergent et eau	Détergent ou désinfectant approuvé pour les hôpitaux ou détergent ménager, lingettes désinfectantes

Données tirées ou traduites des références 2,3,5,6,44,45

\*Respecter les directives du fabricant au sujet des périodes de contact.

\*\*Si le matériel est visiblement contaminé par du sang, utiliser de l'hypochlorite de sodium dilué dans une solution de 1:10 ou de 1:100 ou de l'alcool 70 % à 90 %.

<sup>†</sup>Ne pas utiliser de phénoliques pour le matériel qui entrera en contact direct avec la peau des nouveau-nés.

il est démontré que les nettoyants et les gels antiseptiques à base d'alcool sont plus efficaces que l'eau savonneuse pour éliminer les microorganismes présents sur les mains, sans compter qu'ils permettent de gagner du temps (1,2,51,52). Les petites bouteilles qu'on transporte dans ses poches ou qu'on accroche à ses vêtements sont à portée de la main dès qu'on en a besoin.

## RECOMMANDATIONS

En l'absence de données tirées des cabinets des pédiatres, les recommandations suivantes reposent sur des avis d'experts et des extrapolations d'autres milieux de soins, et la qualité des preuves est évaluée à B-III (53).

### Les politiques administratives

- Rédiger et mettre en œuvre des politiques et procédures de contrôle et de prévention des infections (1–3). Réviser les politiques au moins tous les deux ans (2). Il peut être utile d'utiliser une liste de vérification du matériel et des politiques nécessaires (5). Un exemple de liste de ce type figure en annexe.
- Offrir une formation continue à tout le personnel administratif sur le mode de transmission des infections, les mesures de contrôle des infections, le dépistage des groupes de symptômes évocateurs d'une maladie, la prévention et la prise en charge des expositions potentielles aux virus à diffusion hémotogène et le nettoyage et la désinfection de l'équipement, des jouets et des diverses surfaces (1,2,4,6).
- Planifier et maintenir un système de communication avec les autorités locales de la santé publique pour faciliter la déclaration systématique des maladies à déclaration obligatoire et l'échange d'information sur les éclosions présumées (2).

### La conception du cabinet

- Tenir compte des besoins en matière de contrôle des infections lors de l'aménagement du cabinet (p. ex., plan, lavabos et matériaux utilisés) (1,3–6).
- Installer un lavabo pour se laver les mains, un distributeur de savon et de serviettes jetables, de même que des produits d'hygiène des mains sans eau dans chaque aire de soins des patients (1,2,5,6,51,52).
- Prévoir des lieux précis pour afficher des panneaux et placer le matériel nécessaire à l'étiquette respiratoire.
- Éviter d'installer de la moquette dans les salles d'examen et les salles d'attente (2,6).
- Dans les cabinets de médecin neufs ou rénovés, prévoir une ventilation qui assure au moins six renouvellements d'air à l'heure (2,44).

### Le triage

Procéder au triage par téléphone au moment de la prise du rendez-vous ou le plus tôt possible après l'arrivée du patient (1–6).

- Éviter d'exposer les enfants immunodéprimés aux patients atteints d'une infection transmissible, particulièrement les infections virales respiratoires. Plutôt que de les laisser dans la salle d'attente, les diriger vers une salle d'examen dès leur arrivée.
- Enfants atteints d'une infection transmissible :
  - o Aviser les parents d'informer la réceptionniste dès l'arrivée s'ils pensent que leur enfant est atteint d'une maladie contagieuse. Afficher des rappels aux parents et aux patients à des endroits stratégiques.
  - o Isoler le plus rapidement possible les enfants atteints d'une infection symptomatique des enfants en santé. Idéalement, ne pas laisser les enfants atteints d'une maladie contagieuse dans la salle d'attente, mais les diriger immédiatement vers une salle d'examen. À tout le moins, retirer rapidement tout enfant atteint d'une infection à transmission aérogène diagnostiquée ou présumée (p. ex., varicelle, rougeole) des salles d'attente communes.
  - o En cas d'alerte aux voyageurs au sujet d'un agent pathogène respiratoire, évaluer la possibilité que les enfants atteints d'une infection des voies respiratoires souffrent d'une infection importée :
    - S'informer des voyages à l'extérieur du Canada dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes (l'intervalle peut varier selon la période d'incubation présumée) (41,42).
    - Demander si des membres du ménage souffrent d'une infection des voies respiratoires et ont voyagé à l'extérieur du Canada dans les 21 jours précédant l'apparition de la maladie.

Si la réponse à l'une ou l'autre de ces questions est positive, installer immédiatement le patient et sa famille dans une salle d'examen.

### Les salles d'attente

- Donner des rendez-vous aux patients pour éviter les engorgements et limiter l'attente (2,6).
- Prévoir de l'information et des directives à l'intention des parents et des patients sur le contrôle des infections (p. ex., affiches, documents, vidéos) dans la salle d'attente (exemples aux références [54] et [55]).
- Installer des dispositifs d'hygiène des mains (p. ex., prévoir des produits d'hygiène des mains sans eau ou prévoir des lavabos, du savon et des serviettes jetables) dans la salle d'attente (2,4).
- Réduire au minimum le contact entre les enfants atteints d'une maladie contagieuse et les autres enfants (2,5,6).
  - o Planifier les rendez-vous des enfants atteints d'une infection présumée à un autre moment de la journée que les rendez-vous habituels ou pendant une plage horaire réservée régulièrement aux consultations sans rendez-vous (1,6).

- o Installer les nourrissons et les jeunes enfants qui vomissent, font de la diarrhée, toussent ou ont des lésions ouvertes le moins longtemps possible dans la salle d'attente. Les transférer dans la salle d'examen au plus vite et ne pas leur permettre de jouer dans les aires communes ou de manipuler des jouets ou d'autres articles communs. Afficher des panneaux expliquant cette politique.

#### *Les jouets*

Réduire au minimum le partage des jouets entre nourrissons et jeunes enfants (2). Pour ce faire :

- retirer tous les jeux de la salle d'attente à moins que leur utilisation soit supervisée et qu'il soit possible de les nettoyer convenablement.
- demander aux parents d'apporter quelques jouets conçus pour le jeu autonome appartenant à leurs enfants et d'éviter de les partager avec d'autres enfants.
- fournir aux nourrissons et aux jeunes enfants des jouets qui sont faciles à nettoyer et qui le sont souvent (2,5,6). Choisir des jouets aux surfaces lisses et solides et éviter ceux pourvus de petites pièces et de surfaces inégales, les peluches et les jouets rembourrés ou de tissu.
- demander aux parents de superviser leur enfant pendant qu'il manipule les jouets du cabinet et de les placer dans un contenant prévu à cet effet lorsqu'il ne s'en sert plus. Retirer les jouets utilisés de la circulation jusqu'à ce qu'ils soient nettoyés.
- fournir des petits livres, des carnets ou des jouets conçus pour le jeu autonome que l'enfant peut rapporter chez lui ou jeter après les avoir utilisés.

Les enfants assez âgés pour adopter une hygiène des mains convenable et gérer leurs sécrétions respiratoires correctement peuvent partager les jouets, les livres, les casse-tête et les jeux informatiques.

### **Les pratiques systématiques pour les soins de tous les patients**

#### *L'hygiène des mains*

- S'assurer que tout le personnel de la santé respecte les mesures d'hygiène des mains à l'aide d'un nettoyant antiseptique sans eau pour les mains ou d'eau savonneuse (1-6,51,52) :
  - o immédiatement avant et après le contact avec chaque patient;
  - o avant de passer d'une région contaminée à une région propre chez un même patient;
  - o après le contact avec du sang, des liquides organiques, des excréments ou des objets contaminés par l'une de ces substances;
  - o après un contact direct des mains (p. ex., déversement ou éclaboussure) avec un vaccin vivant, comme le vaccin antirotavirus ou le vaccin antivaricelleux vivant atténué;

- o après le contact avec une surface ou un objet susceptible d'être contaminé;
- o avant une intervention invasive (utiliser un savon ou un nettoyant antiseptique pour les mains);
- o avant de préparer ou de manipuler des médicaments stériles ou d'autres produits stériles;
- o après le retrait des gants.
- Utiliser un nettoyant antiseptique pour les mains contenant de 60 % à 90 % d'alcool isopropylique ou éthylique (51,52).
- Utiliser de l'eau savonneuse si les mains sont visiblement souillées (2,52).
- Donner des directives aux parents et aux enfants sur l'importance de l'hygiène des mains (1,6,52).
- Placer le nettoyant antiseptique à base d'alcool pour les patients hors de la portée des enfants et avertir les parents de superviser leur enfant pour éviter toute ingestion accidentelle et tout contact avec les yeux.
- Envisager d'utiliser des lingettes nettoyantes au lieu de l'eau savonneuse pour nettoyer les mains visiblement souillées (51,52).

#### *L'équipement de protection individuelle*

- Porter des gants (1-6) :
  - o en anticipation d'un contact direct des mains avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments ou des objets contaminés par l'une de ces substances;
  - o lors du contact direct des mains avec des muqueuses ou de la peau non intacte;
  - o lors du contact direct des mains avec le patient lorsque le dispensateur de soins a une lésion ouverte sur la main.
- Ne pas porter de gants pour les soins habituels aux enfants, comme lui essuyer le nez ou changer sa couche, s'il est possible de le faire sans contamination directe des mains (2).
- Ne pas porter de gants systématiquement pour administrer des vaccins (2).
- Porter un masque chirurgical ou un masque d'intervention et un dispositif de protection oculaire (p. ex., lunettes de sécurité, écran facial ou masque muni d'une visière) pendant les interventions susceptibles de produire des éclaboussures de sang, de liquides organiques, de sécrétions respiratoires ou d'excréments dans le visage (p. ex., aspiration); ne l'utiliser qu'une fois et le changer lorsqu'il est mouillé ou souillé (1-6).
- Porter une blouse pour protéger les vêtements pendant les interventions susceptibles de produire des éclaboussures de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments (1-6).

#### *Les politiques relatives aux agents pathogènes à diffusion hémotogène*

- Manipuler les aiguilles et les autres objets pointus ou tranchants avec précaution pendant leur utilisation et leur



mise au rebut. Prévoir des contenants imperméables et imperforables approuvés aux endroits où des injections ou des ponctions veineuses sont effectuées. Placer les contenants hors de la portée des jeunes enfants et éviter de trop les remplir (1–3,5,6).

- Confiner rapidement les déversements de sang ou de liquide organique et les nettoyer à l'aide d'un détergent, puis d'une solution d'eau de Javel (dilution de 1:10 à 1:100 d'eau de Javel pour un usage domestique, et utilisation de la concentration la plus élevée pour les déversements les plus importants). Porter des gants pour nettoyer les déversements de sang (2,6,44).
- Prévoir des embouts buccaux, des ballons de réanimation ou d'autres dispositifs de ventilation dans les aires où il peut être nécessaire de procéder à des réanimations (4,6).
- Veiller à ce que les membres du personnel qui risquent d'être exposés à des liquides organiques se fassent vacciner contre l'hépatite B, subissent le test des anticorps contre l'hépatite B après la vaccination et soient informés de leur statut d'immunisation contre l'hépatite B (2,56).
- Mettre à la disposition du personnel les politiques et les procédures pour prendre en charge les lésions par des aiguilles ou d'autres objets pointus ou tranchants usagés et les autres expositions potentielles aux virus à diffusion hémotogène et en assurer la mise en œuvre (1,2,6,56,57). Inclure dans ces directives le protocole pour le personnel blessé : comment obtenir immédiatement des conseils, une évaluation clinique et l'accès à une prophylaxie postexposition, y compris le vaccin contre l'hépatite B, les immunoglobulines contre l'hépatite B, les médicaments antirétroviraux et les tests de laboratoire lorsque la situation l'indique (1,2,57).

#### *La désinfection et la stérilisation*

- Prévoir et mettre en œuvre des politiques et protocoles écrits de désinfection et de stérilisation (1,2,6,45).
- Utiliser des désinfectants approuvés pour un usage en milieu de soins (tableau 2).
- Respecter le niveau de désinfection requis pour l'équipement médical (tableau 2) (2,6,44) :
  - o Le matériel qui pénètre dans des cavités organiques stériles (p. ex., aiguilles) doit être jetable ou stérilisé avant d'être réutilisé.
  - o Le matériel qui entre en contact avec les muqueuses ou la peau non intacte (p. ex., thermomètres, ciseaux pour suture, spéculums vaginaux) doit être jetable, subir une désinfection de haut niveau ou être stérilisé avant d'être réutilisé.
  - o Le matériel en contact seulement avec la peau intacte (p. ex., stéthoscopes, otoscopes, brassards de tensiomètre, pèse-bébé, appareils électroniques) doit subir une désinfection de bas niveau (1–3,5,6,44) ou être nettoyé à l'aide de détergent et d'eau (6,45). Le matériel contaminé par du sang ou des liquides organiques doit subir une désinfection de bas niveau.

- Idéalement, nettoyer ce matériel après chaque usage (1,2,6). Si c'est impossible, le nettoyer tous les jours et immédiatement lorsqu'il est souillé (2,3,6).
  - Nettoyer la cloche et la membrane des stéthoscopes, le manche et la tête des otoscopes et des ophtalmoscopes et les curettes réutilisables à l'aide d'alcool, de lingettes désinfectantes (2,6) ou d'eau savonneuse (6). Les désinfecter lorsqu'ils sont contaminés par du sang.
  - Ne pas utiliser les objets conçus pour être utilisés pour un seul patient auprès de plusieurs patients (p. ex., glucomètres) (1,3,5,6).
- Entreposer l'équipement propre à un endroit où il ne pourra pas être contaminé (2,6).
  - Prendre des mesures pour éviter de contaminer par des liquides organiques, des excréments ou des sécrétions la base des thermomètres électroniques, des saturomètres ou de l'équipement de tympanométrie et d'autre matériel souvent manipulé. Nettoyer ces objets tous les jours et lorsqu'ils sont souillés.
  - Toujours considérer comme contaminé le matériel de bureau souvent touché et difficile à nettoyer (p. ex., stylos, dossiers, claviers et souris d'ordinateur, assistants numériques personnels et téléavertisseurs). Toujours procéder à l'hygiène des mains immédiatement avant le contact avec un patient, parce qu'il est courant de toucher ces objets juste avant l'examen du patient. Nettoyer les souris et les claviers d'ordinateur tous les jours (2). Envisager l'utilisation de housses transparentes sur les claviers pour en faciliter le nettoyage (5).

#### *Le nettoyage des surfaces*

- Prévoir et mettre en œuvre des politiques et protocoles écrits de nettoyage (1,2,6,44).
- Utiliser un détergent-désinfectant de bas niveau approuvé pour être utilisé en milieu de soins (2,5,44) ou un simple détergent (45) (tableau 2).
- Couvrir la table d'examen de papier jetable ou d'une serviette lavable qui est changé entre les patients. Nettoyer la table entre les patients lorsqu'elle est souillée. Si elle est souillée par des liquides organiques ou des matières fécales, la nettoyer et la désinfecter à l'aide d'une solution d'eau de Javel 1:100 (2,3,5,6).
- Nettoyer les tables d'examen, les chaises de traitement, les lavabos et les autres surfaces souvent touchées (p. ex., interrupteurs, poignées de porte et téléphones) tous les jours (2,3,6).
- Nettoyer les toilettes tous les jours et lorsqu'elles sont souillées. Fournir une table à langer pourvue de doublures de papier jetables et une poubelle pour jeter les couches sales (2,3,6).
- Nettoyer les surfaces comme les comptoirs, les chaises et les planchers, qui ne posent généralement pas de risque d'infection, toutes les semaines ou régulièrement et lorsqu'elles sont souillées (2,3,6). Nettoyer les autres surfaces, comme les armoires, les murs, les fenêtres et les événements au moins tous

les ans et au besoin pour maintenir une norme de propreté appropriée (3).

#### *Le nettoyage des jouets*

- Idéalement, nettoyer les jouets utilisés par les nourrissons et les jeunes enfants avant leur utilisation par un nouveau patient (2). Si c'est impossible, les nettoyer à la fin de chaque journée (2,5). Retirer les jouets qui entrent en contact avec des liquides organiques (p. ex., qui sont portés à la bouche) de l'endroit où ils sont utilisés en attendant qu'ils soient nettoyés (2,5,6).
- Désinfecter les jouets à l'aide d'une solution d'eau de Javel 1:100, les laver à l'eau savonneuse et les laisser sécher à l'air. Autrement, les nettoyer dans un lave-vaisselle conçu pour désinfecter la vaisselle (2).
- Lorsqu'ils sont souillés, nettoyer ou jeter les jouets, les casse-tête et les jeux informatiques utilisés par les enfants plus âgés. Nettoyer tous les jours les surfaces souvent touchées (p. ex., poignées, boutons, leviers et manettes de jeu).
- Nettoyer les gros jouets qui sont intégrés au mobilier du cabinet et qui sont souvent touchés tous les jours et lorsqu'ils sont souillés.

#### *La technique d'asepsie et la sécurité des injections*

- Respecter la technique d'asepsie lors de la vaccination, des ponctions veineuses, des sutures, des incisions ou des autres interventions invasives et pour accéder aux cathéters intravasculaires ou les manipuler (1,2).
- Préparer la peau à l'aide d'un antiseptique. L'alcool 70 % est le produit favorisé pour les ponctions veineuses ou l'administration des vaccins. Pour installer un cathéter intravasculaire ou procéder à d'autres interventions invasives et prélever des hémocultures, utiliser de la chlorhexidine 2 %, de la chlorhexidine dans de l'alcool 70 %, de l'iode povidone 10 % ou de la teinture d'iode alcoolisée. Laisser sécher l'iode povidone pendant deux minutes (2,6,35).
- Puisque les antiseptiques peuvent être contaminés pendant l'utilisation, privilégier des produits à usage unique. Lorsque des contenants multiusages sont utilisés, inscrire la date d'utilisation et les jeter au bout de 28 jours (2).
- Dans la mesure du possible, éviter les fioles multidoses de médicaments, mais lorsqu'elles sont utilisées (1,9) :
  - o les manipuler et les entreposer avec soin pour assurer la stérilité du contenu et respecter les dates d'expiration;
  - o en restreindre l'usage à un lieu centralisé d'administration des médicaments.
- Prévoir des surfaces distinctes pour assembler l'équipement propre (p. ex., seringues, aiguilles) ou préparer des médicaments et pour manipuler l'équipement usagé (9).
- Manipuler avec soin l'équipement contaminé par du sang ou des liquides organiques pour éviter de transférer des organismes sur les patients ou les diverses surfaces (9).

- Utiliser des obstacles physiques (p. ex., doublures de papier ou de plastique jetables) pour éviter de contaminer les surfaces avec du sang pendant le prélèvement de sang (9).

#### *L'étiquette respiratoire*

L'étiquette respiratoire désigne des mesures conçues pour limiter la transmission d'agents pathogènes respiratoires par gouttelettes dans les établissements de santé. Les mesures de confinement commencent dès l'arrivée dans l'établissement (1,2,4,5). Elles incluent les éléments suivants :

- Dépister rapidement toutes les personnes (patients, parents et autres) atteintes d'une affection respiratoire fébrile qui se trouvent dans les aires ambulatoires.
- Afficher des panneaux à l'entrée de l'établissement et à la réception ou au bureau d'inscription indiquant aux patients et à leurs accompagnateurs :
  - o d'informer rapidement la réception en cas de symptômes d'infection des voies respiratoires;
  - o de se couvrir la bouche et le nez d'un mouchoir au moment de tousser ou d'éternuer ou, au besoin, de tousser ou d'éternuer dans leur coude plutôt que dans leurs mains;
  - o de jeter rapidement leurs mouchoirs sales dans une poubelle sans contact;
  - o de se laver les mains après être entrés en contact avec des sécrétions respiratoires;
  - o d'utiliser un masque chirurgical ou un masque d'intervention s'ils le tolèrent et si le patient est assez âgé pour le porter.
- Informer les membres de la famille atteints d'une maladie fébrile de ne pas accompagner les patients au cabinet à moins que ce soit inévitable, auquel cas ils doivent respecter les mesures précédentes.
- Fournir des mouchoirs, des poubelles sans contact, des masques et des produits d'hygiène des mains.
- S'assurer de la présence de savon et de serviettes à chaque lavabo.
- Lorsque l'espace le permet, installer les patients qui toussent et leurs accompagnateurs à une distance d'au moins un à deux mètres des autres patients présents dans les salles d'attente communes.

#### **Les précautions additionnelles (tableau 1)**

##### *Les précautions contre la transmission aérogène*

- S'informer du nombre de renouvellements et des modes de circulation d'air dans le cabinet, particulièrement s'il est situé dans un bâtiment neuf ou récemment rénové (2,6). Il peut être impossible d'obtenir cette information dans des bâtiments plus anciens.
- Dans la mesure du possible, fixer rendez-vous aux patients atteints d'une infection à transmission aérogène connue ou présumée de manière à limiter leur exposition aux autres patients (p. ex., en fin de journée) (1,2,5,6).

- Diriger les patients atteints d'une rougeole, d'une varicelle, d'un zona disséminé ou d'une tuberculose contagieuse connu ou présumé directement vers une salle d'examen (1,2,5,6).
  - o Idéalement, il faut les installer dans une pièce à pression négative, où les événements expulsent l'air directement à l'extérieur ou où l'air est purifié par un filtre HEPA avant d'être remis en circulation. Puisque ce type de pièce est rare dans les cabinets des médecins, toujours installer ces patients dans la même pièce, le plus loin possible des autres patients (1).
  - o Il faut maintenir la porte de la salle d'examen fermée (1,2,5,6).
  - o Dans les cabinets fréquentés régulièrement par des patients atteints d'une tuberculose contagieuse, il est possible d'utiliser une unité de filtration HEPA portative pour créer une pièce à pression négative (5).
- Examiner le patient et le libérer le plus rapidement possible (1,2).
- Faire porter un masque chirurgical ou un masque d'intervention au patient lorsqu'il n'est pas dans une pièce à pression négative. Couvrir le nez et la bouche des nourrissons d'un mouchoir (1,2,5).
- Masques pour le personnel (1,5,6) :
  - o En cas de tuberculose contagieuse connue ou présumée, le port de masques N95 est recommandé pour tout le personnel qui pénètre dans la pièce. Dans les cabinets fréquentés régulièrement par des patients atteints de tuberculose contagieuse, il faut toujours conserver des masques N95 en réserve, le personnel doit subir des essais et effectuer une vérification d'ajustement (inspiration vigoureuse pour déterminer s'il est bien étanche) chaque fois qu'il met un masque N95 (5). Lorsque les cas de tuberculose sont rares et qu'il n'y a pas de masque N95 au cabinet, il faut diriger les patients chez qui on soupçonne une tuberculose contagieuse le plus rapidement possible vers une clinique bien équipée ou un hôpital où ils seront évalués (1,2,4). Il faut alors porter un masque chirurgical ou un masque d'intervention, qui ne sera peut-être pas aussi efficace qu'un masque N95.
  - o En cas de rougeole ou de varicelle présumée, le personnel immunisé n'a pas besoin de porter de masque. Le personnel non immunisé ne doit pas entrer dans la salle d'examen.
- Une fois le patient parti, prévoir une période suffisante pour que l'air soit expurgé des aérosols de particules avant d'utiliser la pièce pour tout autre patient (si le premier patient était atteint d'une tuberculose connue ou présumée) ou pour un patient non immunisé (si le premier patient était infecté par la rougeole ou la varicelle) (1,5). En général, la norme dans les nouveaux bâtiments est de six renouvellements d'air

à l'heure. Il faudra alors environ 70 minutes pour expurger l'air (44). Lorsqu'on ne connaît pas le rythme de renouvellement de l'air, il est prudent de ne plus utiliser la pièce jusqu'à la fin de la journée pour les patients non immunisés.

- Déterminer si du personnel ou des patients exposés ont besoin de prophylaxie postexposition (immunoglobuline ou vaccin) ou d'un suivi s'ils risquent d'avoir été exposés à la tuberculose (1).

#### *Les précautions contre la transmission par gouttelettes*

- Dans la mesure du possible, diriger les patients atteints d'une méningite, d'une coqueluche, d'une rubéole, d'oreillons ou d'une méningococcie directement vers une salle d'examen (1,4,5).
  - o Si ce n'est pas possible, asseoir le patient infecté à une distance de un à deux mètres des autres patients et lui faire passer le moins de temps possible dans la salle d'attente.
- S'il en est capable, faire porter un masque chirurgical ou un masque d'intervention au patient lorsqu'il n'est pas dans la salle d'examen. Couvrir le nez et la bouche des nourrissons d'un mouchoir (1,4,5).
- Faire porter un masque chirurgical ou un masque d'intervention au personnel qui s'approche à moins de un ou deux mètres du patient (à moins qu'il soit immunisé si le patient est présumé être atteint des oreillons ou de la rubéole) (1,4,6).
- Envisager le port d'un dispositif de protection oculaire (lunettes de sécurité, écran facial ou masque avec visière) pour les soins des patients atteints d'une infection des voies respiratoires qui toussent au moment des interactions ou qui subissent une intervention susceptible de les faire tousser (1,5,6). En l'absence de ce type de protection, porter des gants et tenir les mains éloignées des yeux pendant les soins.

#### *Les précautions contre la transmission par contact*

- Prendre des précautions contre la transmission par contact en cas d'affections susceptibles de provoquer une contamination importante du milieu de soins, y compris (1,4) :
  - o la diarrhée infectieuse;
  - o les lésions cutanées étendues qui ne sont pas couvertes (p. ex., varicelle, zona) ou les suppurations de plaie non contenues par un pansement;
  - o certains patients colonisés par des organismes antibiorésistants, tels que le SARM et l'entérocoque résistant à la vancomycine (voir ci-dessous);
  - o les enfants atteints d'une infection des voies respiratoires attestée ou présumée qui ne peuvent pas contrôler leurs sécrétions respiratoires convenablement.
- Installer les patients dans une salle d'examen le plus vite possible (1,5).

- Mettre des gants avant d'entrer dans la pièce (1,4). Certains recommandent le port de gants seulement en cas de contact avec la peau intacte du patient ou avec des surfaces ou des objets dans le voisinage immédiat du patient (5,6).
- Porter une blouse lorsque les vêtements seront en contact direct avec le patient ou avec des surfaces ou des objets susceptibles d'être contaminés. Retirer la blouse avant de quitter la pièce (1,4-6).
- Se laver les mains à l'aide d'un nettoyant ou d'un gel antiseptique à base d'alcool ou d'un savon antiseptique après avoir retiré les gants et après tout contact à mains nues avec le patient ou des objets contaminés (1,4).
- Nettoyer l'équipement et les surfaces en contact direct avec le patient ou avec des matières infectées (p. ex., sécrétions respiratoires, matières fécales ou exsudats cutanés) avant qu'un autre patient les touche ou les utilise (1,4,5).
- Si le patient risque de provoquer une contamination importante du milieu de soins (p. ex., diarrhée ou incontinence fécale non contenue par une couche, suppuration abondante d'une plaie ou sécrétions ou expectorations respiratoires abondantes et non contrôlées), nettoyer toutes les surfaces horizontales et les surfaces souvent touchées avant d'utiliser la pièce pour un autre patient (1,5).
- o les précautions contre la transmission par gouttelettes (y compris le dispositif de protection oculaire) et par contact suffisent pour les soins habituels;
- o les précautions contre la transmission aérogène sont recommandées lors d'interventions qui produisent des aérosols (p. ex., aspiration trachéale, intubation, ventilation manuelle, oxygénothérapie à haut débit ou thérapie par nébulisation, bronchoscopie) (1,2,6). Ces interventions sont peu susceptibles d'être effectuées en cabinet.
- En cas de virus Ebola (42) :
  - o communiquer immédiatement avec les autorités de la santé publique;
  - o les précautions contre la transmission par gouttelettes (y compris les dispositifs de protection oculaire) et par contact suffisent pour les patients à faible risque (atteints d'une maladie au stade précoce ou en convalescence, qui ne présentent ni saignements, ni diarrhée, ni vomissements);
  - o chez les patients atteints d'une maladie plus avancée (qui présentent des saignements, des vomissements ou une incontinence), utiliser des vêtements protecteurs qui couvrent toute la peau exposée. Les précautions contre la transmission aérogène sont recommandées lors des interventions qui produisent des aérosols. Ne pas traiter en cabinet les patients chez qui on soupçonne une infection à virus Ebola.
  - o consulter les autorités locales, provinciales, territoriales ou fédérales. Il se pourrait que les recommandations doivent être révisées en fonction des nouvelles données obtenues.

### Les organismes antibiorésistants en soins ambulatoires

- Prévoir et mettre en place des systèmes pour dépister rapidement les patients qu'on sait colonisés par des organismes antibiorésistants (4).
- Savoir que les pratiques systématiques, notamment l'hygiène des mains, suffisent pour prendre en charge la plupart des patients asymptomatiques colonisés par des organismes antibiorésistants (1,2,4,58).
- Évaluer la nécessité d'adopter des précautions contre la transmission par contact en fonction de chaque cas, compte tenu de la nature de la rencontre (p. ex., interventions à effectuer) et du risque de contamination (p. ex., infection active ou colonisation, sécrétions respiratoires non contrôlées, incontinence fécale ou colonisation du siège de stomie) (4,58).
- Utiliser judicieusement les antibiotiques pour prévenir ou retarder l'émergence d'une résistance antimicrobienne (2,4,58).

### Les précautions contre les nouveaux agents pathogènes

Les nouveaux agents pathogènes, qu'on appelle aussi agents émergents, peuvent perturber considérablement la santé publique :

- En cas de coronavirus du SRAS ou de coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, de grippe aviaire ou de nouvelle souche de grippe pandémique (1,4,6,41,59,60) :

### La santé du personnel

- Les vaccins :
  - o Veiller à ce que tout le personnel soit vacciné chaque année contre la grippe (1,2,56).
  - o S'assurer que tous les membres du personnel sont immunisés contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle, l'hépatite B et la poliomyélite et qu'ils ont reçu au moins une dose pour adulte du vaccin acellulaire contre la coqueluche (1,2,6,56).
  - o S'assurer également que les membres du personnel ont reçu les anatoxines tétanique et diphtérique et tous les autres vaccins indiqués en fonction de leur état de santé ou de leur âge.
  - o Conserver des dossiers de vaccination à jour de tout le personnel (2).
- Faire passer le test cutané à la tuberculine à tout employé potentiel et, si les résultats sont négatifs, reprendre le test après toute exposition importante (2,5,6,56,61). Dans certaines régions sociosanitaires, ce test n'est exigé avant l'emploi que dans les cliniques fréquentées régulièrement par des patients atteints de la tuberculose.

- Prévoir et mettre en œuvre des politiques de restriction au travail du personnel atteint d'une infection transmissible et les mesures à prendre pour éviter qu'un membre du personnel atteint d'une infection la transmette pendant qu'il est au travail (1,2,5,6,56) (tableau 3).
  - o Les rhumes et les autres infections mineures des voies respiratoires ne sont pas des critères d'exclusion du travail. Cependant, les membres du personnel infectés doivent éviter le contact direct avec les patients à haut risque, s'assurer de contenir leur toux et leurs sécrétions respiratoires par des masques chirurgicaux ou des masques d'intervention et des mouchoirs et effectuer une hygiène des mains méticuleuse après chaque contact avec leurs sécrétions nasales ou autres sécrétions respiratoires et avant tout contact avec un patient ou avec l'équipement de soins d'un patient (2,5,56).
  - o Éviter que le personnel atteint d'une infection virale à diffusion hémotogène (p. ex., hépatite B, hépatite C et VIH) effectue des interventions comportant un risque élevé de transmission de sang entre le dispensateur de soins et le

patient (2,62). Ces interventions, qui sont surtout de nature chirurgicale, sont très peu susceptibles d'être exécutées dans le cadre des services habituels offerts en cabinet.

### Les déchets médicaux

Se débarrasser des déchets médicaux conformément à la législation locale. Les déchets biomédicaux non anatomiques incluent (1–6) :

- le sang et les produits sanguins liquides ou semi-liquides, les articles contaminés par du sang qui laisseraient échapper du sang liquide ou semi-liquide s'ils étaient comprimés;
- les liquides organiques contaminés par du sang, à l'exception de l'urine et des matières fécales;
- les objets pointus ou tranchants, y compris les aiguilles, les aiguilles fixées à des seringues et les lames;
- le verre brisé ou d'autres matériaux susceptibles de provoquer des coupures ou des ponctions, s'ils ont été en contact avec du sang ou des liquides organiques humains;
- les contenants remplis d'objets pointus et tranchants.

**Tableau 3.** Restrictions au travail pour tous les dispensateurs de soins

Infection	Restriction (soins à éviter)	Durée
Conjonctivite	Soins directs aux patients.	Jusqu'à la guérison de l'exsudat
Coqueluche	Cabinet.	Jusqu'à cinq jours après le début de l'antibiothérapie appropriée
Gale	Soins directs aux patients.	Jusqu'à la fin du premier traitement (< 24 heures)
Gastroentérite <sup>†</sup>	Soins directs aux patients.	Jusqu'à la disparition des symptômes ou jusqu'à ce que la maladie soit considérée comme non contagieuse
Grippe	Cabinet.	Jusqu'à la disparition des symptômes
Hépatite A	Soins directs aux patients.	Jusqu'à une semaine après l'apparition de l'ictère
Herpès simplex, orofacial	Soins directs aux nouveau-nés et aux patients immunodéprimés non immunisés si les lésions ne sont pas couvertes <sup>‡</sup> .	Jusqu'à l'assèchement des lésions
Infection à streptocoque du groupe A	Soins directs aux patients.	Jusqu'à ce que le traitement ait été entrepris depuis 24 heures
Infection cutanée à staphylocoque (SARM)	Soins directs aux patients.	Jusqu'à la guérison des lésions et à leur évaluation pour écarter tout risque de transmission
Infection cutanée à staphylocoque (SASM)	Soins directs aux patients si : lésions sur les mains, lésions suppurantes ou exsudatives ailleurs, qui ne peuvent pas être contenues par un pansement.	Jusqu'à la guérison des lésions sur les mains Jusqu'à ce que les lésions situées ailleurs sur le corps aient été couvertes par des pansements
Oreillons	Cabinet.	Jusqu'à neuf jours après l'apparition de la parotidite
Panaris herpétique	Soins directs aux patients.	Jusqu'à l'assèchement des lésions

Tableau 3. suite

Pédiculose	Soins directs aux patients.	Jusqu'à la fin du premier traitement (< 24 heures)
Rhumes, autres infections virales des voies respiratoires supérieures	Soins directs aux patients à haut risque*. Après des autres patients, porter un masque chirurgical ou un masque d'intervention et se laver les mains après avoir été en contact avec des sécrétions nasales ou respiratoires et avant le contact avec un patient.	Jusqu'à la disparition des symptômes
Rougeole	Cabinet.	Jusqu'à quatre jours après l'apparition de l'éruption
Rubéole	Cabinet.	Jusqu'à sept jours après l'apparition de l'éruption
Tuberculose pulmonaire active	Cabinet.	Jusqu'à ce que l'évaluation en ait confirmé le caractère non contagieux
Varicelle	Cabinet.	Jusqu'à ce que les lésions aient formé des croûtes
Virus à diffusion hémotogène (hépatite B, hépatite C, VIH)	Exécution d'interventions associées à un risque élevé de transmission de sang (62). Ces interventions chirurgicales sont peu susceptibles d'être effectuées en cabinet.	Conformément aux politiques des autorités locales de santé publique (virémie guérie ou charge virale sanguine contrôlée)
Zona	Soins directs aux patients si les lésions ne sont pas couvertes. Si elles sont couvertes, soins aux nouveau-nés et aux patients immunodéprimés non immunisés et aux femmes enceintes.	Jusqu'à ce que les lésions aient formé des croûtes et séché

SARM *Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline*; SASM *S aureus sensible à la méthicilline*

Données traduites des références 2,5,6,56,62

\*Les patients atteints d'une cardiopathie congénitale importante sur le plan hémodynamique ou d'une maladie pulmonaire chronique, les nouveau-nés et les patients immunodéprimés

†Diarrhées ou vomissements importants sur le plan clinique

‡Au travail, couvrir les lésions, éviter de se toucher le visage pendant les soins aux patients, porter un masque chirurgical ou un masque d'intervention pendant les soins et se laver les mains après avoir touché les lésions et avant de toucher un patient ou l'équipement de soins aux patients.

## Remerciements

Le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie a révisé le présent document de principes, de même que des représentants du Collège des médecins de famille du Canada.

## Références

- Agence de la santé publique du Canada. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins. 2013. [www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf](http://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf) (consulté le 17 mai 2018).
- Rathore MH, Jackson MA, comité des maladies infectieuses, AAP. Infection prevention and control in pediatric ambulatory settings. *Pediatrics* 2017;140(5):e20172857.
- Fallis P. Infection Prevention and Control in Office-based Health Care and Allied Services, 2<sup>e</sup> éd. Mississauga, Ont.: Association canadienne de normalisation, 2004.
- Seigel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. [www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines.pdf](http://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines.pdf) (consulté le 17 mai 2018).
- Santé publique Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique, révisé en avril 2015. [www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/IPAC-Clinical\\_Office\\_Practice\\_2013\\_FR.pdf](http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/IPAC-Clinical_Office_Practice_2013_FR.pdf) (consulté le 17 mai 2018).
- B.C. Centre for Disease Control. Infection Control Guidelines: Infection Control in the Physician's Office. Guidelines for Infection Prevention and Control in the Physician's Office, 2004. [www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/communicable-disease-control-manual/infection-control](http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/communicable-disease-control-manual/infection-control) (consulté le 17 mai 2018).
- Moore DL; Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. Le contrôle des infections au cabinet du pédiatre. *Paediatr Child Health* 2008;13(5):408-19.
- Goodman RA, Solomon SL. Transmission of infectious diseases in outpatient health care settings. *JAMA* 1991;265(18):2377-81.
- Herwaldt LA, Smith SD, Carter CD. Infection control in the outpatient setting. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19(1):41-74.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settings – New York, Oklahoma, and Nebraska, 2000–2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003;52(38):901-6.
- Bloch AB, Orenstein WA, Ewing WM et coll. Measles outbreak in a pediatric practice: Airborne transmission in an office setting. *Pediatrics* 1985;75(4):676-83.
- Remington PL, Hall WN, Davis IH, Herald A, Gunn RA. Airborne transmission of measles in a physician's office. *JAMA* 1985;253(11):1574-7.
- Askev GL, Finelli L, Hutton M et coll. Mycobacterium tuberculosis transmission from a pediatrician to patients. *Pediatrics* 1997;100(1):19-23.
- Moore M, Schulte J, Valway SE et coll. Evaluation of transmission of Mycobacterium tuberculosis in a pediatric setting. *J Pediatr* 1998;133(1):108-12.
- Kuncio DE, Middleton M, Cooney MG, Ramos M, Coffin SE, Feemster KA. Health care worker exposures to pertussis: Missed opportunities for prevention. *Pediatrics* 2014;133(1):15-21.

16. Denny FW, Collier AM, Henderson FW. Acute respiratory infections in day care. *Rev Infect Dis* 1986;8(4):527–32.
17. Morrow AL, Townsend IT, Pickering LK. Risk of enteric infection associated with child day care. *Pediatr Ann* 1991;20(8):427–33.
18. Lobovits AM, Freeman J, Goldmann DA, McIntosh K. Risk of illness after exposure to a pediatric office. *N Engl J Med* 1985;313(7):425–8.
19. Quach C, Moore D, Ducharme R, Chalut D. Do pediatric emergency departments pose a risk of infection? *BMC Pediatr* 2011;11:2.
20. Simmering JE, Polgreen LA, Cavanaugh JE, Polgreen PM. Are well-child visits a risk factor for subsequent influenza-like illness visits? *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014;35(3):251–6.
21. Moore DL. Essentials of paediatric infection control. *Paediatr Child Health* 2001;6(8):571–9.
22. Hall CB, Douglas RG Jr, Geiman JM. Possible transmission by fomites of respiratory syncytial virus. *J Infect Dis* 1980;141(1):98–102.
23. Bean B, Moore BM, Sterner B, Peterson LR, Gerding DN, Balfour HH Jr. Survival of influenza viruses on environmental surfaces. *J Infect Dis* 1982;146(1):47–51.
24. Brady MT, Evans J, Cuartas J. Survival and disinfection of parainfluenza viruses on environmental surfaces. *Am J Infect Control* 1990;18(1):18–23.
25. Hendley JO, Wenzel RP, Gwaltney JM Jr. Transmission of rhinovirus colds by self-inoculation. *N Engl J Med* 1973;288(26):1361–4.
26. Lai MY, Cheng PK, Lim WW. Survival of severe acute respiratory syndrome coronavirus. *Clin Infect Dis* 2005;41(7):e67–71.
27. Keswick BH, Pickering LK, DuPont HL, Woodward WE. Survival and detection of rotaviruses on environmental surfaces in day care centers. *Appl Environ Microbiol* 1983;46(4):813–6.
28. Wright IM, Orr H, Porter C. Stethoscope contamination in the neonatal intensive care unit. *J Hosp Infect* 1995;29(1):65–8.
29. Blydt-Hansen T, Subbarao K, Quenne P, McDonald J. Recovery of respiratory syncytial virus from stethoscopes by conventional viral culture and polymerase chain reaction. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18(2):164–5.
30. Hall CB, Douglas RG Jr. Modes of transmission of respiratory syncytial virus. *J Pediatr* 1981;99(1):100–3.
31. Brooks S, Khan A, Stoica D et coll. Reduction in vancomycin-resistant *Enterococcus* and *Clostridium difficile* infections following change to tympanic thermometers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19(5):333–6.
32. Jernigan JA, Siegman-Igra Y, Guerrant RC, Farr BM. A randomized crossover study of disposable thermometers for prevention of *Clostridium difficile* and other nosocomial infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19(7):494–9.
33. Manian FA, Meyer L, Jenne J. *Clostridium difficile* contamination of blood pressure cuffs: A call for a closer look at gloving practices in the era of universal precautions. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17(3):180–2.
34. Kamnetz S, Marquez B, Aeschlimmer R, Pandhi N. Are waiting rooms passé? A pilot study of patient self-rooming. *J Ambul Care Manage* 2015;38(1):25–8.
35. American Academy of Pediatrics. Recommendations for care of children in special circumstances: Infection control and prevention in ambulatory settings. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, éd. *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 31<sup>e</sup> éd. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018:163–5.
36. Scheifele D. For coughs, colds and SARS, wear a mask. *Paediatr Child Health* 2003;8(10):601.
37. Gala CL, Hall CB, Schnabel KC et coll. The use of eye-nose goggles to control nosocomial respiratory syncytial virus infection. *JAMA* 1986;256(19):2706–8.
38. Agah R, Cherry JD, Garakian AJ, Chapin M. Respiratory syncytial virus (RSV) infection rate in personnel caring for children with RSV infections. Routine isolation procedures vs routine procedure supplemented by use of masks and goggles. *Am J Dis Child* 1987;141(6):695–7.
39. Leclair JM, Freeman J, Sullivan BF, Crowley CM, Goldmann DA. Prevention of nosocomial respiratory syncytial virus infections through compliance with glove and gown isolation precautions. *N Engl J Med* 1987;317(6):329–34.
40. Madge P, Paton JY, McColl JH, Mackie PL. Prospective controlled study of four infection-control procedures to prevent nosocomial infection with respiratory syncytial virus. *Lancet* 1992;340(8827):1079–83.
41. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices sur la prévention et le contrôle du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO) dans les établissements de soins actifs. 2016. [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/lignes-directrices-prevention-et-contrôle-coronavirus-syndrome-respiratoire-moyen-orient-cov-srmo-etablissements-soins-actifs.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/lignes-directrices-prevention-et-contrôle-coronavirus-syndrome-respiratoire-moyen-orient-cov-srmo-etablissements-soins-actifs.html) (consulté le 26 mai 2018).
42. Agence de la santé publique du Canada. Groupe de travail d'experts en prévention et en contrôle des infections : Conseils relatifs aux mesures de prévention et de contrôle pour la maladie à virus Ebola dans les milieux de soins. 2015. [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/fevres-hemorragiques-virales/groupe-travail-experts-prevention-contrôle-infections-conseils-relatifs-mesures-prevention-contrôle-maladie-virus-ebola-milieux-soins-1.html#a13](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/fevres-hemorragiques-virales/groupe-travail-experts-prevention-contrôle-infections-conseils-relatifs-mesures-prevention-contrôle-maladie-virus-ebola-milieux-soins-1.html#a13) (consulté le 30 août 2018).
43. American Academy of Pediatrics. Tuberculosis. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, éd. *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 31<sup>e</sup> éd. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018:829–51.
44. Sehulster LM, Chinn RY, Arduino MJ et coll. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-care Facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). 2004. Mise à jour la plus récente le 15 février 2017. [www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines.pdf](http://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines.pdf) (consulté le 17 mai 2018).
45. American Academy of Pediatrics, comité des maladies infectieuses, comité de la pratique et de la médecine ambulatoire. Infection control in physicians' offices. *Pediatrics* 2000;105:1361–9.
46. Akhter J, al-Hajjar S, Myint S, Qadri SM. Viral contamination of environmental surfaces on a general paediatric ward and playroom in a major referral centre in Riyadh. *Eur J Epidemiol* 1995;11(5):587–90.
47. Avila-Aguero ML, German G, Paris MM, Herrera JF; Safe Toys Study Group. Toys in a pediatric hospital: Are they a bacterial source? *Am J Infect Control* 2004;32(5):287–90.
48. Laborde DJ, Weigle KA, Weber DJ, Sobsey MD, Kotch JB. The frequency, level, and distribution of fecal contamination in day-care center classrooms. *Pediatrics* 1994;94(6 Pt 2):1008–11.
49. Merriman E, Corwin P, Ikram R. Toys are a potential source of cross-infection in general practitioners' waiting rooms. *Br J Gen Pract* 2002;52(475):138–40.
50. Bachmeier K. Sharing more than fun: Pediatricians grapple with how to keep waiting room toys from spreading disease. *AAP News* 2004(Février);24:66.
51. 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.
52. Agence de la santé publique du Canada. Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins. 2012. <http://publications.gc.ca/site/fr/9.640821/publication.html> (consulté le 17 mai 2018).
53. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003;169(3):207–8.
54. Centers for Disease Control and Prevention. Cover your cough. [www.cdc.gov/flu/protect/covercough.htm](http://www.cdc.gov/flu/protect/covercough.htm) (consulté le 17 mai 2018).
55. Société canadienne de pédiatrie. Soins de nos enfants. Éviter les infections : Que faire au cabinet du médecin. [www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/avoiding\\_infection\\_at\\_the\\_doctors\\_office](http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/avoiding_infection_at_the_doctors_office) (consulté le 17 mai 2018).
56. Agence de la santé publique du Canada. Guide de prévention des infections : La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2002;28S1:1–264. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H12-21-3-28-1F.pdf> (consulté le 17 mai 2018).
57. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA et coll; US Public Health Service Working Group. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for postexposure prophylaxis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34(9):875–92.
58. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, CDC. Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings, 2006. Mise à jour la plus récente le 15 février 2017. [www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/index.html](http://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/index.html) (consulté le 28 mai 2018).
59. Agence de la santé publique du Canada. Annexe F. Prévention et contrôle de la grippe durant une pandémie pour tous les milieux de soins. 2011:1–108. [www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cpip-pclcpi/assets/pdf/ann-f-fra.pdf](http://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cpip-pclcpi/assets/pdf/ann-f-fra.pdf) (consulté le 17 mai 2018).
60. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance for Infection Control within Healthcare Settings When Caring for Confirmed Cases, Probable Cases, and Cases Under Investigation for Infection with Novel Influenza A Viruses Associated with Severe Disease. Mise à jour la plus récente le 26 janvier 2016. [www.cdc.gov/flu/avianflu/novel-flu-infection-control.htm](http://www.cdc.gov/flu/avianflu/novel-flu-infection-control.htm) (consulté le 17 mai 2018).
61. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 15 : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse 7<sup>e</sup> édition – La prévention et la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les milieux de soins de santé et d'autres milieux. 1–47. [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-11.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-11.html) (consulté le 17 mai 2018).
62. Henderson DK, Dembry L, Fishman NO et coll; Society for Healthcare Epidemiology of America. SHEA guideline for management of healthcare workers who are infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and/or human immunodeficiency virus. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31(3):203–32.

## ANNEXE

Liste de vérification pour la prévention et le contrôle des infections en cabinet \*Adapté de la référence 5

### FOURNITURES

- Produits d'hygiène des mains (savon liquide et eau, nettoyant antiseptique à base d'alcool)
- Gants jetables
- Masques chirurgicaux ou masques d'intervention
- Masques N95 (s'il est anticipé que des patients atteints de tuberculose contagieuse consultent régulièrement)
- Blouses
- Dispositifs de protection oculaire (lunettes de sécurité, écran facial ou masque chirurgical muni d'une visière)
- Mouchoirs
- Poubelles sans contact
- Antiseptiques
- Désinfectants, produits de nettoyage, eau de Javel à usage domestique
- Contenants pour objets pointus et tranchants
- Panneaux, affiches, documents sur le contrôle des infections à l'intention des patients

### POLITIQUES ET PROCÉDURES

#### Personnel

- Mise en vigueur des politiques et procédures écrites de prévention et de contrôle des infections (PCDI)
- Transmission des politiques et procédures de PCDI au personnel, qui les respecte
- Formation continue du personnel sur la PCDI
- Vaccination appropriée du personnel
- Si des patients atteints de tuberculose pulmonaire contagieuse fréquentent régulièrement le cabinet, essai d'ajustement des masques N95 pour le personnel qui aura à les utiliser, utilisation appropriée de ces masques et exécution du test cutané à la tuberculine, à moins que le personnel en soit exempté
- Consignes connues sur les restrictions au travail du personnel en cas d'infections transmissibles connues
- Communication établie avec les autorités locales de la santé publique

#### Établissement

- Poubelles sans contact dans chaque pièce
- Lieu d'attente distinct pour les patients qui doivent être isolés à cause d'une infection aiguë
- Utilisation appropriée des gants
- Utilisation appropriée des masques
- Séparation fonctionnelle de l'entreposage des fournitures propres et des aires de fournitures sales

- Absence de moquettes dans les salles d'attente et les salles d'examen
- Ventilation assurant au moins six renouvellements d'air à l'heure dans les établissements neufs ou rénovés; si la fréquence du renouvellement d'air est moins élevée ou inconnue, en prendre note

#### Réception

- Panneaux à chaque entrée et à la réception informant les patients de signaler les infections contagieuses et leur indiquant les mesures nécessaires pour respecter l'étiquette respiratoire
- Mise en place et utilisation appropriée d'un système de triage téléphonique
- Mise en place du triage de contrôle des infections dès la réception
- Information sur le contrôle des infections à la disposition des parents et des patients
- Contact minimal entre les enfants atteints d'une affection contagieuse et les autres enfants
- À la réception, produits d'hygiène des mains à base d'alcool, masques et panneaux pour en expliquer l'utilisation appropriée
- Accès facile à des mouchoirs en tout temps
- Affichage de directives aux parents sur l'usage des jouets et, lorsque ceux-ci sont réutilisés, nettoyage approprié entre les utilisations

#### Salles d'examen

- Lavabos désignés pour l'hygiène des mains, pourvus de savon liquide et de serviettes de papiers dans chaque secteur clinique
- Nettoyant ou gel antiseptique à base d'alcool dans chaque salle d'examen
- Contenants imperforables pour objets pointus et tranchants dans chaque salle d'examen et chaque secteur clinique
- Disposition des objets pointus et tranchants directement dans les contenants prévus à cet effet
- Port approprié des gants, du masque et de la blouse lorsque la situation le justifie
- Évitement de l'entreposage des fournitures (autres que les produits de nettoyage) sous les comptoirs des lavabos utilisés pour l'hygiène des mains ou sur les comptoirs adjacents
- Salle d'examen bien ventilée si des patients atteints d'une tuberculose pulmonaire active consultent régulièrement

#### Désinfection et nettoyage du milieu de soins

- Entre chaque patient, nettoyage de l'équipement médical utilisé pour de multiples patients
- Utilisation de processus de désinfection et de stérilisation approuvés et appropriés pour traiter l'équipement et les instruments



- Nettoyage du milieu à l'aide de détergents et de désinfectants approuvés pour un usage en milieu hospitalier
- Recouvrement des tables d'examen de papier jetable ou d'une serviette lavable, qui est remplacé entre chaque patient et nettoyage entre chaque patient des autres surfaces et de l'équipement en contact direct avec les patients
- Nettoyage des tables d'examen, des chaises et des autres surfaces souvent touchées tous les jours et lorsqu'elles sont visiblement souillées
- Nettoyage des toilettes tous les jours et lorsqu'elles sont visiblement souillées (planchers, lavabos, comptoirs, tables à langer)
- Nettoyage des autres aires du cabinet au moins une fois par semaine
- Affichage et respect des procédures de nettoyage des déversements de liquides organiques
- Isolement et gestion des déchets conformes aux règlements provinciaux ou territoriaux et aux règlements locaux

#### **COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE**

**Membres :** Michelle Barton-Forbes MD; Sean Bitnun MD; Natalie A. Bridger MD (membre sortante); Shalini Desai MD; Michael Forrester MD; Ruth Grimes MD (représentante du conseil); Nicole Le Saux MD (présidente); Joan L. Robinson MD (présidente sortante); Karina Top MD; Otto G. Vanderkooi MD (membre sortant)

**Représentants :** Upton D. Allen MBBS, Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le VIH/sida; Tobey Audcent MD, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages, Agence de la santé publique du Canada; Carrie Byington MD, comité des maladies infectieuses, American Academy of Pediatrics; Fahamia Koudra MD, Le Collège des médecins de famille du Canada; Marc Lebel MD, Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT); Jane McDonald MD, Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada; Dorothy L. Moore MD, Comité consultatif national de l'immunisation; Howard Njoo MD, Agence de la santé publique du Canada

**Conseillère :** Noni E. MacDonald MD

**Auteure principale :** Dorothy L. Moore MD