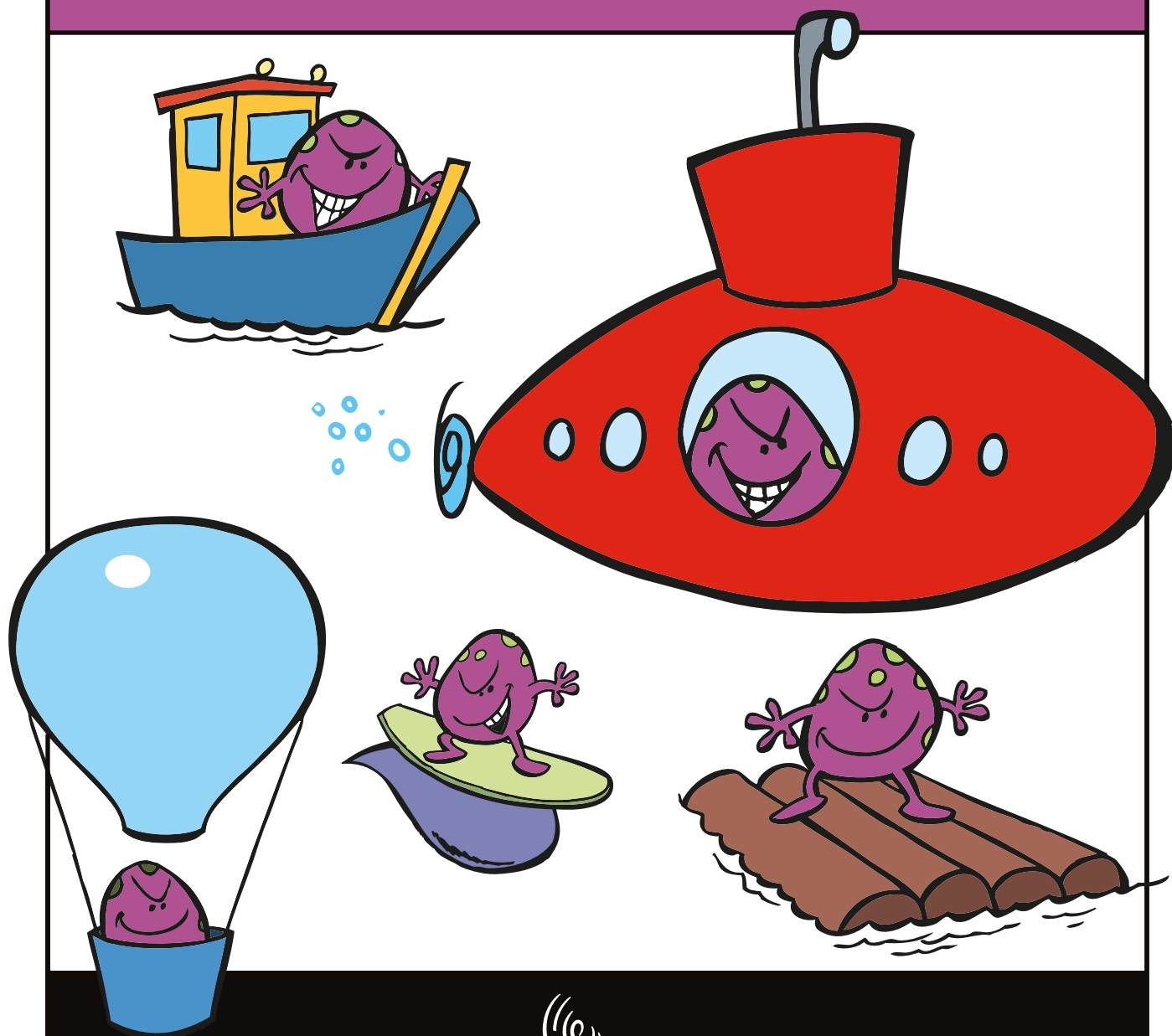


GUIDE DE PRÉVENTION

NOTIONS DE BASE EN PRÉVENTION
ET CONTRÔLE DES INFECTIONS
SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL



ASSTAS



Ensemble en prévention

MISSION. Promouvoir la prévention en santé et en sécurité du travail dans un objectif d'élimination à la source des dangers et accompagner, dans un cadre paritaire, la clientèle de son secteur en offrant des services-conseils, des activités d'information, de formation et de recherche et développement pour créer des milieux de travail sains et sécuritaires pour tous.

STRUCTURE PARITAIRE ET SOURCE DE FINANCEMENT.

L'ASSTSAS, organisme à but non lucratif, est gérée par une assemblée générale et un conseil d'administration composés en nombre égal de représentants des associations syndicales et patronales du secteur. Son financement provient principalement des cotisations perçues auprès de tous les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux.



AVERTISSEMENT. Les renseignements que ce document contient ne sont pas exhaustifs. De même, ils ne constituent en aucun cas une interprétation juridique des règlements et de la loi. Votre association sectorielle, l'ASSTSAS, ne garantit aucunement que les accidents du travail, les maladies professionnelles et les dangers en ces matières seront nécessairement éliminés grâce à l'information contenue dans ce document ou à l'adoption des mesures préventives qu'il suggère. Il y a des circonstances de lieu et de temps, de même que des conditions générales ou spécifiques, qui peuvent favoriser, diminuer ou éliminer la pertinence ou l'efficacité de l'information transmise. C'est pourquoi les associations membres de l'ASSTSAS, ses délégués, ses administrateurs, ses dirigeants et les membres du personnel déclarent formellement n'assumer aucune responsabilité pouvant découler de la diffusion de ce document et des mesures qu'il préconise. **MASCULIN / FÉMININ.** Le lecteur voudra bien comprendre en lisant ce document qu'un mot comme « travailleur » inclut les deux genres grammaticaux et les deux réalités : les travailleurs et les travailleuses, à moins que le contexte ne l'interdise. Le genre masculin que nous utilisons dans ce document ne vise qu'à alléger la lecture du texte. **REPRODUCTION.** La reproduction de ce document est autorisée pourvue que la source soit mentionnée. Pour toute adaptation, une autorisation écrite de l'ASSTSAS doit être obtenue.

La réalisation de ce guide a été rendue possible grâce à la collaboration des personnes suivantes.

Direction : Diane Parent

Recherche et rédaction : Françoise Bouchard

Collaboration : **ASSTSAS**
Julie Bastien
Sylvie Bédard
Renée Julien

**Direction de la santé publique
de Montréal-Centre**
Michèle Dupont
Michèle Tremblay

**MSSS, direction de la
protection de la santé publique**
Madeleine Tremblay

Illustrations : Jean Morin

Révision linguistique : Marie L'Écuyer

Bureautique : Laurence Caron

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail
du secteur affaires sociales
5100, rue Sherbrooke Est, bureau 950
Montréal (Québec) H1V 3R9
Téléphone : 514 253-6871 ou 1 800 361-4528
Télécopieur : 514 253-1443
Internet : www.asstsas.gc.ca

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec (1^{er} trimestre 2018)
Bibliothèque et Archives du Canada (1^{er} trimestre 2018)

ISBN : 978-2-89618-066-0

© ASSTSAS – 2017

Code : 1217 (GP74)

REMERCIEMENTS

L'ASSTSAS tient à remercier les personnes suivantes qui ont participé au comité consultatif de ce document à l'automne 2015 :

Géraldine Spitz Infirmière, conseillère en SST, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Marie-Hélène Maréchal Agente de gestion en SST, CSSS de la Pointe-de-l'Île

Nancy Wade Infirmière-conseil en PCI, CSSS de Gatineau

Nathalie Pigeon Conseillère-cadre en PCI, CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord

L'ASSTSAS remercie également les 2 travailleurs suivants qui ont accepté de lire et de commenter le guide à la même époque pour s'assurer de son niveau de vulgarisation.

Stéphane Paquette Préposé aux bénéficiaires, CSSS du Cœur-de-l'Île
Line Beauchamp Préposée à domicile, Services travail-maison, Saint-Jérôme

Table des matières

Introduction	5
Chapitre 1 La transmission des infections	7
1.1 L'agent infectieux	9
1.2 Le réservoir.....	10
1.3 La porte de sortie	10
1.4 La voie de transmission.....	11
1.4.1 La transmission par contact.....	11
1.4.1.1 La transmission sanguine.....	11
1.4.1.2 La transmission fécale-orale.....	12
1.4.2 La transmission par gouttelettes	12
1.4.3 La transmission aérienne	13
1.5 La porte d'entrée	13
1.6 L'hôte réceptif.....	15
1.6.1 L'état sérologique	15
1.6.2 L'état du système immunitaire	16
Chapitre 2 Le risque et les mesures de prévention	17
2.1 L'évaluation du risque	18
2.2 La hiérarchie des mesures de prévention.....	19
2.3 Les mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie.....	20
2.3.1 Les mesures de contrôle à la source.....	21
2.3.2 Les équipements sécuritaires	21
2.4 Les mesures administratives et organisationnelles	23
2.4.1 L'hébergement des bénéficiaires.....	23
2.4.2 L'entretien de la lingerie et de la literie.....	23
2.4.3 La préparation des aliments et la vaisselle	24
2.4.4 L'hygiène du milieu et la décontamination	24
2.4.5 La gestion des déchets.....	25
2.4.6 Le programme de vaccination des travailleurs.....	26
2.4.7 Le programme de protection respiratoire.....	28
Chapitre 3 Les mesures de protection du travailleur	31
3.1 Les principes de départ	33
3.1.1 Les règles d'hygiène.....	33
3.1.2 La vaccination.....	34

3.2	Les pratiques de base.....	35
3.2.1	L'évaluation du risque.....	35
3.2.2	L'hygiène des mains.....	37
3.2.3	Les gants.....	40
3.2.4	La blouse	44
3.2.5	Le masque et la protection oculaire	45
3.3	Les précautions additionnelles	46
3.3.1	La transmission par contact.....	47
3.3.2	La transmission par gouttelettes	48
3.3.3	La transmission aérienne	49
3.3.4	Les mesures organisationnelles lors de précautions additionnelles	50
3.3.5	La multirésistance aux antibiotiques	52
3.4	La formation des travailleurs	54
Chapitre 4 Les mesures de contrôle de l'exposition des travailleurs.....		59
4.1	L'État de situation	60
4.2	Le protocole postexposition au sang	64
4.3	Les autres protocoles postexposition	68
4.4	La gestion des éclosions.....	70
4.5	La gestion des travailleurs exposés, porteurs ou malades	71
Conclusion		73
Bibliographie		75
Annexe 1	Système immunitaire	79
Annexe 2	Rôles et responsabilités en santé et sécurité du travail	83
Annexe 3	Nettoyage, désinfection et stérilisation	87
Annexe 4	Gestion des déchets biomédicaux	93
Annexe 5	Techniques d'hygiène des mains Eau et savon	97
Annexe 6	Techniques d'hygiène des mains Solution hydro-alcoolique.....	99
Annexe 7	Étapes pour mettre les ÉPI	101
Annexe 8	Étapes pour retirer les ÉPI	103
Annexe 9	Étapes clés pour utiliser l'appareil de protection respiratoire N95	105
Annexe 10	Lexique.....	107

Introduction

Le risque de transmission d'infections¹ est très présent dans les établissements de santé. La présence de bénéficiaires atteints d'infections ou qui, à cause de leur état, ne peuvent pas respecter des normes d'hygiène appropriées peut exposer d'autres personnes. Même si le risque provient, la plupart du temps, des bénéficiaires, occasionnellement il peut provenir d'un visiteur ou d'un travailleur.

¹ Les mots soulignés sont définis dans le lexique à l'[annexe 10](#). Le mot est souligné seulement lors de sa première apparition dans le document.

La prévention et le contrôle des infections (PCI) s'appliquent à toutes les personnes exposées, peu importe la raison de leur présence dans l'établissement. Lorsque des mesures diminuent le risque pour les travailleurs, elles le diminuent aussi pour les autres personnes. Toutefois, le contenu de ce document vise à vulgariser les notions de base en PCI relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs (SST).

Ce guide permettra à toute personne intéressée par la PCI de mieux comprendre comment les infections peuvent se transmettre et les différentes mesures qui permettent d'aider à préserver la santé des employés.

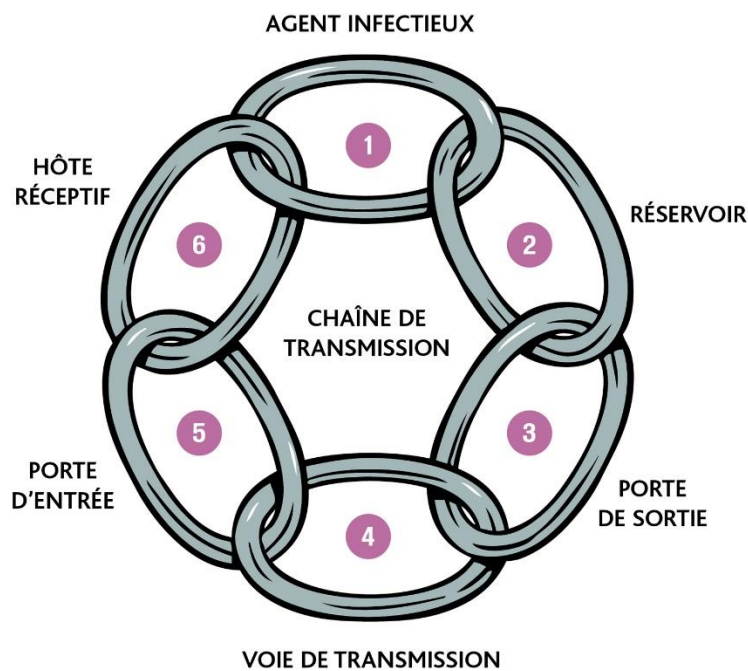
Dans un premier temps, il présente les connaissances de base concernant la transmission des infections. Le chapitre 2 porte sur l'évaluation du risque et les mesures de prévention. Le chapitre 3 regroupe les moyens de protéger le travailleur. Pour terminer, le chapitre 4 contient les différentes actions permettant de contrôler l'exposition accidentelle d'un travailleur, afin de limiter les conséquences possibles de cette exposition.

Il importe toutefois de préciser que la PCI est un domaine en évolution qui comprend des zones moins précises et qu'elle doit être adaptée en fonction des ressources matérielles et humaines et de la clientèle propres à chaque établissement. Dans les établissements dotés d'un comité de prévention et de contrôle des infections, celui-ci peut suggérer des modifications à l'organisation du travail pour que la PCI soit le plus efficace possible tout en réduisant au minimum les inconvénients associés.

Chapitre 1
La transmission des infections

La présence de microbes n'implique pas nécessairement la transmission d'une infection puisque ceux-ci ne sont pas forcément des agents infectieux pouvant causer une maladie. Plusieurs vivent sur certaines parties de notre corps sans causer de problème. Ils jouent même un rôle dans son bon fonctionnement ; c'est la flore normale. On en retrouve sur la peau, les muqueuses, dans les voies respiratoires supérieures, le système digestif et une partie du système uro-génital. Toutefois, ces microbes peuvent devenir nocifs s'ils sont introduits accidentellement dans une partie du corps où ils ne sont pas censés se trouver. Par exemple, la flore intestinale répandue dans l'abdomen à la suite d'une perforation de l'intestin causera une infection abdominale.

D'autres microbes, non présents dans la flore normale, peuvent causer des infections s'ils pénètrent dans l'organisme. Représentée par une chaîne, la transmission d'une infection est possible seulement lorsque ses six maillons sont rassemblés.



Un AGENT INFECTIEUX sort d'un RÉSERVOIR par une PORTE DE SORTIE, se déplace par une VOIE DE TRANSMISSION et pénètre par une PORTE D'ENTRÉE dans un HÔTE RÉCEPTIF¹.

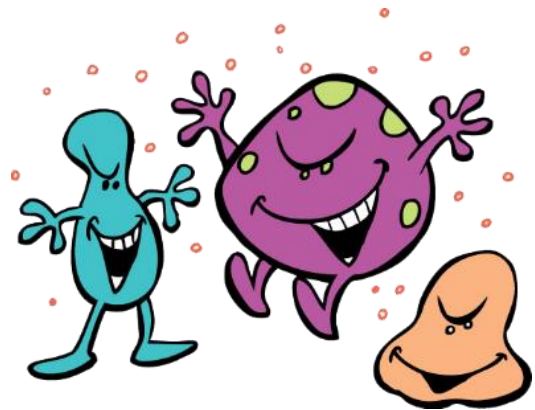
1. © Donna Moralejo, professeur, Memorial University School of Nursing, St. John's, Terre-Neuve et Labrador.

1.1 L'AGENT INFECTIEUX

Environ 400 agents infectieux de différents types sont connus. Selon la taille, du plus grand au plus petit, il y a, entre autres, les parasites, les champignons, les bactéries, les virus et les prions. Les infections les plus fréquentes en milieu de travail sont dues aux virus et aux bactéries.

Les virus sont très petits. Lorsqu'ils pénètrent à l'intérieur d'une cellule, ils en prennent le contrôle et s'y multiplient. Les antibiotiques n'agissent pas sur les virus. Les quelques antiviraux disponibles peuvent ralentir et parfois arrêter la progression de maladies virales. De plus grande taille, les bactéries vivent à l'extérieur des cellules. Elles sont responsables d'un grand nombre de maladies qui peuvent généralement être traitées par des antibiotiques. La contagiosité, la virulence et la période d'incubation des virus et des bactéries peuvent varier grandement d'une espèce à une autre.

La transmission d'un microbe n'entraîne pas nécessairement une maladie. Celui-ci peut être porté par un hôte sur une courte période, le coloniser à plus long terme, causer une infection sans symptôme ou une maladie. La colonisation est la présence de microbes en croissance dans ou sur un hôte, sans effet nocif. L'infection est le stade où ils sont capables de se multiplier dans un organisme et provoquer une réaction de ses défenses immunitaires. Une infection peut être asymptomatique, la personne se sent en bonne santé et ne présente aucun signe apparent de maladie, ou entraîner une maladie avec des symptômes.



Certaines caractéristiques du microbe augmentent le risque de transmission d'une infection :

- sa capacité à survivre dans l'environnement ;
- sa quantité (en général, les personnes symptomatiques en excrètent plus, ce qui les rend plus contagieuses) ;
- un pouvoir infectieux important (virulence), c'est-à-dire lorsqu'une faible quantité est suffisante pour causer la maladie.

1.2 LE RÉSERVOIR

Les personnes (bénéficiaires, travailleurs et visiteurs) et l'environnement, y compris les équipements, sont les réservoirs les plus fréquents dans les établissements de santé. Toutefois, l'eau, les aliments et les animaux peuvent aussi être des réservoirs.

La présence de microbes dans l'environnement et sur les équipements est augmentée par la présence de bénéficiaires :

- qui, en raison de leur état physique ou cognitif, peuvent ne pas respecter les normes d'hygiène ou qui ne sont pas encore compétents en la matière (les jeunes enfants) ;
- incontinents ou dont les selles ne sont pas contenues dans des culottes d'incontinence ;
- dont les excréta risquent d'être plus abondants et difficiles à contenir, par exemple, en présence de :
 - diarrhée ;
 - lésions cutanées ou plaies ;
 - sécrétions des voies respiratoires (écoulement nasal, toux, expectorations).

Chez les humains, les microbes sont contenus dans le sang, les autres liquides biologiques internes, les excréta, les sécrétions et sont présents sur la peau.

Lorsqu'un microorganisme est viable dans l'environnement, il se transmet plus facilement. L'équipement commun à plusieurs bénéficiaires, s'il n'est pas nettoyé entre chaque utilisation, augmente le risque d'exposition.

1.3 LA PORTE DE SORTIE

La porte de sortie est le chemin que prend le microbe pour quitter le réservoir. Les microbes quittent le réservoir humain par la porte de sortie naturelle du liquide biologique qui le contient (par exemple la bouche, le nez, le système digestif, le système respiratoire), ou le système tégumentaire (peau), ou par une blessure qui permet l'écoulement de ce liquide. Ainsi, un microbe contenu dans les selles quittera le corps en même temps que les selles, et un microbe contenu dans le sang quittera le corps lorsqu'une blessure entraînera l'écoulement de sang à l'extérieur.

On ne parle pas de porte de sortie pour l'environnement, car celui-ci est l'endroit où se retrouvent les microbes sortis d'un réservoir humain.

1.4 LA VOIE DE TRANSMISSION

Bien que la transmission des microbes soit possible par un véhicule commun (ex. : un aliment ou de l'eau contaminés) ou par un insecte vecteur, les trois principales voies en milieu de soins sont le contact, les gouttelettes et la voie aérienne. La majorité des microbes se transmettent par une seule voie, mais certains par plus d'une.

Le transport du microbe d'une personne infectée vers une autre personne se produit de deux façons :

- directe : une personne infectée transporte le microbe vers une autre personne par contact physique direct (ex. : un contact peau à peau, tête à tête, bouche à bouche), ou projette un liquide biologique contaminé directement vers une porte d'entrée d'une autre personne, par exemple en éternuant.
- indirecte : un objet ou une main contaminée sert d'intermédiaire entre la personne infectée et l'autre personne.

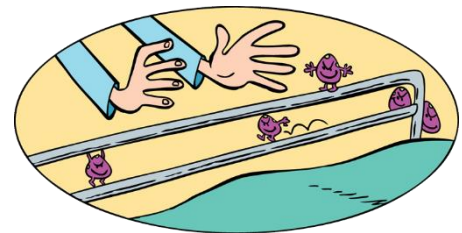
Les mains sont couramment en cause dans la transmission des infections parce qu'elles sont souvent contaminées lorsqu'une personne infectée tousse, se mouche, va aux toilettes, etc. Par la suite, le microbe passe de la main à une autre personne, à un équipement ou à un élément de l'environnement.



1.4.1 La transmission par contact

La transmission par contact peut se faire directement entre deux personnes ou indirectement par l'intermédiaire d'un objet contaminé comme il est décrit précédemment. Les microbes peuvent être présents sur une personne, sur un équipement ou dans l'environnement.

Dans les différentes lignes directrices en PCI, la transmission par contact est abordée d'une façon large. Toutefois en SST, deux mécanismes méritent une attention particulière : les transmissions sanguines et fécale-orale. La transmission par contact comprend aussi la transmission sexuelle et la transmission d'une mère à son fœtus ou à son nouveau-né. Toutefois, ces circonstances ne sont pas en cause dans les situations de travail.



1.4.1.1 La transmission sanguine

Les microbes qui se transmettent par le sang (ex. : virus de l'hépatite B et C, VIH) survivent dans le sang et dans certains liquides biologiques internes (pleural, péricardique, amniotique, céphalorachidien et synovial) d'une personne infectée. Ils peuvent aussi survivre dans le lait maternel et les sécrétions génitales. Pour infecter une autre personne, ils devront pénétrer à l'intérieur de son système sanguin.

Les liquides biologiques excrétés sur une base plus régulière (salive, selles, urine, sécrétions nasales, vomissements, sueur) ne peuvent transmettre ces microbes, sauf s'ils sont visiblement teintés de sang. Une exception, le virus de l'hépatite B peut contaminer une personne qui se fait mordre, si cette morsure entraîne un bris de peau et que de la salive contaminée est injectée.

La transmission sanguine est :

- directe lorsque du sang est projeté sur les muqueuses ou sur une plaie fraîche, non cicatrisée (qui a saigné il y a moins de vingt-quatre heures) d'une personne ;
- indirecte lorsqu'une personne est blessée par une aiguille ou un instrument contaminé par du sang.

1.4.1.2 La transmission fécale-orale

Les microbes à transmission fécale-orale se trouvent dans les selles d'une personne infectée (fécal). Une selle plus liquide est un bon indice de ce type d'infection, car c'est la voie qu'empruntent les microbes qui causent les gastro-entérites.

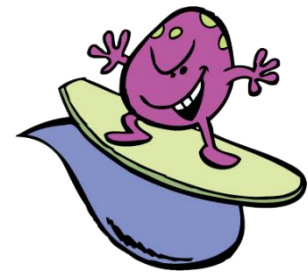
La transmission fécale-orale est :

- indirecte la plupart du temps, les microbes étant portés à la bouche (oral) par des mains contaminées par des selles pas nécessairement visibles (ex. : robinetterie, ridelle de lit, poignée de porte, etc.) ;
- directe dans le cas de certaines gastro-entérites avec vomissements violents où les microbes peuvent être projetés et atteindre la bouche d'une autre personne puis descendre dans son système digestif (oral) et la contaminer.

1.4.2 La transmission par gouttelettes

Les microbes transmis par cette voie survivent dans les gouttelettes de salive, de sécrétions nasales ou de la gorge d'une personne infectée, qui sont projetées :

- naturellement lorsque la personne infectée parle, tousse, crache, éternue. Assez grosses, ces particules ne restent pas en suspension dans l'air et parcourent habituellement une distance inférieure à deux mètres.
- artificiellement, par certaines procédures générant des aérosols (PGA). Ces procédures peuvent produire des gouttelettes plus petites qui se déplacent sur de plus grandes distances².



De plus, une partie des gouttelettes peut se dessécher et diminuer de taille pendant qu'elles sont en suspension et devenir des noyaux de gouttelettes (aérosolisation).

² Les PGA ayant un risque documenté de transmission sont l'intubation endotrachéale et l'extubation, la bronchoscopie, la réanimation cardiorespiratoire et l'aspiration des sécrétions en circuit ouvert.

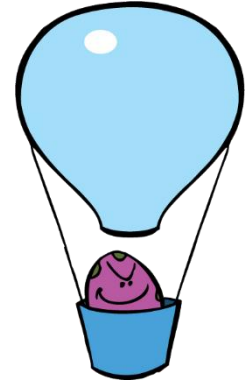
La transmission par gouttelettes est :

- directe lorsque les particules sont projetées sur les muqueuses du visage de l'hôte (c.-à-d. yeux, nez et bouche) ;
- indirecte, car certains microbes transmis par cette voie survivent dans l'environnement. Des gouttelettes se déposent sur des surfaces ou des équipements, et des mains contaminées peuvent les porter aux muqueuses.

1.4.3 La transmission aérienne

Certains microbes vivent dans des particules microscopiques qui restent en suspension dans l'air durant des périodes relativement longues. Ces microparticules proviennent de l'air expiré par une personne infectée particulièrement lorsque celle-ci parle, tousse ou éternue, puis sont dispersées par les courants d'air.

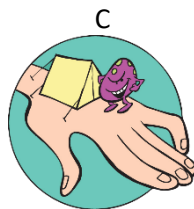
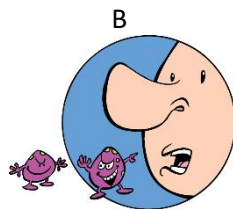
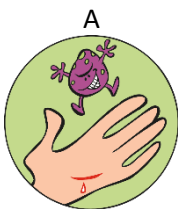
Cette voie de transmission est particulière. Elle est dite « aérienne » car les microbes sont transportés dans l'air. Il n'y a pas de notion de transmission directe ou indirecte, les particules infectées étant respirées.



1.5 LA PORTE D'ENTRÉE

Les microbes ont besoin d'une porte pour pénétrer dans l'organisme d'une personne. Ils peuvent :






- passer à travers la peau (percutanée), par une lésion existante (plaie non cicatrisée) ou une blessure accidentelle (ex. : piqûre - illustration A) ;
- entrer par les muqueuses du visage (yeux, nez ou bouche) : celles-ci contiennent beaucoup de petits vaisseaux sanguins qui facilitent l'entrée des microbes comparativement à la peau saine qui est une excellente barrière (illustration B) ;
- demeurer sur la peau (cutanée) : certains n'ont pas besoin de traverser la peau pour provoquer une infection (ex. : certains parasites - illustration C) ;
- être avalés et entrer dans le système digestif - illustration D) ;
- être inhalés et entrer dans le système respiratoire (illustration E).



Les portes d'entrée des microbes sont particulières aux voies de transmission.

- Contact : les microbes pénètrent à travers la peau (percutanée) ou par les muqueuses, ou demeurent sur la peau.
- Sanguine : les microbes pénètrent à travers la peau (percutanée) ou par les muqueuses, pour ensuite s'introduire dans le système sanguin.
- Fécale-orale : la seule porte d'entrée des microbes est la bouche (orale), qui permet à ceux-ci d'entrer dans le système digestif. Contenus dans des selles ou des vomissements, ils sont avalés accidentellement.
- Gouttelettes : les microbes entrent par les muqueuses du visage.
- Aérienne : les microbes sont inhalés et entrent dans le système respiratoire.

TABLEAU SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS MAILLONS DES VOIES DE TRANSMISSION

VOIE DE TRANSMISSION	RÉSERVOIR	PORTE DE SORTIE	TRANSPORT	PORTE D'ENTRÉE
1. CONTACT 	<ul style="list-style-type: none"> • SUR UNE PERSONNE • SUR UN ÉQUIPEMENT OU UN ÉLÉMENT DE L'ENVIRONNEMENT 	<ul style="list-style-type: none"> • PAS DE PORTE DE SORTIE, ILS SONT DÉJÀ À L'EXTÉRIEUR 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRECT • INDIRECT 	<ul style="list-style-type: none"> • PERCUTANÉE • MUQUEUSES • SUR LA PEAU
SANGUINE 	<ul style="list-style-type: none"> • SANG, SÉCRÉTIONS GÉNITALES, LAIT MATERNEL • LIQUIDES BIOLOGIQUES INTERNES • LIQUIDES EXCRÉTÉS RÉGULIÈREMENT SI TEINTÉS DE SANG 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTE DE SORTIE NATURELLE DU LIQUIDE OU BLESSURE QUI EN PERMET L'ÉCOULEMENT 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRECT (RARE) • INDIRECT 	<ul style="list-style-type: none"> • MUQUEUSES OU PERCUTANÉE, PUIS DANS LE SYSTÈME SANGUIN
FÉCALE-ORALE 	<ul style="list-style-type: none"> • SELLES (FÉCALE) 	<ul style="list-style-type: none"> • SYSTÈME DIGESTIF (ANUS) 	<ul style="list-style-type: none"> • INDIRECT 	<ul style="list-style-type: none"> • BOUCHE (ORALE) AU SYSTÈME DIGESTIF
	<ul style="list-style-type: none"> • PARFOIS VOMISSEMENTS 	<ul style="list-style-type: none"> • SYSTÈME DIGESTIF (BOUCHE) 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRECT 	
2. GOUTTELETTES 	<ul style="list-style-type: none"> • SALIVE, SÉCRÉTIONS NASALES OU DE LA GORGE 	<ul style="list-style-type: none"> • BOUCHE ET NEZ 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRECT • INDIRECT 	<ul style="list-style-type: none"> • MUQUEUSES
3. AÉRIENNE 	<ul style="list-style-type: none"> • AIR EXPIRÉ PAR UNE PERSONNE INFECTÉE (MICROGOUTTELETTES) 	<ul style="list-style-type: none"> • PROJETÉES EN PARLANT, TOUSSANT, ÉTERNUANANT 	<ul style="list-style-type: none"> • DANS L'AIR (PAS DIRECT OU INDIRECT) 	<ul style="list-style-type: none"> • LES PARTICULES SONT INHALÉES (SYSTÈME RESPIRATOIRE)

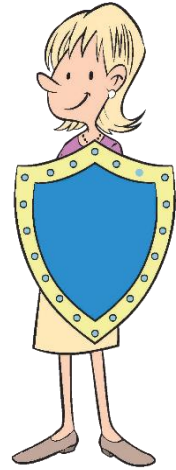
1.6 L'HÔTE RÉCEPTIF

Lorsque des microbes pénètrent à l'intérieur d'un hôte, après avoir traversé la peau ou les muqueuses qui représentent les premières barrières, ils rencontrent le système immunitaire³, système de défense du corps humain, qui reconnaît les intrus et produit des anticorps pour se défendre.

L'hôte exposé peut réagir en :

- résistant à l'infection ;
- acquérant une immunité ;
- s'accommodant et devenant porteur sain ou asymptomatique (colonisé) ;
- contractant une infection.

Plusieurs facteurs influencent la possibilité qu'un hôte développe une infection à la suite d'une exposition. Sa réceptivité varie selon son état sérologique et selon l'état de son système immunitaire.



1.6.1 L'état sérologique

Certaines infections, telles la rougeole et la rubéole, provoquent le développement d'anticorps durables qui protègent contre une nouvelle infection causée par le même microbe. Cela s'appelle l'immunité acquise.

D'autres infections, par exemple la gonorrhée et l'infection à chlamydia, ne provoquent pas de réponse immunitaire ; elles peuvent survenir à plusieurs reprises chez un même individu.

La vaccination ou immunisation active entraîne une réaction semblable à celle qui survient chez les personnes qui ont déjà fait la maladie : le développement d'anticorps durables.

Par ailleurs, à la suite d'une exposition à certaines maladies, une immunisation passive peut être offerte pour tenter de prévenir celles-ci. Contrairement à la vaccination, l'immunisation passive ne favorise pas le développement d'anticorps. Par exemple, l'injection d'immunoglobulines, qui sont des anticorps tout faits, a une durée d'action limitée, habituellement de quelques semaines.

Comme l'effet de l'injection d'immunoglobulines est temporaire, celle-ci n'empêche pas la plupart des vaccinations simultanément. Pendant que les immunoglobulines donnent une immunité immédiate, la vaccination préparera l'immunité future.

³ L'[annexe 1](#) permet de mieux comprendre le fonctionnement du système immunitaire.

1.6.2 L'état du système immunitaire

La production et le maintien d'anticorps dépendent du bon fonctionnement du système immunitaire. Celui-ci peut être altéré par l'âge ainsi que par certains états (par exemple, certains cancers et leurs traitements, certains traitements aux antibiotiques, aux corticostéroïdes ou à d'autres agents immunosuppresseurs, l'absence de rate ou une rate non fonctionnelle à cause d'une maladie), le VIH, etc.



Ces conditions peuvent faire en sorte qu'une personne soit plus ou moins en mesure de fabriquer des anticorps ou de maintenir ceux qu'elle a déjà produits. Cela explique la plus grande vulnérabilité de la clientèle comparativement à celle des travailleurs.

De plus, les bénéficiaires, surtout en soins de courte durée, ont souvent des ouvertures « artificielles » qui créent des portes d'entrée supplémentaires (cathéter intraveineux, plaie chirurgicale, drains, cathéter vésical, etc.).

Chapitre 2

Le risque et les mesures de prévention

Le risque infectieux varie d'un établissement à un autre, d'une installation à une autre et même d'un service à un autre dans une même installation. Tous les travailleurs ne sont donc pas exposés de la même façon.

2.1 L'ÉVALUATION DU RISQUE

Un programme de PCI est la somme de toutes les activités et ressources consacrées à cette fonction dans un établissement. Au départ, il vise à protéger les bénéficiaires contre les infections durant un épisode de soins, mais il vise également la protection de l'ensemble des personnes présentes (travailleurs, visiteurs, aidants naturels, etc.).

Un cadre de référence⁴ à l'intention des établissements de santé précise les principes et objectifs inhérents à un tel programme, les volets qu'il devrait couvrir, les rôles et les responsabilités des différentes instances, les catégories de personnel visées, ainsi que la structure organisationnelle nécessaire à sa mise en œuvre. Les rôles et les responsabilités relatives à la santé et à la sécurité du travail sont reproduits à l'[annexe 2](#).

L'évaluation des risques organisationnels permettra l'élaboration d'un programme de PCI cohérent pour l'ensemble de l'établissement. Effectuée dans les milieux de soins chaque année, cette évaluation devrait être mise à jour lors de changements majeurs⁵. Faite à partir des caractéristiques de la clientèle, du type et de l'intensité des soins dispensés ainsi que des ressources disponibles, elle consiste à déterminer :

- les situations dans lesquelles des microbes peuvent être présents ainsi que le risque d'exposition et de transmission lié à ces derniers ;
- les conséquences de la transmission pour les personnes (gravité de la maladie qu'elle peut causer), les établissements et la collectivité ;
- les mesures de contrôle en place pour diminuer l'exposition ou la transmission.

En SST, l'évaluation des risques d'exposition des travailleurs complète ce tableau.

Les travailleurs à risque sont ceux qui peuvent :

- toucher à des liquides biologiques de bénéficiaires ou être éclaboussés par ces liquides lors de l'exécution d'une tâche, ou se blesser avec des équipements perforants⁶ contaminés par ceux-ci ;
- être en relation avec une personne qui a un diagnostic présumé ou confirmé d'infection transmissible.

⁴ MSSS. [Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec](#).

⁵ ASPC. [Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins](#).

⁶ Équipements piquants, coupants ou tranchants utilisés pour les soins des clients et qui passent à travers sa peau tels les aiguilles à injection, les cathéters intraveineux, les lancettes, les scalpels, etc.

L'évaluation des risques se fait à partir de l'analyse des tâches que les travailleurs exécutent ainsi que des types d'interactions qu'ils ont avec les bénéficiaires, leurs liquides biologiques ou les équipements souillés par ceux-ci. L'analyse des informations disponibles sur les expositions antérieures est également pertinente.

L'exposition est évaluée en fonction de sa nature, sa durée et sa fréquence. De plus, la prévalence des infections de la clientèle desservie devrait être prise en considération. Les risques d'exposition des travailleurs seront quantifiés par service et par titre d'emploi ; ils peuvent être élevés, modérés ou encore, faibles ou nuls.

2.2 LA HIÉRARCHIE DES MESURES DE PRÉVENTION

Les mesures de PCI n'ont pas toutes le même impact. La hiérarchie des mesures est une classification en trois catégories selon leur importance et leur efficacité⁷ et ⁸.

Les **mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie** concernent les caractéristiques de fonctionnalité et de sécurité des lieux. Elles touchent tout élément de l'environnement et de l'équipement de soins qui peut être en cause dans la transmission des infections (par exemple, la quantité de chambres individuelles avec toilettes privées).

Elles sont les premières mesures à mettre en place, parce qu'elles contribuent à prévenir la transmission de toute infection, identifiée ou non, et à protéger l'ensemble de la clientèle et des travailleurs en toute circonstance. Comme ces mesures sont partie intégrante de l'infrastructure, elles ne dépendent pas de leur mise en œuvre par l'établissement ou de leur application par les travailleurs.

Les **mesures administratives et organisationnelles** concernent les politiques, procédures et guides de pratique qui doivent être développés de façon à prévenir les expositions ou la transmission. Elles peuvent faire l'objet d'une directive ou d'un guide conçu expressément pour prévenir la transmission des infections, ou elles peuvent être intégrées dans un document dont l'objectif principal est différent, par exemple une technique ou une procédure de travail. Elles concernent également les processus d'amélioration continue de la qualité et l'organisation du travail.



Elles sont la deuxième catégorie en importance des mesures à appliquer puisqu'habituellement, elles permettent de prévenir la transmission de toute infection, identifiée ou non, sans toutefois procurer l'assurance d'un effet protecteur en toute circonstance puisqu'elles dépendent de leur mise en œuvre et de leur observance sur une base individuelle.

⁷ MSSS, [Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec](#).

⁸ INSPQ, [Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec](#).

Les **mesures individuelles** concernent les mesures à appliquer sur une base individuelle pour prévenir la transmission d'un microbe, c'est-à-dire le port d'équipement de protection individuel (ÉPI). Ces équipements doivent être utilisés par un travailleur lorsque celui-ci peut toucher à des liquides biologiques de bénéficiaires ou être éclaboussé par ces liquides lors de l'exécution d'une tâche, se blesser avec des équipements perforants contaminés par ceux-ci ou encore, être en relation avec une personne qui a un diagnostic présumé ou confirmé d'infection transmissible.

Le port de l'ÉPI est le dernier niveau de la hiérarchie des mesures de prévention puisque ces mesures sont mises en place lorsque les mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie et les mesures administratives et organisationnelles ne peuvent protéger adéquatement les travailleurs. L'utilisation efficace et appropriée de l'ÉPI est la mesure qui dépend le plus de la conformité et de la compétence de l'utilisateur ; par conséquent, cette mesure est la plus facilement compromise, entraînant une protection moins efficace. Habituellement, le port de l'ÉPI protège une seule personne, c.-à-d. le travailleur qui le porte. Cette catégorie de mesures est traitée au chapitre 3, les mesures de protection des travailleurs.

Conçues pour être appliquées en combinaison les unes avec les autres, les trois catégories de mesures sont nécessaires pour offrir la meilleure protection possible contre la transmission des infections.

2.3 LES MESURES D'ORGANISATION DES LIEUX PHYSIQUES ET D'INGÉNIERIE

Les mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie sont le plus souvent établies et gérées dans la structure même de l'immeuble, ou des équipements (ex. : la ventilation). Leur niveau de protection est plus élevé parce que leur application ne nécessite pas d'action, ce qui limite la possibilité d'erreurs individuelles.

Ce type de mesures concerne le respect des normes ou des recommandations d'experts, entre autres en matière de :

- lavabos dédiés aux travailleurs pour le lavage des mains ;
- dispensateurs de solutions hydro-alcooliques (SHA) au point de soins (zone où des contacts physiques ont lieu entre travailleurs et bénéficiaires) et dans les secteurs stratégiques ;
- séparations physiques et organisation spatiale des lieux ;
- ventilation et filtration de l'air ;
- quantité et qualité des équipements et fournitures ;
- qualité des surfaces environnementales ;
- qualité de l'eau ;
- installation pour la disposition des déchets biomédicaux ;
- quantité de chambres individuelles avec toilettes privées ;
- quantité et localisation de chambres d'isolement et de salles à pression négative.



2.3.1 Les mesures de contrôle à la source

Les mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie comprennent également les mesures de contrôle à la source qui servent à prévenir la dissémination de microbes à partir d'une personne contagieuse. Ces mesures comprennent, entre autres :

- la signalisation à l'entrée des milieux de soins en vue de la reconnaissance rapide des symptômes (par exemple l'affichage pour l'étiquette respiratoire) ;
- les entrées et salles d'attente séparées pour les visiteurs qui toussent ou qui présentent d'autres symptômes d'une infection respiratoire, comme de la fièvre ;
- les cloisons amovibles dans les zones de triage pour éviter l'exposition aux personnes symptomatiques atteintes d'une infection respiratoire ;
- l'hébergement des bénéficiaires et la séparation spatiale :
 - installer la personne symptomatique dans une zone ou une chambre distincte le plus tôt possible ;
 - si aucune chambre individuelle n'est disponible, maintenir une distance d'au moins deux mètres entre la personne qui tousse et les autres présentes dans la pièce ou tirer le rideau séparateur entre les lits ;
 - si l'on soupçonne que l'infection est transmissible par voie aérienne, cette personne doit être installée dans une chambre individuelle, de préférence à pression négative.
- l'hygiène respiratoire :
 - rendre disponible et encourager le port du masque ;
 - fournir des papiers-mouchoirs et les instructions pour bien les utiliser (couvrir le nez et la bouche et jeter les mouchoirs immédiatement après les avoir utilisés).
- l'hygiène des mains ;
- les stratégies de réduction des aérosols pendant les PGA.

2.3.2 Les équipements sécuritaires

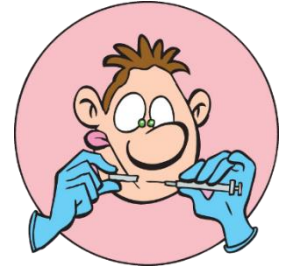
Des expositions professionnelles peuvent être évitées lorsque des technologies limitant la manipulation d'aiguilles, d'instruments tranchants ou de tout autre objet contaminé sont privilégiées (ex. : des dispositifs permettant de couvrir ou d'émousser automatiquement les aiguilles après leur utilisation, des systèmes automatisés de décontamination ou des sacs hygiéniques utilisés avec les bassines, les urinoirs, etc. qui réduisent le risque d'éclaboussures de liquides biologiques).

On devrait élaborer un programme de prévention des expositions au sang⁹ qui préconise la mise en place de dispositifs sécuritaires ainsi que la présence de contenants pour objets perforants au point de soins. Pour qu'un contenant soit sécuritaire, il doit être accessible à une longueur de bras afin d'y jeter l'aiguille sans se déplacer, car dans l'immédiat, le soignant doit continuer à s'occuper du client.

⁹ BOUCHARD, Françoise. [Programme de prévention des expositions au sang.](#)

Un contenant installé au mur n'est jamais à la bonne place. Le soignant doit donc en apporter un. Ce contenant mobile peut être fixé sur une tige, ainsi il demeure stable et élimine la nécessité de rapporter un plateau au poste infirmier. Selon le volume d'utilisation, la tige peut être laissée dans le corridor (en soins de courte durée) ou dans la chambre (en soins de longue durée lorsqu'un client reçoit régulièrement des injections).

Lorsqu'il est impossible d'éliminer le risque, des mesures pour le réduire doivent être utilisées¹⁰. Les aiguilles ne doivent JAMAIS être recapuchonnées, coupées, pliées ou enlevées avec les mains. S'il est inévitable de dévisser une aiguille, on doit procéder à l'aide d'une pince hémostatique ou d'un dispositif conçu à cet effet. Toutefois, l'utilisation d'une pince pour dévisser devrait être une procédure exceptionnelle et non incluse dans une procédure régulière de travail ; si tel est le cas, cela dénote un choix d'équipement inadéquat.



De la même façon, les lames de scalpels et les lancettes doivent être enlevées avec des pinces, non avec les doigts. Une pince hémostatique devrait également être utilisée pour ramasser un objet perforant qui traîne.

Après l'utilisation, les objets perforants doivent être jetés immédiatement (pas de dépose transitoire ni de déplacement avec une aiguille à découvert) dans un contenant spécifique résistant à la perforation, sans séparer les aiguilles des seringues. Les événements accidentels liés à l'utilisation du contenant lui-même sont fréquents. Entre autres, les tubulures des papillons s'y accrochent facilement et, si l'utilisateur ne s'assure pas que le papillon est tombé à l'intérieur, quelqu'un d'autre pourra s'y piquer par la suite.



Autre cause fréquente d'accident : la tâche de changer le contenant n'est pas attribuée à une personne en particulier. Lorsqu'il sera trop plein, on croit que l'utilisateur présent le changera. Dans le feu de l'action, peu de personnes le font ! Rempli au-delà de l'indicateur du niveau limite, le contenant le plus satisfaisant n'est plus sécuritaire. Parfois, il déborde et on pousse avec les mains pour que les aiguilles tombent à l'intérieur. Les travailleurs ne savent pas nécessairement où trouver les contenants de rechange ni comment les changer.

Un horaire de vérification du niveau de remplissage des contenants doit être établi selon le volume d'utilisation d'objets perforants dans le service. La fréquence de ces tournées de vérification et de changement sera plus élevée aux soins intensifs et à l'urgence que dans une unité de soins prolongés.

¹⁰ Les mesures pour diminuer le risque entrent dans la catégorie des mesures administratives et organisationnelles. Toutefois il est plus pratique de regrouper l'ensemble des éléments concernant l'utilisation des objets perforants au même endroit.

2.4 LES MESURES ADMINISTRATIVES ET ORGANISATIONNELLES

Les mesures administratives et organisationnelles sont l'infrastructure de politiques, procédures et pratiques de soins que l'établissement doit mettre en place pour prévenir la transmission des infections et qui, pour ce faire, préconisent l'adoption de comportements appropriés par l'ensemble des travailleurs, de la clientèle et des visiteurs.

Les mesures présentées ici interpellent plus directement les travailleurs. Plusieurs sont d'ordre clinique tandis que certaines concernent plus précisément la SST. L'efficacité de ces mesures requiert la disponibilité des installations nécessaires à leur application (mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie) ainsi que l'adhésion des individus visés.

2.4.1 L'hébergement des bénéficiaires

Les chambres individuelles, avec toilette et lavabo privés, sont privilégiées. Toutefois, la plupart des établissements ne disposent pas d'un nombre suffisant de chambres individuelles. Par conséquent, certaines personnes doivent partager des chambres. Si tel est le cas, des protocoles clairs doivent établir les options concernant le partage des chambres.

Des personnes dont l'hygiène laisse à désirer devraient être placées dans des chambres individuelles. Ce serait le cas, par exemple, pour un bénéficiaire confus qui ne se lave pas les mains après avoir touché à du matériel potentiellement contaminé (par des selles, du pus, des sécrétions, etc.) ou de jeunes enfants qui n'ont pas encore acquis de bonnes habitudes d'hygiène.

2.4.2 L'entretien de la lingerie et de la literie

Bien qu'il soit possible de trouver des microbes sur le linge souillé, le risque de transmission d'infection est négligeable. C'est pourquoi le bon sens et des règles d'hygiène guident la manipulation, le lavage et l'entreposage du linge propre et souillé.

- Manipuler le moins possible la lingerie souillée et ne pas la secouer.
- La manipuler en évitant de toucher sa peau, ses vêtements personnels ou son uniforme.
- Disposer le plus près possible de l'endroit d'utilisation. Éviter de déposer le linge souillé sur un meuble ou sur le sol pour réduire la contamination de ces surfaces. Le sac à linge souillé devrait être placé dans l'environnement immédiat de travail (près du lit, dans la salle d'eau, etc.) ce qui facilite la dépose du linge souillé et évite la contamination des surfaces.
- Trier le linge souillé, si nécessaire, sur les lieux d'utilisation en utilisant deux sacs car le triage à la buanderie est à proscrire.



- Utiliser un sac imperméable s'il y a risque de souiller l'environnement.
- Attacher fermement le sac et ne pas trop le remplir.
- Ne pas y laisser d'objets, surtout perforants.
- Porter une attention particulière aux draps-housses. Il est facile de tout emballer avec le drap. Ces paquets ne se défont pas facilement au lavage. On retrouve de tout dans la literie propre, même des selles.

2.4.3 La préparation des aliments et la vaisselle

Tous les endroits où sont préparés des aliments doivent se conformer aux exigences prévues dans les règlements du Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) afin d'éviter la contamination des aliments.

Techniquement, des microbes peuvent être présents sur la vaisselle souillée. Toutefois, aucun cas de transmission n'a été relevé dans la littérature. Le lavage au lave-vaisselle à l'eau chaude et au détergent suffit pour les éliminer. Il n'est pas recommandé d'utiliser de la vaisselle jetable.

2.4.4 L'hygiène du milieu et la décontamination

Comme l'environnement physique, comprenant les équipements et le mobilier, peut être un réservoir de microbes, le maintien d'un milieu propre est essentiel pour la sécurité de tous. Des politiques et procédures doivent aborder les aspects qui suivent.



L'entretien quotidien des chambres qui prévoit l'utilisation de produits appropriés, des normes et des fréquences de nettoyage, ainsi que le nettoyage final. Une attention particulière doit être apportée aux surfaces fréquemment touchées¹¹ (ridelles de lit, table d'alimentation, téléphone, etc.).

Le nettoyage et le traitement des équipements de soins, y compris le matériel de transport :

- Les équipements doivent donc être nettoyés et désinfectés selon les protocoles établis ou redirigés vers l'unité de retraitement¹².

¹¹ On distingue les surfaces à potentiel élevé de contamination « *high touch* » (contact fréquent, susceptibles d'être contaminées par du sang ou des liquides biologiques du bénéficiaire et qui, de plus, peuvent être touchées fréquemment par différents intervenants), les surfaces à faible potentiel de contamination « *low touch* » (contact peu probable et non fréquemment touchées). Il incombe à l'établissement de catégoriser l'ensemble des surfaces en précisant par qui elles doivent être nettoyées afin d'éviter que des zones soient oubliées.

¹² L'[annexe 3](#) permet de mieux comprendre les procédés de nettoyage, désinfection et stérilisation.

Le nettoyage d'un écoulement de liquide biologique qui comprend les éléments suivants.

- Mettre des gants s'il est possible de toucher le liquide biologique ou l'environnement contaminé (les gants doivent être enlevés et jetés dès que la possibilité disparaît).
- Si des éclaboussures sont possibles, ajouter les autres équipements de protection nécessaires.
- Absorber le liquide avec un papier ou un produit prévu à cette fin.
- Jeter le matériel contaminé dans le contenant identifié à cette fin.
- Enlever et disposer des gants.
- Désinfecter les surfaces contaminées, c'est-à-dire tout ce qui a été touché par le liquide ou avec les gants.
- Procéder à l'hygiène des mains.



2.4.5 La gestion des déchets

Les déchets générés lors d'activités de soins, de diagnostic ou de recherche sont classés en plusieurs catégories dont, entre autres, les déchets généraux et les déchets biomédicaux.

Une gestion des déchets biomédicaux, organisée selon des règles bien précises, est nécessaire pour la protection de la SST et de l'environnement. Elle est réglementée et requise dans tous les types d'établissements de soins, car elle n'est pas liée à la taille de l'établissement, mais aux activités qui s'y déroulent.

Elle relève habituellement de la direction des services techniques. Toutefois, tous les secteurs producteurs doivent être mis à contribution dans l'application des bonnes pratiques, encadrées dans une procédure. La gestion des déchets biomédicaux requiert de déterminer les secteurs produisant des déchets, les quantités produites, les différentes pratiques (tri, entreposage, transport interne, traitement, disposition) et les installations en place en conformité avec les règles applicables à chaque type de déchets¹³.

Les personnes susceptibles d'interagir avec des déchets biomédicaux doivent être informées des risques et connaître les méthodes de manipulation sécuritaire.

L'intervenant producteur du déchet doit, pour la mise au rebut de celui-ci, utiliser le contenant approprié (déchets généraux, déchets biomédicaux) en respectant également la règle suivante pour tous les types de contenants à déchet : éviter de trop les remplir.



¹³ L'[annexe 4](#) détaille les étapes de la gestion des déchets biomédicaux.

La manipulation sécuritaire des contenants exige :

- de ne jamais compresser le contenu avec les mains ou les pieds ;
- d'éviter de le coller contre soi ;
- d'éviter de le transporter manuellement sur une longue distance et d'utiliser plutôt un chariot ;
- s'il est trop plein, d'aviser la personne responsable¹⁴ qui devra s'assurer que le problème est résolu à la source. Si un sac à poubelle peut occasionnellement être transvidé avec diligence, ce n'est pas le cas des contenants à déchets biomédicaux qui doivent être non souillés, scellés et fermés adéquatement pour le transport.

2.4.6 Le programme de vaccination des travailleurs

Compte tenu de leur proximité avec la clientèle, avec des liquides biologiques ou avec du matériel contaminé, plusieurs travailleurs de la santé sont à risque d'exposition à des maladies transmissibles, dont certaines sont évitables par la vaccination. En plus de protéger la personne qui reçoit le vaccin, la vaccination a des répercussions importantes sur l'entourage. En effet, puisque la personne vaccinée risque peu de contracter la maladie, elle ne la transmet pas. La vaccination est donc une mesure de prévention des plus efficaces.



Un guide du MSSS¹⁵ fait état des dernières recommandations de santé publique sur l'immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs qui œuvrent dans des milieux de soins de santé. Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi qu'au Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements¹⁶, l'employeur doit s'assurer que ses travailleurs ont accès à la vaccination recommandée. Plusieurs vaccins sont gratuits. D'autres vaccins, nécessaires pour protéger les travailleurs à risque à cause de certaines tâches qu'ils exécutent, doivent être fournis et payés par l'employeur. Un programme complet de vaccination doit comprendre les différents éléments qui suivent.

¹⁴ MSSS. [Guide de gestion des déchets du réseau de la santé et des services sociaux.](#)

¹⁵ MSSS. [Immunsation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs.](#)

¹⁶ Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 619.34) ainsi qu'au Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (article 10), l'employeur doit s'assurer que les membres de son personnel suivent les recommandations de vaccination.

La liste des travailleurs à vacciner

L'employeur doit établir et maintenir à jour la liste des travailleurs qui devraient être vaccinés ainsi que la protection dont ceux-ci ont besoin, selon les recommandations du MSSS.

Le service SST doit déterminer les travailleurs à risque par titre d'emploi et par service. Les évaluations portent sur la durée, la fréquence et les types d'interactions que les travailleurs ont avec les bénéficiaires, leurs liquides biologiques ou du matériel contaminé. Aussi, la prévalence et l'incidence des infections chez la clientèle desservie doivent être prises en considération.

Des actions à l'embauche et en cours d'emploi

À l'embauche, faire l'évaluation des antécédents de vaccination des travailleurs afin d'être en mesure de leur offrir la vaccination suggérée. Idéalement, offrir l'immunisation avant l'entrée en fonction ou avant toute nouvelle affectation.

- Les travailleurs de la santé et les stagiaires devraient être immunisés ou protégés contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (tous ces vaccins sont gratuits pour les travailleurs de la santé).
- La recommandation de vaccination contre l'hépatite B est universelle pour les enfants depuis 1995, mais pas pour toute la population. Toutefois pour certains groupes de travailleurs considérés à risque à cause de leurs tâches (risque d'exposition à du sang ou à des produits sanguins ou risque de blessure accidentelle par des objets contaminés par ceux-ci), cette vaccination doit être fournie et payée par l'employeur.
- La vaccination contre l'hépatite A et le méningocoque peut être recommandée à certains travailleurs de laboratoire. Elle devra alors être fournie et payée par l'employeur.
- L'immunisation contre la tuberculose n'est plus recommandée. Cependant, le test cutané à la tuberculine (TCT), qui permet de détecter une infection tuberculeuse latente, est recommandé à certains travailleurs au moment de l'embauche.



En cours d'emploi, certaines vaccinations de base ou doses de rappel peuvent être requises selon la situation épidémiologique qui prévaut dans l'établissement.

Un registre de vaccination

Maintenir à jour un registre de l'état vaccinal des travailleurs et du suivi de leur état immunitaire. Le registre individuel devrait contenir les renseignements sur :

- l'immunisation reçue par le travailleur (date d'administration et type de vaccin utilisé) ;
- les résultats de sérologies pertinentes, si disponibles ;
- les antécédents de maladies évitables par la vaccination ;
- les résultats des tests cutanés à la tuberculine.

Des mesures spécifiques

Si un travailleur ne peut recevoir un vaccin, le programme prévoira les mesures de remplacement nécessaires pour assurer sa protection et celle de sa clientèle.

L'établissement devra également considérer les recommandations de la direction de santé publique de la région pour savoir si une personne doit être retirée ou non du milieu de travail en période d'éclosion, par exemple.

2.4.7 Le programme de protection respiratoire

Un programme de protection respiratoire (PPR) est un ensemble structuré d'éléments reliés à l'utilisation des appareils de protection respiratoire (APR). Il est conçu afin de protéger adéquatement les travailleurs contre l'inhalation de contaminants, tels que les microbes transmis par voie aérienne.

Un programme de protection respiratoire est nécessaire selon l'article 45 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail (RSST) pour encadrer le choix, l'utilisation et l'entretien des APR requis pour les travailleurs. De plus, la norme CSA Z94.4-93, *choix, entretien et utilisation des respirateurs* :

- spécifie les exigences concernant le choix, l'entretien et l'utilisation des APR ;
- définit les composantes nécessaires à l'efficacité d'un PPR ;
- établit des standards qui, lorsqu'ils sont appliqués, devraient protéger les utilisateurs d'APR des dangers connus ou potentiels pour les voies respiratoires.

Un PPR comprend les éléments qui suivent :

- la désignation de l'administrateur qui sera responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme ;
- la détermination des contaminants potentiellement présents dans les environnements de travail, ainsi que toutes les situations ou activités de travail susceptibles d'entraîner une exposition des voies respiratoires à ces contaminants, par exemple une PGA telle une bronchoscopie ;
- des mesures particulières pour les situations d'exceptions (nouvelle maladie, contamination chimique, etc.) ;
- le choix du type d'APR approprié à la nature de la situation, à la concentration du contaminant dans l'air ;
- des directives destinées aux utilisateurs sur :
 - les caractéristiques et les limites de chaque type d'APR utilisé ;
 - les situations où l'APR doit être porté ;
 - les renseignements sur la vérification à faire avant l'usage de l'APR, sur la façon de le mettre et d'en tester l'étanchéité avant de pénétrer dans une zone d'exposition ;
 - la durée d'utilisation de l'APR, les facteurs pouvant en influencer le port ou la durée de port, le lieu et la façon de le retirer ;
 - ce qu'il convient de faire en cas d'urgence, de non-fonctionnement ou de bris de l'appareil ;
- des procédures pour le nettoyage des APR, leur entretien et leur entreposage ;
- le besoin et la fréquence des tests d'ajustement¹⁷. Pour être efficace, un APR doit être ajusté adéquatement et former un joint étanche avec le visage du travailleur. Normalement, des essais d'ajustement doivent être effectués au moment du choix initial de l'APR, avant de l'utiliser en milieu de travail et chaque fois que le choix de l'APR est modifié ou lorsqu'un changement dans l'état physique d'un travailleur peut diminuer l'étanchéité de l'appareil (ex. : modification significative du poids) ;
- la formation des travailleurs sur :
 - la connaissance des dangers et les risques d'exposition aux contaminants potentiellement présents dans le milieu de travail ;
 - les différentes procédures élaborées ;
 - les démarches à suivre en cas de problème ou de mauvais fonctionnement des APR.



Le programme doit être révisé annuellement pour s'assurer de son efficacité.

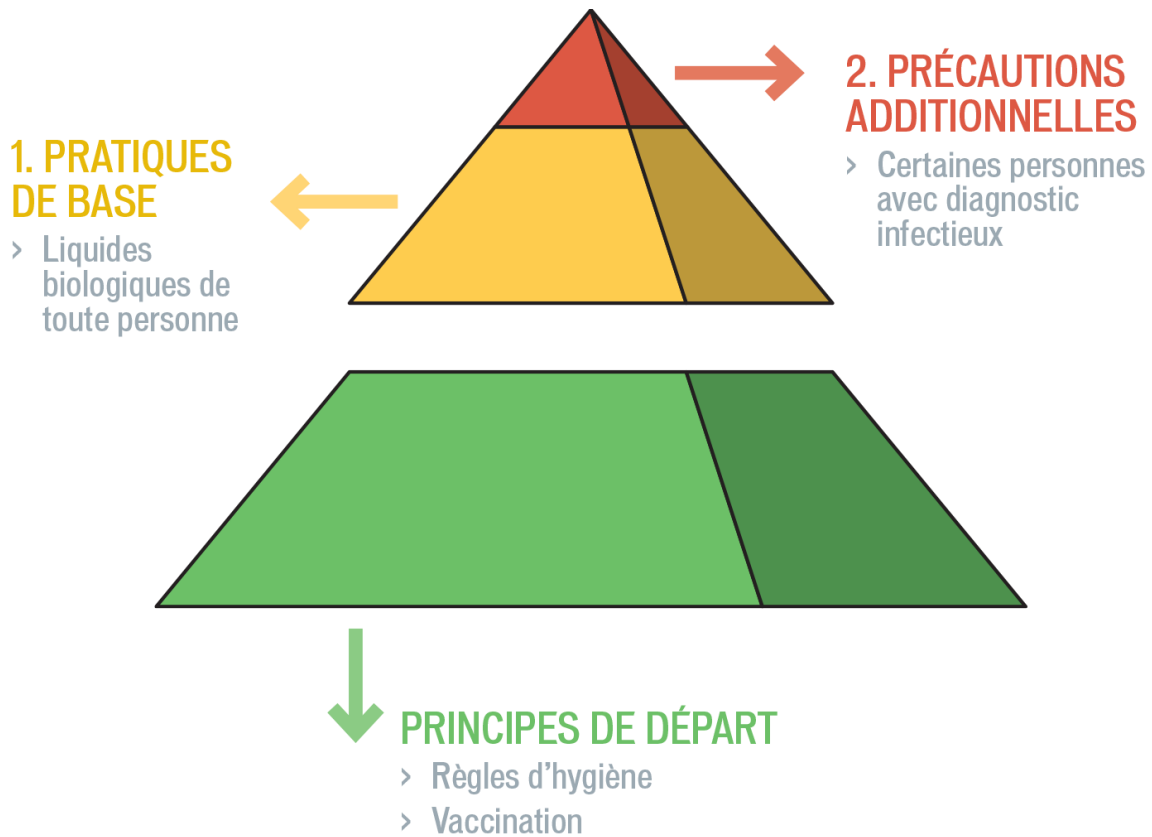
¹⁷ MÉTRA, A., S. BÉDARD et S. LEQUOC. [Ajustement des appareils de protection respiratoire - N95](#)

Chapitre 3

Les mesures de protection du travailleur

Pour éliminer ou réduire les risques de transmission d'infection, différentes mesures de protection peuvent être utilisées par le travailleur.

Ces mesures sont regroupées dans un système à deux paliers que l'ASSTSAS représente par l'image de cette pyramide.



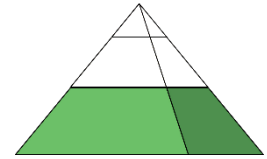
1. Les **pratiques de base** sont requises pour les liquides biologiques de tout bénéficiaire.
2. Les **précautions additionnelles** s'ajoutent en présence d'un bénéficiaire chez qui certaines maladies sont suspectées ou diagnostiquées.

Il y a une différence fondamentale entre les deux paliers. Les pratiques de base requièrent une évaluation de la situation par le travailleur, lors de l'exécution de ses tâches courantes, afin qu'il applique les bonnes pratiques au bon moment, et ce, quel que soit le bénéficiaire. Les précautions additionnelles, pour leur part, sont « prescrites » par l'équipe traitante lorsqu'une maladie est diagnostiquée ou suspectée chez une personne.

Toutefois, avant l'application de ces mesures de protection, l'observation de **principes de départ** s'impose.

3.1 LES PRINCIPES DE DÉPART

Les principes de départ comprennent les règles d'hygiène et la vaccination. Mesure préventive, la vaccination entre dans cette catégorie puisque le travailleur vacciné et protégé contre une maladie n'aura pas besoin de mesures de protection pour cette maladie.



3.1.1 Les règles d'hygiène

Plusieurs règles d'hygiène sont enseignées dès la petite enfance.

L'hygiène des mains :

- après s'être mouché ;
- après être allé aux toilettes ;
- avant de préparer, de manipuler, de servir des aliments ou de manger.



L'hygiène respiratoire :

- couvrir la bouche et le nez avec un papier-mouchoir pour tousser ou éternuer ;
- jeter le papier-mouchoir à la poubelle ;
- sans papier-mouchoir, tousser ou éternuer dans le pli du coude ou le haut du bras ;
- se laver les mains souvent. En l'absence d'eau et de savon, utiliser une SHA.

Ces règles que toute personne devrait observer régulièrement dans son quotidien pour elle-même s'appliquent lorsque cette personne s'occupe ou prend soin d'une autre personne qui n'est pas capable de le faire. Par exemple, s'il est normal de se laver les mains avant de manger, il est normal de se laver les mains avant d'aider un enfant à manger ou encore, de faire manger un bénéficiaire. Ces règles, qui sont le gros bon sens, se transposent dans les milieux de soins.

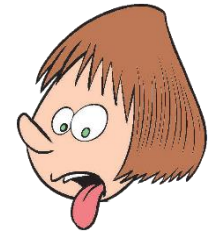


De la même façon, lorsqu'il est question d'hygiène du milieu, les principes à observer relèvent de notions d'hygiène de base. Par exemple, il est normal de nettoyer en commençant par l'endroit théoriquement le moins souillé et en progressant vers l'endroit le plus souillé. À la maison, lorsqu'une salle de toilettes est nettoyée, un objet comme le miroir est fait au début, le lavabo après et la cuvette des toilettes en dernier. Les mêmes règles s'appliquent dans un milieu de travail.

Que ce soit pour l'hygiène corporelle ou l'hygiène du milieu, l'application des notions d'hygiène de base peut varier d'une personne à une autre. En milieu de travail, les notions acquises antérieurement ont une influence sur la perception des intervenants lors de l'exécution de leurs tâches. Par exemple, si une personne prend régulièrement plus d'une douche par jour, cela devient son standard, sa façon de percevoir les besoins d'hygiène corporelle.

Certaines personnes ont des notions d'hygiène de base très élevées et remettent en question les pratiques organisationnelles ou celles de leurs collègues même si celles-ci ne sont pas nécessairement inadéquates. Si en faire plus n'est pas dommageable en soi, en faire moins ou différemment n'est pas nécessairement inadéquat. Il faut parfois remettre en question la logique qui sous-tend ces principes de départ.

De même, le risque infectieux est souvent confondu avec le dégoût. S'il peut être légitime, par exemple, de porter des gants par dégoût de quelque chose qui est sale, cela ne veut pas nécessairement dire que c'est infectieux. Le travailleur devrait être capable d'évaluer s'il y a présence ou absence de risque infectieux.



3.1.2 La vaccination

La vaccination contre une infection, lorsqu'elle existe, est une mesure préventive de premier choix. Comme elle favorise à l'avance le développement d'anticorps qui empêchent l'infection, l'hôte n'est pas réceptif à cette maladie.

En protégeant la personne vaccinée, la vaccination diminue également les risques pour son entourage. En effet, la personne vaccinée ne peut contaminer d'autres personnes si elle ne contracte pas l'infection.

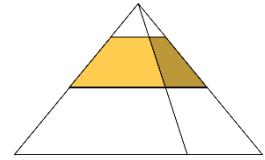
La vaccination génère la production d'anticorps comme le fait la maladie (immunisation active). Elle est spécifique, elle protège contre la maladie pour laquelle on est vacciné. Par exemple, la vaccination contre l'hépatite B protège uniquement contre cette maladie. Elle ne protège pas contre l'hépatite C et le VIH, infections contre lesquelles il n'y a pas de vaccin. Donc, malgré une protection contre l'hépatite B, les pratiques de base doivent être appliquées pour se protéger contre les autres microbes transmissibles par le sang.

Certains vaccins protègent toute la vie, d'autres doivent être répétés. Par exemple, selon les connaissances actuelles, l'immunité pour l'hépatite B est permanente. Par contre, pour conserver une immunité contre le tétanos, une dose de rappel aux dix ans est nécessaire.

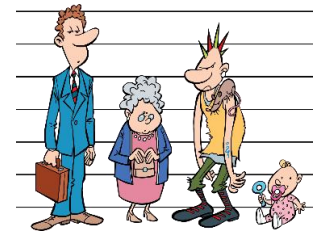
Malheureusement, la vaccination n'existe pas pour tous les microbes. De même, une personne vaccinée peut ne pas développer d'anticorps et ne pas être protégée contre la maladie. C'est pourquoi la vaccination ne remplace pas les autres mesures, mais elle constitue un principe de départ difficilement contournable.

3.2 LES PRATIQUES DE BASE

Les pratiques de base, premier palier des mesures de prévention, doivent être appliquées lorsqu'une tâche comporte une possibilité d'exposition à un liquide biologique. Elles doivent être observées en tout temps pour les liquides biologiques de toute personne, quel que soit le diagnostic ou l'absence de diagnostic.



Ainsi, c'est la possibilité d'exposition à un liquide biologique qui guide le choix des pratiques dans l'exécution d'une tâche et non la personne. Le travailleur doit évaluer la situation et utiliser son jugement pour appliquer les bonnes pratiques au bon moment, et ce, quel que soit le bénéficiaire.



3.2.1 L'évaluation du risque

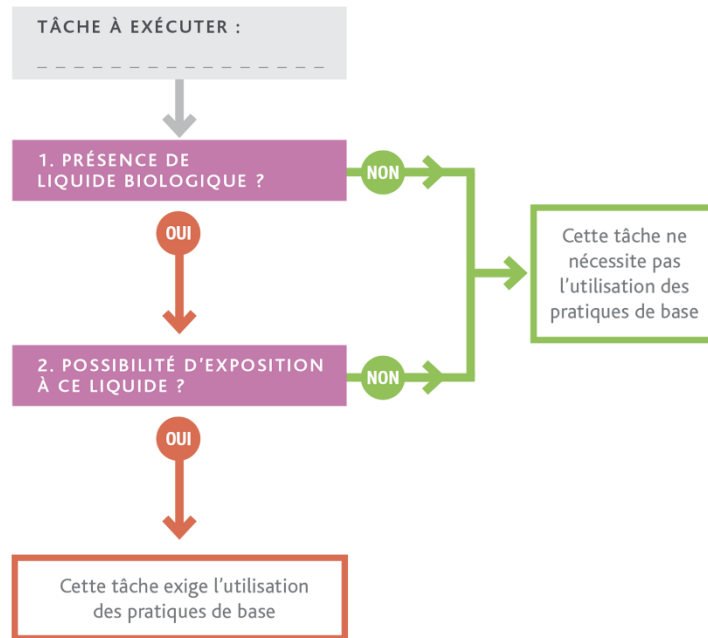
Tous les liquides biologiques sont considérés comme potentiellement contaminés. Si une tâche entraîne une possibilité d'exposition à un liquide biologique ou à un environnement contaminé par celui-ci, les pratiques de base s'imposent. Le travailleur doit donc déterminer les tâches qui comportent une telle possibilité.

Les deux questions à se poser sont les suivantes.

1. Y a-t-il présence de liquide(s) biologique(s) au cours de l'exécution de la tâche ?
2. En présence de liquide(s) biologique(s), y a-t-il une possibilité d'exposition à ce(s) liquide(s) ? Si oui, laquelle ?

Répondre non à l'une ou l'autre de ces questions permet de conclure qu'il manque des éléments essentiels pour qu'il y ait un risque d'exposition à une infection.

Répondre oui à ces deux questions indique une possibilité d'exposition, donc un risque de transmission d'infection. Le type d'exposition possible permet de choisir la ou les pratiques de base à utiliser comme l'illustre le cheminement qui suit. L'appellation « pratiques de base » suppose que ces pratiques s'inscrivent dans les habitudes régulières de travail et qu'elles sont considérées comme une norme devant être respectée en tout temps.



LE TYPE D'EXPOSITION POSSIBLE À DES LIQUIDES BIOLOGIQUES PERMET DE CHOISIR LES PRATIQUES PERTINENTES.

MAINS	→	GANTS ET HYGIÈNE DES MAINS
VISAGE	→	MASQUE ET PROTECTION OCULAIRE
CORPS	→	BLOUSE
BLESSURE PERCUTANÉE AVEC UN ÉQUIPEMENT PERFORANT SOUILLÉ DE SANG	→	GANTS

Ce guide est adapté aux milieux de soins, cependant, la même logique s'applique aux autres lieux de travail et dans la vie courante.

Parce qu'elles préviennent la transmission de microbes d'un bénéficiaire à un travailleur, les pratiques de base sont présentées comme des mesures de protection des travailleurs. Toutefois, elles préviennent également la transmission :

- entre deux bénéficiaires ;
- d'un travailleur à un bénéficiaire ;
- d'un travailleur à un autre travailleur ;
- d'un travailleur aux membres de sa famille et à la communauté.

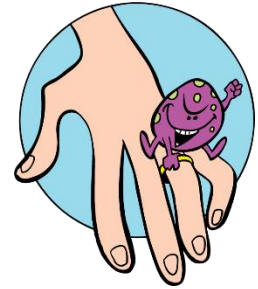
L'observation adéquate des pratiques de base par les travailleurs réduira la transmission microbienne de même que la nécessité de recourir à certaines précautions additionnelles.

3.2.2 L'hygiène des mains

Il s'agit de la mesure la plus importante qui vise surtout à éliminer les microbes résultant d'une contamination récente généralement responsable de la transmission des infections en milieu de soins. L'hygiène des mains diminue la quantité de microbes sur les mains sans toutefois les éliminer à 100 %. Alors, mieux elle est faite, meilleure est son efficacité.

Pour empêcher les microbes de s'accrocher aux mains ou de se cacher sous les ongles, ces derniers doivent être courts et sans vernis, car en s'écaillant, celui-ci crée une surface irrégulière difficile à nettoyer.

Il faut aussi éliminer les bijoux et les ongles artificiels. En plus de compromettre la technique d'hygiène des mains, ceux-ci pourraient blesser les bénéficiaires et déchirer les gants.



Quand procéder à l'hygiène des mains ?

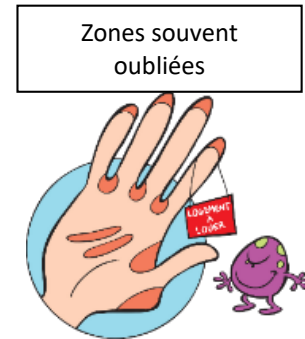
Les mains n'ont pas besoin d'un long contact pour être contaminées. Il ne faut pas négliger de les décontaminer régulièrement. Les campagnes d'hygiène des mains indiquent quatre moments.

Avant de toucher un bénéficiaire ou son environnement	}	Pour protéger le bénéficiaire
Avant une intervention aseptique		
Lorsqu'il y a risque d'avoir touché des liquides biologiques ou des objets contaminés par ceux-ci et après le retrait des gants	}	Pour protéger le travailleur et éviter de contaminer l'environnement
Après un contact avec un bénéficiaire ou son environnement		

Les indications d'hygiène des mains sont nombreuses. Toutefois dans la séquence des interventions, le « après » d'une indication devient souvent le « avant » d'une autre indication.

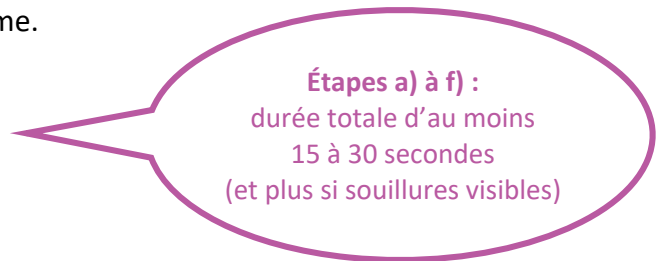
Comment faire l'hygiène des mains ?

- Une bonne technique est très importante car, si elle diminue les risques de transmettre des infections, elle réduit également les problèmes de dermatose.
- L'hygiène des mains peut être faite au lavabo avec de l'eau et du savon ou avec une SHA.
- Il faut bien nettoyer partout, mais porter une attention particulière au bout des doigts : ils touchent tout en premier et risquent d'être plus contaminés.



Au lavabo, une technique efficace¹⁸

1. Il est important de mouiller les mains à l'eau tiède avant de mettre le savon. Pour les activités courantes, appliquer du savon ordinaire en quantité suffisante pour savonner toutes les surfaces des mains ; le savon antibactérien doit être réservé à des usages particuliers. Une grande partie de l'efficacité est liée à l'action mécanique du frottement.
 - a) Frotter le bout des doigts sans oublier le pourtour des ongles.
 - b) Frotter les mains, paume contre paume.
 - c) Entrelacer les doigts et frotter.
 - d) Frotter en alternance le dos d'une main avec la paume de l'autre.
 - e) Encercler les pouces avec la main opposée et frotter.
 - f) Frotter chacun des poignets.
2. Rincer en tenant les mains vers le bas et s'assurer d'enlever toute trace de savon.
3. Assécher en tapotant avec du papier, ne pas frotter.
4. Fermer le robinet avec le papier pour ne pas contaminer les mains de nouveau. Jeter le papier à la poubelle.



L'ensemble de la technique (se rendre au lavabo, mouiller les mains, appliquer le savon, rincer et sécher) devrait prendre entre 40 et 80 secondes.

¹⁸ L'[annexe 5](#) présente la technique d'hygiène des mains avec de l'eau et savon.

L'utilisation d'une SHA permet également de décontaminer les mains. Rapide et pratique (environ 20 secondes), c'est la méthode à privilégier. Comme la SHA peut laisser un résidu sur la peau après plusieurs utilisations, il est nécessaire de se laver les mains à l'eau et au savon de façon périodique. L'action de ces produits est plus rapide et l'efficacité de l'hygiène est supérieure au lavage à l'eau et au savon, sauf si les mains sont visiblement souillées. Dans ce cas, il faut se rendre au lavabo et les laver avec de l'eau et du savon.



De plus, les SHA aident à prévenir les problèmes de dermatose causée par le lavage fréquent des mains. Parce qu'ils contiennent des agents émoullissants, ils diminuent l'assèchement de la peau.

Avec une SHA¹⁹

- 1) Mettre une quantité suffisante du produit dans la paume d'une main (le volume utilisé doit être suffisant pour permettre de recouvrir la totalité de la surface des mains) et frictionner les mains pendant au moins vingt secondes.
 - a) Y tremper le bout des doigts, transférer le produit dans l'autre main et faire de même.
 - b) Frotter les mains, paume contre paume.
 - c) Entrelacer les doigts et frotter.
 - d) Frotter en alternance le dos d'une main avec la paume de l'autre.
 - e) Encercler les pouces avec la main opposée et frotter.
 - f) Frotter chacun des poignets.
- 2) Laisser sécher à l'air ou frotter jusqu'à ce que les mains soient sèches. Ne pas essuyer.



Le produit doit être utilisé uniquement sur des mains sèches : l'humidité dilue le produit et diminue son efficacité.

Les lingettes nettoyantes

Elles sont utiles lorsqu'un lavabo réservé au lavage des mains n'est pas accessible ou lorsque l'état d'un lavabo est inadéquat.

- En présence de saleté visible sur les mains, les lingettes peuvent remplacer le lavage au lavabo. Ensuite, une SHA doit être utilisée pour décontaminer les mains. Lorsqu'un lavabo adéquat sera accessible, bien laver les mains à l'eau et au savon.
- Lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées, les lingettes peuvent remplacer le lavage au lavabo.

¹⁹ L'[annexe 6](#) présente la technique d'hygiène des mains avec une SHA.

L'hydratation des mains

L'hygiène des mains n'enlève pas que la saleté et les microbes : elle peut détériorer la couche protectrice de la peau. En hiver, le faible taux d'humidité augmente le problème. Le maintien de l'intégrité et des fonctions protectrices de la peau passe par le maintien de son hydratation.

L'application d'un produit hydratant, idéalement quatre fois par jour, protège les mains de l'assèchement et des irritations. Il est plus facile de prévoir son application à des périodes déterminées de la journée : avant les pauses, au repas, à la fin de la journée, etc. Au travail, le produit choisi par l'établissement doit être utilisé, car un produit hydratant personnel peut ne pas être compatible avec les produits fournis et nuire à leur efficacité.



3.2.3 Les gants

Barrière entre les mains et les liquides biologiques, les gants bloquent l'ajout de microbes à ceux déjà présents sur les mains, ils ne les détruisent pas. Ils ne remplacent pas l'hygiène des mains.

Les gants ne sont pas parfaits.

- Même neufs, ils peuvent être endommagés (le taux d'imperfection peut dépasser 10 % ; il est variable selon la composition et la marque).
- Le déroulement de la tâche augmente aussi le risque de bris.
- La contamination des mains peut également se produire lorsqu'on retire les gants²⁰.



Parce qu'ils augmentent la transpiration et conservent l'humidité, les gants favorisent la croissance des microbes. Plus leur port est fréquent et prolongé, plus le phénomène est important, ce qui peut causer des dommages à la peau. Plus les mains sont déjà contaminées avant de mettre les gants, plus les microbes qui y sont présents pourront se multiplier dans ce milieu favorable. Pour cette raison et parce que les gants ne sont pas parfaits, les gants devraient être mis sur des mains propres et l'hygiène des mains est nécessaire après leur retrait.

Quand les porter ?

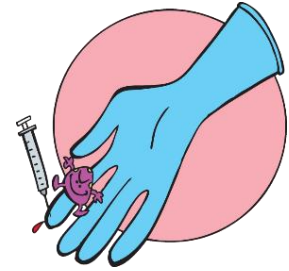
- Lorsqu'il y a un risque de toucher des liquides biologiques ou d'en recevoir des éclaboussures sur les mains²¹. Enfilés le plus près possible de la possibilité de toucher le liquide, ils ont plus de chance d'être intacts au moment opportun²².

²⁰ Comment mettre et retirer les gants est présenté à l'[annexe 7](#) et à l'[annexe 8](#).

²¹ Les indications pour le port de gants couvrent également le risque de toucher des muqueuses ou de la peau non intacte du bénéficiaire. Dans ces cas, ils sont portés pour protéger les portes d'entrée du bénéficiaire et non pour protéger le travailleur.

²² Si plus d'un ÉPI est porté, leur ordre de mise en place ([annexe 7](#)) et de retrait ([annexe 8](#)) doit être respecté ; les gants sont le dernier équipement à être mis et le premier à être enlevé.

- Ils doivent également être portés lorsqu'une tâche comprend la manipulation d'équipements perforants souillés de sang, par exemple les aiguilles retirées d'un vaisseau sanguin, les aiguilles à suture, les lancettes à ponction capillaire, etc.²³ Les gants n'empêcheront pas la blessure, mais ils diminueront la quantité de sang sur l'équipement en l'essuyant partiellement.



Le port de gants est obligatoire, entre autres lors de prélèvements sanguins, pour diminuer les risques de séroconversion du travailleur dans le cas de piqûre accidentelle. Les méthodes de soin ne font pas de distinction entre un prélèvement sanguin fait dans la chambre d'un client hospitalisé et dans un centre de prélèvement. Dans ce dernier, le changement de gants et l'hygiène des mains entre chaque prélèvement exigés dans la technique entraînent souvent des problèmes. Dans certaines organisations du travail, la cadence des prélèvements est très rapide, donc le temps entre deux prélèvements est très court. Des travailleurs développent des tendinites reliées à la difficulté d'enfiler des gants sur des mains encore humides à la suite de l'hygiène des mains, et ce, à répétition. La décontamination fréquente des mains et le port de gants sur les mains encore humides accroissent la survenue de dermatoses.

Dans un centre de prélèvement, le bénéficiaire ne fait que passer ; il vit et retourne dans son milieu par la suite. Les travailleurs manipulent les garrots et les barillets, qui sont rarement désinfectés entre les bénéficiaires, avec leurs mains propres ou des gants. Si le travailleur ne procède pas au changement de gants accompagné systématiquement de l'hygiène des mains entre chaque bénéficiaire, y a-t-il plus de risque pour celui-ci ?

Dans les organisations où la cadence de travail est élevée ou à tout le moins chez les travailleurs qui ont développé des problèmes de santé, il faudrait repenser la tâche. On pourrait, par exemple, changer les gants sans procéder à l'hygiène systématique des mains. Celle-ci pourrait être effectuée à intervalles réguliers prédéterminés ou s'il y a une souillure, un bris des gants, ou encore si le bénéficiaire n'a pas la peau intacte. Faire le prélèvement sanguin en s'assurant évidemment que les principes de base sont bien respectés : désinfection de la peau, respect du temps de contact du produit antiseptique, aiguille propre, etc.

²³ [Selon l'OMS](#), le port de gants n'est pas nécessaire lors d'injections sous-cutanées et intramusculaires.

- Quelle que soit l'intervention, la présence d'une lésion ouverte sur les mains du travailleur qui ne peut être recouverte efficacement avec un pansement résistant à l'eau constitue une porte d'entrée. Toutefois, une distinction doit être faite entre une peau saine et une peau suffisamment malade pour créer des ouvertures ; une sécheresse ou un inconfort au niveau des mains peut être présent sans qu'il y ait présence de portes d'entrée. Une plaie cutanée qui n'a pas saigné depuis plus de vingt-quatre heures et qui ne suinte pas est considérée comme de la peau saine et ne comporte aucun risque de transmission sanguine²⁴. Les gants ne sont donc pas nécessaires pour les activités liées aux soins de base lorsque la peau des mains du travailleur est intacte (alimentation, habillement, etc.).

Quand les enlever ?

- Dès qu'il n'y a plus de risque de toucher des liquides biologiques et avant de toucher des surfaces propres. S'ils ne sont pas enlevés immédiatement, il faut désinfecter tout ce que les gants ont touché.
- Entre deux bénéficiaires.
- S'ils sont percés, déchirés.
- Dès qu'une intervention est interrompue ; ne pas les garder pour manipuler des objets (téléphone, crayon, etc.).



Il faut jeter les gants après usage, ne pas les laver ou les décontaminer avec une SHA, car le produit peut altérer le gant.

Sentiment de fausse protection

Le port de gants enlève la sensation de saleté sur les mains. Le besoin de les enlever n'est pas ressenti comme lors du travail à mains nues. Par conséquent, il y a plus de risque de contaminer l'environnement avec des gants souillés. De plus, on peut oublier de se laver les mains puisqu'on n'a pas l'impression qu'elles sont sales. Lorsque des saletés sont présentes sur les mains, on n'hésite pas à les laver.

Un dilemme !

Le port de gants sur une peau non saine peut en aggraver l'état et l'empêcher de guérir. Il faut préserver l'intégrité de la peau car celle-ci est la meilleure protection possible. L'utilisation d'une bonne technique lors de l'hygiène des mains, leur hydratation ainsi qu'une saine gestion de l'utilisation des gants sont essentielles. Ainsi, il n'est pas nécessaire de porter de gants pour les activités liées aux soins de base au cours desquelles les contacts se limitent à la peau intacte du bénéficiaire.

²⁴ MSSS. [Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC.](#)

Quel type de gants utiliser ?

Des gants jetables à usage médical sont disponibles en différents matériaux, comme le latex, le vinyle, le nitrile, le néoprène. Tous ces matériaux offrent une barrière de protection. Toutefois, des taux de défektivité généralement plus élevés sont observés pour les gants en vinyle comparativement aux gants en latex ou en nitrile²⁵. Le vinyle, moins élastique, se perforé plus facilement lorsqu'il est tendu.

L'intégrité des gants en latex peut être détériorée par l'utilisation de lotions ou de crème hydratante à base de pétrole. Lorsque les mains sont désinfectées, il faut bien les sécher avant de mettre les gants ; les mains encore humides de SHA peuvent augmenter le risque de perforation des gants. De plus, certaines SHA peuvent interagir avec la poudre qui reste sur les mains après l'enlèvement de gants et former des particules granuleuses sur les mains.



Des gants fabriqués avec des matériaux plus résistants (kevlar, tricot d'acier inoxydable, etc.) peuvent être utilisés dans des situations où le risque de blessures est élevé (ex. : chirurgie orthopédique, autopsie, fouille corporelle, etc.). Par contre, si ces matériaux offrent une protection supérieure, ils entravent la dextérité manuelle. C'est pourquoi le double gantage, qui offre une protection additionnelle, est préféré en chirurgie.

Certains travailleurs développent des allergies au latex par contact ou par inhalation de particules en suspension dans l'air. Des gants faibles en protéines et sans poudre réduisent l'exposition aux substances allergènes. Le lavage des mains comme il se doit après chaque utilisation peut également aider à prévenir l'apparition d'une sensibilisation. Des gants synthétiques préviennent le développement de cette allergie. Par contre, des additifs chimiques qui confèrent aux gants plus de souplesse et d'élasticité peuvent également être allergènes.

Les gants tout usage (caoutchouc, néoprène, butyle, etc.) peuvent être utilisés pour l'entretien ménager, le nettoyage des équipements et certaines pratiques de décontamination. Ils doivent être nettoyés entre les utilisations s'ils sont souillés et être jetés dès qu'ils présentent des signes d'usure (fendillement, décoloration).

Aucun gant n'offre une protection universelle. Le choix doit être fait en tenant compte des éléments suivants : le type de milieu, la tâche à effectuer, le degré de dextérité nécessaire, le risque d'exposition à des liquides biologiques, la durée d'utilisation, les contraintes sur le matériau pendant l'utilisation, la présence d'allergie au latex, l'ajustement, le confort, le coût, la longueur des manchettes, l'épaisseur, la flexibilité et l'élasticité. Le port de gants qui serrent le poignet est privilégié lors du



²⁵ PROTEAU, Rose-Ange. [Faut-il porter des gants, si oui lesquels ?](#)

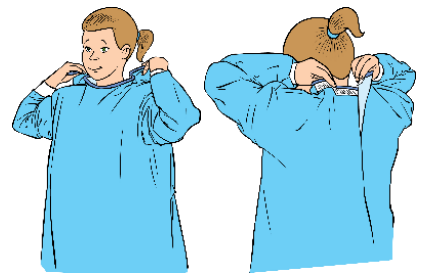
port d'une blouse parce qu'ils couvrent la manche et offrent une meilleure protection pour les bras, les poignets et les mains.

3.2.4 La blouse

Elle crée une barrière entre les liquides biologiques et la peau non couverte ainsi que les vêtements personnels du travailleur. Il faut la porter lorsqu'une tâche comporte un risque d'éclaboussure ou de souillure.

Elle doit offrir une protection complète du cou à la mi-mollet et avoir des manches longues avec des poignets²⁶.

- Lorsque le port de la blouse est indiqué, enfiler celle-ci juste avant la tâche à effectuer.
- Attacher au cou et à la taille.
- Couvrir les poignets avec les gants.
- Enlever la blouse dès que la tâche est terminée d'une façon qui prévient la contamination des vêtements et de la peau :
 - en la détachant sans se contaminer, en glissant les manches sans la retourner pour dégager les mains puis en la roulant en boule.
- Ne pas la réutiliser pour un même bénéficiaire.
- La changer entre deux bénéficiaires.
- Enlever la blouse au point de soins afin de prévenir une possible contamination de l'environnement à l'extérieur de cette zone.
- La placer immédiatement dans le contenant approprié.
- Ensuite, pratiquer l'hygiène des mains.



La blouse peut être lavable ou jetable et elle doit être imperméable si la tâche risque de produire une grande quantité de liquide, par exemple au bloc opératoire.

La tenue vestimentaire

À ce jour, aucune étude n'a démontré que les vêtements ou uniformes personnels des travailleurs jouent un rôle dans la transmission des infections. En pratique de base, les travailleurs doivent porter une blouse pour se protéger lorsqu'une tâche risque de les souiller. En précautions additionnelles, lorsqu'un risque de transmission est présent, une blouse doit également être portée. Cependant, les vêtements personnels devraient être changés quotidiennement et au besoin durant la journée s'ils sont souillés.

²⁶ Comment enfiler et retirer la blouse est présenté à l'[annexe 7](#) et à l'[annexe 8](#).

3.2.5 Le masque et la protection oculaire

Ces équipements créent une barrière entre les muqueuses du visage (yeux, nez et bouche) et les éclaboussures de liquide biologique lorsque la tâche comporte un tel risque, à moins que des mesures d'évitement soient suffisantes (ex. : s'installer de biais par rapport au bénéficiaire qui risque de tousser pendant l'alimentation plutôt que face à lui).

Pour assurer une protection optimale, les pratiques suivantes accompagnent l'utilisation du masque de procédure²⁷.

- Choisir un masque approprié à la tâche à effectuer.
- Manipuler celui-ci avec des mains propres, procéder à l'hygiène des mains avant de le mettre.
- Bien recouvrir le nez et la bouche, la bande métallique bien ajustée au nez.
- Le porter adéquatement avant le début de l'activité et ne pas le repositionner pendant qu'on le porte (réduit le risque de contamination des mains ou des gants).
- Le retirer s'il est humide, endommagé ou souillé par du sang ou des liquides biologiques.
- Le porter une seule fois (ne jamais le réutiliser) et le jeter après utilisation.
- Ne pas le laisser pendre au cou ou à l'oreille.
- Le retirer par les élastiques ou les cordons (éviter de toucher les parties du masque potentiellement contaminées).
- Procéder à l'hygiène des mains.



Un travailleur utilise une protection oculaire (en plus du masque) pour protéger les muqueuses des yeux dans les mêmes circonstances. En règle générale, lorsqu'une tâche nécessite l'utilisation d'un masque, elle requiert également une protection oculaire, les différentes voies d'entrée étant relativement proches.

Préférentiellement, la protection oculaire est une visière à usage unique, fixée à un masque. Lorsqu'un APR doit être utilisé plutôt qu'un masque, il faut assurer la protection oculaire par des lunettes de protection ou un écran facial.



Choisi en fonction du type d'activité, du risque d'exposition, des autres ÉPI utilisés et des besoins oculaires personnels, le dispositif ne doit pas risquer de tomber. Il doit être confortable et ne pas diminuer l'acuité visuelle. La protection oculaire choisie doit former une barrière contre les éclaboussures latérales en plus de la projection directe.

²⁷ Comment mettre et retirer le masque est présenté à l'[annexe 7](#) et à l'[annexe 8](#).

Les lunettes sur ordonnance ne sont pas acceptables comme dispositif de protection oculaire, car elles n'assurent pas une protection adéquate contre les éclaboussures latérales. Elles peuvent cependant être portées sous des écrans faciaux et certaines lunettes de protection.

Le dispositif peut être à usage unique ou devoir être nettoyé après l'utilisation. La protection oculaire doit être enlevée immédiatement après avoir accompli la tâche pour laquelle elle a été utilisée, puis jetée dans une poubelle ou encore placée dans le contenant approprié afin qu'elle soit nettoyée.

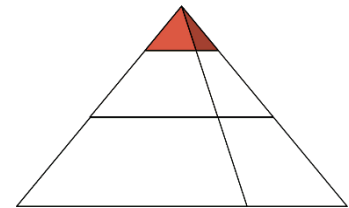
Le risque d'être éclaboussé par des liquides biologiques est plus présent lors d'interventions d'urgence, d'accouchements, de chirurgies, d'autopsies et à la salle de réveil. En pratiques de base, ces mesures s'utilisent principalement dans ces services.

3.3 LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES

Les précautions additionnelles, deuxième palier des mesures de prévention, s'ajoutent en présence d'un bénéficiaire chez qui certaines maladies sont diagnostiquées ou suspectées.

Comme les microbes se transmettent de différentes façons, ces précautions sont basées sur les voies de transmission :

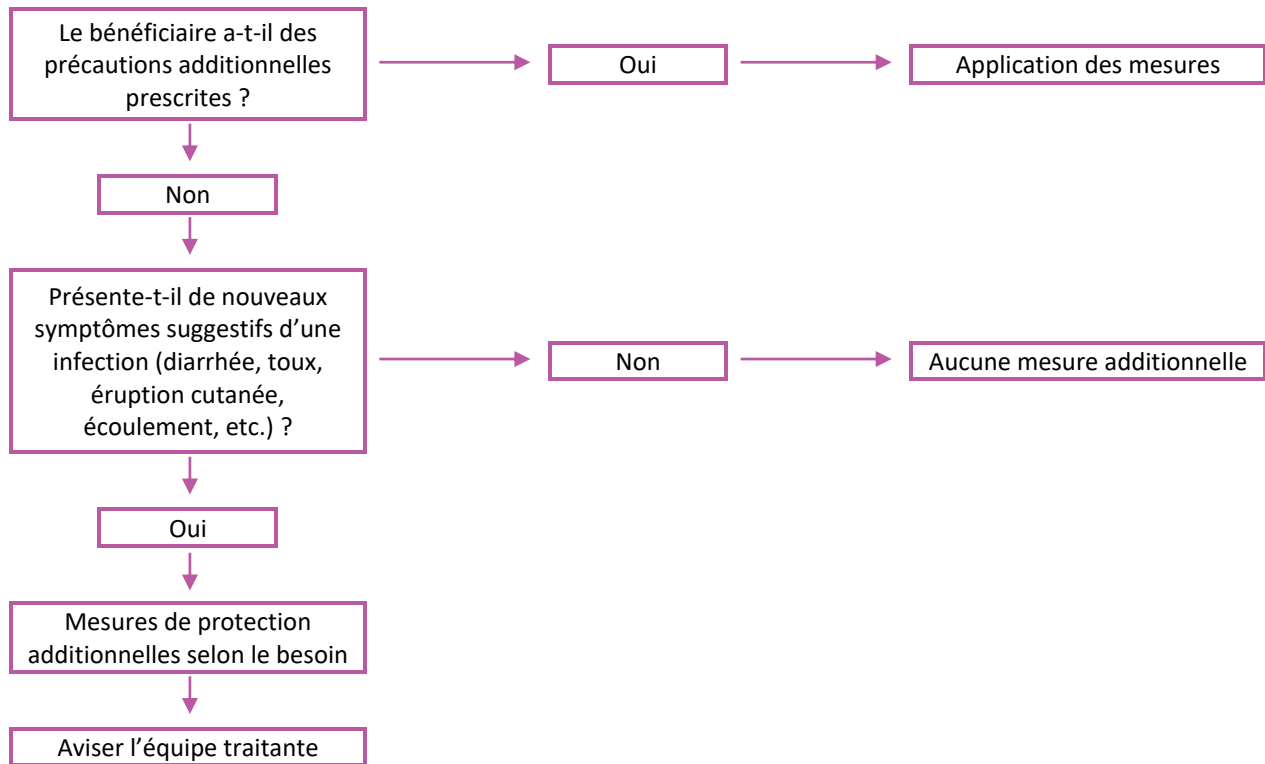
- transmission par contact ;
- transmission par gouttelettes ;
- transmission aérienne.



Lorsqu'une maladie est diagnostiquée ou suspectée, l'équipe traitante, en consultation avec des experts en PCI, décidera, au besoin, d'ajouter des précautions additionnelles. Le travailleur n'a pas à décider les situations où il appliquera ces précautions : elles seront « prescrites ». Il n'a pas non plus besoin d'avoir le diagnostic du bénéficiaire, il a uniquement besoin de connaître les précautions additionnelles qu'il devra ajouter. Évidemment, il va de soi que l'information sur ces mesures de protection additionnelles doit être facilement accessible à tous les intervenants concernés.

Comme des précautions doivent être prises chez une personne dont on ne connaît pas encore le diagnostic en présence de signes ou de symptômes suggestifs d'une infection, il fait partie du rôle de tout soignant d'être à l'affût de nouveaux symptômes chez un bénéficiaire (diarrhée, incontinence non contenue, lésion avec écoulement, toux et sécrétions abondantes des voies respiratoires, etc.). Le soignant veillera alors à se protéger adéquatement selon le besoin d'autant plus s'il y a observance inadéquate des mesures d'hygiène et de prévention et il avisera l'équipe traitante dès que possible pour que celle-ci effectue la démarche diagnostique, si nécessaire.

Après l'évaluation des besoins en pratiques de base, le questionnement pour l'application de précautions additionnelles est le suivant.



L'ensemble des précautions additionnelles possibles pour chaque voie de transmission n'est pas nécessairement appliqué dans tous les cas. Selon le microbe en cause, les caractéristiques du bénéficiaire atteint (observance des règles ou non) et le type de milieu de soins (courte durée, longue durée, ambulatoire, préhospitalier, domicile, etc.), une partie seulement des précautions additionnelles peuvent être « prescrites ».

En plus des pratiques de base, certaines maladies peuvent nécessiter plus d'un type de précautions additionnelles.

3.3.1 La transmission par contact

Les pratiques de base empêchent plusieurs transmissions par contact, notamment les infections transmises par le sang et certaines par transmission fécale-orale. Lorsqu'elles sont insuffisantes, des précautions additionnelles peuvent être indiquées. C'est le cas lorsque :

- les microbes présents ont une faible dose infectieuse comme les *norovirus* et les *rotavirus* ;
- les bénéficiaires sont infectés par des microbes importants sur le plan épidémiologique (ex. : SARM, ERV) ou pouvant être transmis par contact avec de la peau intacte (ex. : la gale) ou avec des surfaces contaminées de l'environnement (ex. : le *Clostridium difficile*) ;
- le risque de contamination de l'environnement est important.

Les précautions additionnelles suivantes peuvent être ajoutées.

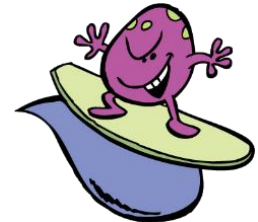
- Le port de gants est augmenté : on doit porter des gants dès l'entrée dans la chambre de la personne infectée ou lorsqu'on se trouve dans son environnement. On doit les enlever et se décontaminer les mains dès qu'on quitte son environnement. Noter qu'en présence de C difficile, la décontamination des mains doit se faire au lavabo, car les SHA ne sont pas efficaces contre celui-ci.
- Le port de la blouse est nécessaire lorsqu'on prévoit toucher le bénéficiaire ou des objets ou des surfaces de l'environnement contaminé. On doit enlever la blouse dès qu'on quitte son environnement, puis se décontaminer les mains.
- Dans certains cas, l'utilisation d'un savon antiseptique peut-être requis pour le lavage des mains au lavabo.



3.3.2 La transmission par gouttelettes

La transmission par gouttelettes peut survenir lorsque de larges particules infectées se déposent sur les muqueuses des yeux, du nez ou de la bouche d'une autre personne. Ces gouttelettes sont générées lorsqu'une personne parle, crache, tousse ou éternue. Elles peuvent également être générées artificiellement par des PGA.

La transmission par gouttelettes exige une proximité entre deux personnes. Les particules sont grosses donc, au-delà d'une certaine distance, elles ont déjà chuté à une hauteur inférieure aux muqueuses du visage.



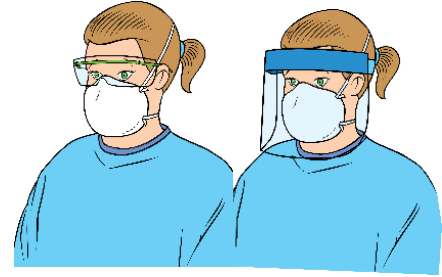
Compte tenu des pratiques d'hygiène différentes chez les adultes et les enfants, il est également possible que les précautions ne soient pas les mêmes chez ces deux clientèles.

Quelques exemples d'infections qui se transmettent par gouttelettes : certains virus des voies respiratoires (adénovirus, rhinovirus, virus respiratoire syncytial) et les virus de l'influenza, de la coqueluche, de la rubéole, des oreillons et de la méningite.

Les précautions additionnelles suivantes peuvent être ajoutées.

- Le port d'un masque peut permettre de protéger les muqueuses (nez, bouche) lorsqu'on approche le bénéficiaire.
- En plus, le port d'une protection oculaire peut être requis lorsqu'on se trouve près d'une personne qui tousse ou lors d'interventions qui peuvent provoquer la toux (ex. : aspiration des sécrétions).
- Lorsque le microbe peut survivre dans l'environnement, comme dans la transmission par contact, le port de gants peut être requis dès l'entrée dans la chambre et celui de la blouse, dès qu'un toucher avec le bénéficiaire ou son environnement contaminé est prévisible.
- Dans certains cas, l'utilisation d'un savon antiseptique peut être requise pour le lavage des mains au lavabo.

- Lors de procédures générant des aérosols (PGA) chez un bénéficiaire qui présente un syndrome respiratoire ou une maladie qui se transmet par gouttelettes, le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) est requis, en plus d'une protection oculaire²⁸.



Porté avant d'entrer dans une pièce où l'air est potentiellement contaminé, l'APR filtre l'air que le travailleur inspire. Il doit filtrer des particules avec une efficacité de filtration de 95 % et plus.

Pour être efficace, il doit être ajusté et former un joint étanche avec le visage du travailleur²⁹. Afin d'être certains que l'étanchéité est adéquate, les travailleurs concernés doivent passer des tests d'ajustement (voir [section 2.4.7](#)).

3.3.3 La transmission aérienne

La transmission aérienne se fait par l'inhalation de microbes qui survivent dans des particules microscopiques qui restent en suspension dans l'air.

Dispersés par des courants d'air, ces microbes peuvent être respirés par une personne présente dans la même pièce ou une pièce voisine.

Parce qu'ils peuvent voyager sur une longue distance, un système de ventilation spécial est nécessaire pour empêcher l'air contaminé de sortir de la pièce. Les maladies les plus fréquentes visées par ces mesures sont notamment la tuberculose, la rougeole et la varicelle.

La précaution additionnelle suivante est ajoutée.






- Le travailleur porte un APR dans la pièce où l'air est potentiellement contaminé.



²⁸ Les PGA ayant un risque documenté de transmission sont l'intubation endotrachéale et l'extubation, la bronchoscopie, la réanimation cardiorespiratoire et l'aspiration des sécrétions en circuit ouvert.

²⁹ Les étapes clés pour utiliser l'APR N95 sont présentées à l'[annexe 9](#).

Synthèse des précautions additionnelles selon les voies de transmission

VOIE DE TRANSMISSION	PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES
<p>1. CONTACT</p>  <p>SANGUINE</p>  <p>FÉCALE-ORALE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTER DES GANTS ET UNE BLOUSE DÈS L'ENTRÉE DANS LA CHAMBRE • UN SAVON ANTISEPTIQUE PEUT ÊTRE PRESCRIT <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • AUCUNE, LES PRATIQUES DE BASE SUFFISENT <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • PORTER DES GANTS ET UNE BLOUSE DÈS L'ENTRÉE DANS LA CHAMBRE • UN SAVON ANTISEPTIQUE PEUT ÊTRE PRESCRIT
<p>2. GOUTTELETTES</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTER UN MASQUE À PROXIMITÉ DU BÉNÉFICIAIRE • PORTER UN APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE (APR) ET UNE PROTECTION OCULAIRE LORS DE PROCÉDURES GÉNÉRANT DES AÉROSOLS (PGA) • PEUVENT ÊTRE PRESCRITS : <ul style="list-style-type: none"> > UNE PROTECTION OCULAIRE > UN SAVON ANTISEPTIQUE > DES GANTS ET UNE BLOUSE DÈS L'ENTRÉE DANS LA CHAMBRE
<p>3. AÉRIENNE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTER UN APR AVANT D'ENTRER DANS LA CHAMBRE

3.3.4 Les mesures organisationnelles lors de précautions additionnelles

Outre l'application des pratiques de base et l'ajout de précautions additionnelles par les travailleurs, des mesures organisationnelles peuvent être appliquées.

Hébergement

- Les chambres individuelles dotées de toilettes privées sont fortement recommandées.
- Le regroupement de bénéficiaires reconnus infectés par un même microbe constitue une mesure acceptable.
- Des mesures techniques spécialisées (système de ventilation) peuvent être nécessaires, comme pour les personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne. Ce système de ventilation permet de créer une pression d'air négative dans la chambre, comparativement à celle qui existe dans l'antichambre ou le couloir, lorsque la porte est fermée. L'air, qui devrait généralement être renouvelé un minimum de six fois par heure, devrait être rejeté à l'extérieur, loin des prises d'air, ou passer à travers un filtre à particules à haute efficacité (HEPA) avant d'être retourné dans les autres chambres.

- Le même type de ventilation peut être nécessaire dans des pièces où certaines PGA sont effectuées sur une base régulière (salle de bronchoscopie, d'autopsie, etc.).

Cohortes de bénéficiaires

- Ce terme fait référence à l'hébergement et aux soins des bénéficiaires qu'on a regroupés dans la même chambre parce qu'ils sont infectés ou colonisés par le même microbe, ou au regroupement des personnes qui y ont été exposées.

Cohortes de travailleurs

- Cette pratique vise à affecter des travailleurs uniquement à la prestation des soins à des bénéficiaires porteurs du même microbe ou infectés par le même microbe.
- Elle peut s'ajouter au regroupement des bénéficiaires en cohorte, porteurs ou infectés.
- Adoptée au moment des éclosions, cette pratique permet de réduire le risque d'infection croisée entre les bénéficiaires en réduisant le nombre de travailleurs en interaction avec ces derniers. Elle peut également être utilisée pour limiter le nombre de travailleurs exposés aux cas infectieux.

Affichage spécialisé

- Les précautions additionnelles à ajouter devraient être affichées à l'entrée de la chambre ou de l'espace du lit, sans renseignements particuliers sur la personne.

Équipement réservé

- Dans la mesure du possible, les équipements sont réservés à une personne.

Hygiène du milieu

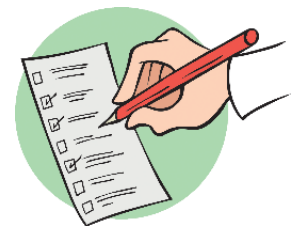
- Des mesures supplémentaires de nettoyage de l'environnement peuvent s'ajouter.

Limitation du transport

- Le transport d'un bénéficiaire peut, dans certains cas, être limité. Si le bénéficiaire est déplacé, pour un examen par exemple, il devra porter l'équipement de protection approprié et connaître les règles à respecter. Il peut être préférable qu'il soit le dernier cas à l'horaire des examens de la journée.

Communication élargie

- Toutes les personnes qui seront exposées au bénéficiaire ou qui l'accueilleront, que ce soit l'équipe de transport à l'interne ou à l'externe, un autre service pour un examen, une autre unité de soins ou un autre établissement de santé, devront avoir l'information sur les précautions additionnelles à utiliser tant qu'elles seront en vigueur.



Visiteurs

- Les visiteurs peuvent être réduits au minimum et ils doivent recevoir l'information leur permettant d'appliquer adéquatement les mesures de protection appropriées.

Mise en place des précautions additionnelles

- Des précautions additionnelles sont de mise lorsque des symptômes suggestifs d'une infection transmissible sont observés. Un établissement devrait avoir une politique désignant le professionnel qui décidera de l'ajout des précautions additionnelles appropriées jusqu'à la réception des résultats de laboratoire. Habituellement, le service de PCI est informé lorsque des précautions additionnelles sont ajoutées. Il devra s'assurer que les précautions ajoutées sont adéquates, en déterminer la durée et faire le suivi de la situation.

3.3.5 La multirésistance aux antibiotiques

Des infections facilement traitables depuis longtemps peuvent devenir un véritable casse-tête en présence de microbes résistants aux antibiotiques (phénomène par lequel ceux-ci deviennent insensibles à l'action des médicaments). C'est pourquoi des recommandations sont émises pour limiter leur propagation.

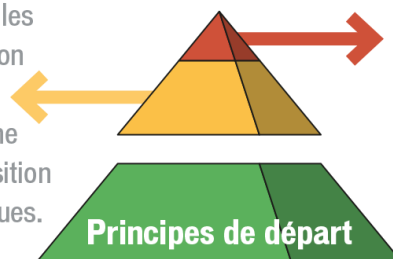
Ces recommandations varient selon le microbe et peuvent différer selon la région, la mission de l'établissement, etc.

- Dans une région qui a très peu de cas déclarés, les mesures peuvent être plus importantes que dans des régions où le nombre de cas est tellement élevé qu'il est devenu presque impossible de les limiter.
- En soins de courte durée, les mesures ont généralement plus d'ampleur pour protéger le bénéficiaire affaibli par un épisode de soins aigus qui a souvent plusieurs portes d'entrée temporaires (cathéter intraveineux, tube endotrachéal, plaie opératoire, cathéter vésical, etc.), ce qui le rend plus vulnérable.

Ces microbes ne représentent pas un risque particulier pour les travailleurs. Les mêmes mesures de protection s'appliquent.

1. Choisir et utiliser les pratiques de base

nécessaires pour tous les bénéficiaires en fonction de la tâche à réaliser lorsque celle-ci entraîne une possibilité d'exposition à des liquides biologiques.



2. Appliquer les précautions additionnelles

décidées par l'équipe traitante pour certains bénéficiaires.

Application des mesures selon le palier de prévention

Les mesures de prévention

MESURES	PRATIQUES DE BASE	PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES
Hygiène des mains	> Savon ordinaire > SHA	> Contact et gouttelettes : un savon antiseptique peut être prescrit
Gants	> Lorsqu'il y a une possibilité de toucher des liquides biologiques avec les mains > Lors de la manipulation d'équipements perforants souillés de sang	> Contact : dès l'entrée dans la chambre > Gouttelettes : peuvent être prescrits
Masque	> Lorsqu'il y a une possibilité d'éclaboussures au visage	> Gouttelettes : porter à proximité (deux mètres)
Lunettes, écran facial	> Lorsqu'il y a une possibilité d'éclaboussures au visage	> Gouttelettes : lors de PGA et peuvent être prescrits selon le microbe
Blouse	> Lorsqu'y a une possibilité d'éclaboussures sur le corps	> Contact : dès l'entrée dans la chambre > Gouttelettes : peut être prescrite
Équipements et articles de soins	> Utilisation d'équipements sécuritaires pour réduire les expositions	> Contact : éviter le partage entre les bénéficiaires > Gouttelettes : éviter le partage entre les bénéficiaires, selon le microbe
Lingerie	> Prétriage sur le lieu d'utilisation au besoin, jamais à la buanderie	> Aucune
Vaisselle	> Procédures habituelles	> Aucune
Hygiène et salubrité	> Entretien de routine	> Des mesures particulières peuvent être prescrites selon le microbe
Gestion des déchets	> Procédure de gestion des déchets biomédicaux	> Aucune
APR	> Aucune	> Gouttelettes : lors de PGA > Aérienne : dès l'entrée dans la chambre

3.4 LA FORMATION DES TRAVAILLEURS³⁰

La formation des travailleurs est nécessaire à l'acquisition des connaissances (le savoir) et des compétences (le comment) utiles pour faire face aux différentes situations de travail qu'ils peuvent rencontrer. Pour rendre sécuritaire une situation de travail dangereuse, le travailleur doit connaître et comprendre la nature des dangers présents, les moyens de protection ainsi que les techniques de travail sécuritaires.

Même si les pratiques de base existent depuis longtemps, il n'est pas facile pour un travailleur de les intégrer dans l'exécution courante de ses tâches. En général, les pratiques lui disent quoi faire, mais elles ne disent généralement pas comment le faire. Il n'est pas toujours simple de choisir le moment le plus approprié pour mettre et enlever des gants au cours de l'exécution d'une tâche.

Par exemple, un travailleur évalue qu'il doit porter des gants pour changer une culotte d'incontinence. Est-ce qu'il enlève les gants en disposant de la culotte souillée, avant de manipuler la culotte propre ? S'il enlève ces gants souillés à ce moment, doit-il se décontaminer les mains immédiatement après le retrait des gants, avant de manipuler la culotte propre ? Où place-t-il la culotte et la lingerie souillée ? Dans le panier à linge souillé qu'il doit laisser dans le corridor ? Où est fixé le distributeur de SHA ? À l'entrée de la chambre ? À l'extérieur ou à l'intérieur ?

Comme la consigne est souvent de laisser les paniers à linge dans le corridor, cela voudrait dire que le travailleur quitte le bénéficiaire, qu'il ouvre puis referme la porte, qu'il jette la culotte avec les gants et la lingerie souillée dans le corridor, qu'il se décontamine les mains à l'extérieur de la chambre, qu'il ouvre et referme la porte (poignées potentiellement contaminées) les mains propres et qu'il revient compléter sa tâche, soit mettre la culotte propre. Ce n'est pas ce que les travailleurs font, car pour eux ça ne fait pas de sens. La plupart du temps, ils conservent les gants souillés jusqu'à la toute fin de la tâche et parfois plus parce qu'ils ne savent pas trop comment faire.

La connaissance d'une directive qui dit quoi faire sans préciser comment procéder n'est pas pratique au quotidien et ne garantit pas son observance qui peut être difficilement applicable. Le contenu d'une formation doit décortiquer la tâche pour couvrir le « comment faire », étape par étape.

³⁰ La formation des travailleurs appartient à la catégorie des mesures administratives. Toutefois dans le contexte de ce document, il était préférable de la placer ici.

L'ASSTSAS représente une situation de travail par le modèle systémique suivant : des personnes exécutent des tâches à l'aide d'équipements, dans un environnement et un temps donnés. L'ensemble est régi par des pratiques organisationnelles.



Ce modèle permet d'analyser de façon dynamique tous les éléments qui constituent une situation de travail ainsi que leurs interrelations. Car, si des éléments pris isolément semblent fonctionnels et adéquats, ils peuvent s'avérer incompatibles lorsqu'ils sont combinés avec les autres puisqu'ils s'influencent mutuellement dans l'activité réelle de travail.

La compatibilité des éléments détermine le niveau de sécurité des personnes au travail. Harmoniser les éléments de la situation de travail pour obtenir une sécurité optimale constitue le but de la prévention en SST.

L'approche globale offre de nombreux avantages. Elle permet de traiter les situations de travail dans toute leur complexité et leur diversité et d'avoir des repères pour communiquer et établir l'ensemble des solutions à mettre en place pour assurer une prévention durable.

Pour tenter de comprendre l'ensemble d'une situation de travail, il faut examiner et évaluer chacun des éléments qui la constituent afin de cerner les facteurs de risque et leur origine, de les comprendre et de choisir les mesures préventives appropriées.

Personne

- Le bénéficiaire : son état de santé et cognitif, ses caractéristiques personnelles, ses capacités
- Le travailleur : ses caractéristiques, ses compétences, son immunité
- Les autres personnes en présence : visiteurs, fournisseurs, etc.



Équipement

- La compatibilité des équipements, leur disponibilité, leur état, leur accessibilité
- Leurs caractéristiques, leur facilité d'utilisation, leur mode d'emploi et d'entretien



Environnement

- Les distances, l'aménagement, la vocation de l'espace, la qualité des surfaces
- L'espace requis pour une tâche en fonction de l'espace disponible
- La chaleur, le bruit, l'éclairage, la qualité de l'air



Tâche

- Le travail mental, physique (posture, geste et mouvement) et relationnel
- Les méthodes, l'enchaînement ou la séquence des opérations



Temps

- La période de la journée, de l'année, le nombre d'heures travaillées
- La cadence de travail, les délais, la durée prévue de la tâche/le temps réel pour l'effectuer



Pratiques organisationnelles

- Les politiques, les procédures et les règlements internes
- Les traditions et les rituels
- La structure de responsabilités et de prise de décision, l'encadrement
- Les objectifs, les plans de travail, les plans de soins
- Les programmes de prévention, les recommandations du CPSST et des autres comités



Bien que la formation soit importante, car elle agit sur le travailleur en améliorant ses connaissances, elle ne modifie pas les autres éléments de la situation de travail.

Pour qu'un travailleur puisse mettre en application les connaissances apprises, il faut que les autres éléments nécessaires de la situation de travail soient en place. Par exemple, apprendre qu'il faut porter des gants pour faire un prélèvement sanguin ne rend pas automatiquement des gants adéquats disponibles. Si la situation de travail inadéquate n'est pas modifiée, les notions apprises ne pourront être appliquées.

Pour élaborer une formation, il faut bien comprendre les besoins à combler en matière de connaissances. Le système de PCI est un système à deux paliers.

1. Comme les pratiques de base sont choisies par le travailleur au moment de l'exécution de ses tâches, il doit savoir évaluer avant l'exécution d'une tâche s'il a besoin d'utiliser des pratiques de base et, si oui, lesquelles. De plus, il doit savoir comment appliquer ces mesures dans l'exécution de sa tâche.
2. Comme les précautions additionnelles sont « prescrites » par l'équipe traitante, le travailleur doit comprendre le lien entre les mécanismes de transmission des infections et les précautions ajoutées afin d'appliquer celles-ci adéquatement.

Lors de la construction d'un immeuble, un deuxième palier ne peut pas être ajouté à un premier palier qui n'est pas solide. En ajouter un malgré tout et tenter de le renforcer de différentes manières ne pourrait garantir la solidité de l'immeuble. C'est le même principe en PCI. On tente souvent de donner une multitude de contenus élaborés sur des précautions additionnelles à des travailleurs qui comprennent mal et ne maîtrisent pas l'application des pratiques de base et qui ne font pas la distinction entre les deux.

De plus, comme les formations qu'il reçoit concernent habituellement la PCI pour les bénéficiaires, le travailleur y trouve rarement son compte pour comprendre comment il est personnellement protégé. Il doit comprendre la logique qui sous-tend le choix des différentes mesures à appliquer pour assurer sa propre sécurité. Tout le monde sera gagnant, car, lorsque le travailleur se protège en appliquant adéquatement les différentes mesures de protection, il ne peut qu'améliorer la PCI pour le bénéficiaire.



Chapitre 4

Les mesures de contrôle de l'exposition des travailleurs

Lorsqu'un travailleur est exposé accidentellement, certaines mesures diminuent le risque de transmission d'infection. Administratives et organisationnelles, les mesures postexposition sont regroupées dans ce chapitre, car il s'agit de mesures de prévention secondaires plutôt que de mesures primaires de prévention des expositions. Un état de situation précède le détail de ces mesures.

4.1 L'ÉTAT DE SITUATION

Les travailleurs sont exposés aux infections lorsqu'ils :

- touchent des liquides biologiques de bénéficiaires ou sont éclaboussés par ceux-ci pendant l'exécution d'une tâche ou se blessent avec des équipements perforants contaminés par ceux-ci (le sang et certains autres liquides biologiques comportent un risque³¹) ;
- sont en relation avec une personne qui a une infection transmissible.

Les accidents de travail, événements imprévus et soudains, qui peuvent survenir sont :

- une exposition à des liquides biologiques qui comportent un risque sur une muqueuse ou de la peau non saine ;
- une blessure (piqûre, égratignure, coupure) avec un équipement perforant contaminé par ceux-ci.

Lorsqu'un travailleur est en relation, sans protection adéquate, avec une personne qui a une infection transmissible, avoir cette infection entre généralement dans la catégorie maladie professionnelle. Comme celle-ci ne se définit pas par un événement précis, imprévu et soudain, il n'est pas toujours facile de démontrer le lien entre la maladie et le travail, ou encore, qui a infecté l'autre, le bénéficiaire ou le travailleur.

De plus, plusieurs absences comme celle due à une gastro-entérite peuvent être de courte durée et sans consultation médicale ; elles ne sont alors pas déclarées à la commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

L'analyse des événements déclarés de 2008 à 2010 pour le réseau de la santé, par catégorie de diagnostic et par titre d'emploi, est présentée dans les tableaux qui suivent.

³¹ Certains liquides biologiques internes (pleural, péricardique, amniotique, céphalorachidien et synovial) ainsi que le lait maternel et les sécrétions génitales ; les liquides biologiques excrétés sur une base régulière (salive, selles, urine, sécrétions nasales, vomissements), s'ils sont visiblement teintés de sang.

Diagnostic				
Année	2008	2009	2010	Total
Pneumonie-grippe	21	36	2	59
Entérite	88	71	122	281
Infection de la peau	15	10	7	32
Contact avec le VIH	65	83	78	226
Autres infections	25	24	10	59
Total	214	224	219	657

Titre d'emploi						
2008 à 2010	Inf.	Inf. aux.	PAB	Hygiène et salubrité	Autres	Total
Pneumonie-grippe	16	5	18	4	16	59
Entérite	58	36	124	12	51	281
Infection de la peau	4	4	7	3	14	32
Contact avec le VIH	62	33	36	34	61	226
Autres infections	17	7	17	3	15	59
Total	157	85	202	56	157	657

43 % des infections sont des entérites qui surviennent à 44 % à des préposés aux bénéficiaires (PAB). Ceux-ci sont davantage en relation de proximité avec la clientèle, sur des périodes plus longues et leurs tâches les exposent plus aux liquides biologiques de celle-ci.

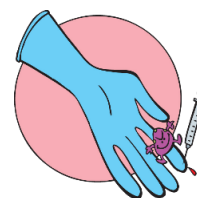
34 % des infections résultent de contacts avec le VIH qui amène le travailleur exposé à prendre une médication entraînant des effets secondaires importants, en plus de conséquences psychologiques non négligeables. Étonnamment, les PAB additionnés aux préposés du service d'hygiène et de salubrité (31 %) qui ne sont pas les utilisateurs des objets perforants présentent plus de cas d'absence que les infirmières (27 %) qui sont les plus grandes utilisatrices de ces équipements. Cela confirme que certaines règles de sécurité (voir [section 2.3.2](#)) ne sont pas respectées et que des aiguilles ne sont pas jetées au bon endroit. Ces préposés qui se piquent sur des aiguilles laissées à la traîne peuvent recevoir des traitements préventifs plus importants parce que, souvent, on ne peut relier l'aiguille à une personne source précise.



Une autre partie des événements accidentels qui surviennent chez les préposés du service d'hygiène et de salubrité est due au fait que ce sont eux qui transportent les contenants d'équipements perforants pleins du service d'utilisation jusqu'au lieu d'entreposage. Loin d'être toujours adéquats, ces contenants sont tout de même préférables aux sacs de poubelles avec lesquels ces mêmes préposés se piquent lorsque des aiguilles y ont été jetées.

Un sondage sur les expositions au sang³²

Comme il n'est pas obligatoire de déclarer à la CNESST les événements accidentels entraînant moins d'une journée d'absence, les informations relatives aux expositions au sang sont répertoriées dans les registres des établissements, et ce, de façon non uniforme. En 2013, l'ASSTSAS a fait un sondage pour évaluer le nombre de blessures percutanées et d'éclaboussures de sang ainsi que le nombre de ces événements ayant occasionné un arrêt de travail avec indemnité de remplacement de revenu (IRR). 28 établissements ont transmis leurs données et 22 d'entre eux ont fourni leurs données complètes, soit les trois années demandées.



Taux des expositions au sang en 2011-12 (pour 100 ÉTC)			
Mission	Blessures	Expositions totales*	Part de l'échantillon (ÉTC) p/r à l'ensemble québécois
Échantillon complet (n= 22 étab.)	2,99	3,50	33 %
CH de courte durée (n= 9)	3,60	4,23	69 %
CSSS (CH, CHSLD, CLSC) (n= 18)	2,18	2,33	30 %

* Blessures et éclaboussures combinées

³² BOUCHARD, Françoise. [La situation dans les établissements de santé.](#)

L'analyse de l'ensemble des données a permis de constater une fréquence stable de ces événements pendant les trois années couvertes. Pour cette raison, les taux par mission des établissements participants ont été calculés avec les données de la dernière année, année où l'information était complète pour la majorité des répondants (27).

Estimation du nombre annuel d'expositions au sang CH et CSSS du Québec		
Mission	Blessures	Total des expositions
CH de courte durée	2 086	2 452
CSSS (CH, CHSLD, CLSC)	2 419	2 581
Total	4 505	5 033

Les taux d'exposition obtenus dans l'échantillon ont permis d'estimer le nombre d'événements annuellement, pour l'ensemble des établissements de type CH et CSSS du Québec. Chaque année, on dénombre 4 500 blessures percutanées, plus 500 éclaboussures, pour environ 5 000 expositions au total, dont 96 travailleurs de la santé qui déclarent des expositions au sang par semaine, soit près de 14 par jour.

Dans l'échantillon participant, la part des événements accidentels indemnisés est faible par rapport à l'ensemble des expositions au sang rapportées. Pour 100 expositions déclarées, 1,6 engendrent un arrêt de travail avec IRR. En transposant cette donnée aux 5 000 expositions estimées annuellement, cela représenterait 80 événements accidentels avec arrêt de travail. Selon les données précédentes fournies par la CNESST pour les années 2009 et 2010, respectivement 83 et 78 personnes ont eu des arrêts de travail dans la catégorie « maladies infectieuses, contact avec le VIH ». Ces chiffres sont comparables aux informations obtenues dans le sondage³³.

³³ Afin de soutenir les efforts de surveillance et de prévention des expositions au sang dans le réseau de la santé québécois, l'ASSTSAS s'est intéressée au développement d'un système d'information facilitant la gestion des déclarations d'expositions accidentelles. L'information est disponible à www.asstsas.qc.ca/GES.

4.2 LE PROTOCOLE POSTEXPOSITION AU SANG

Lorsqu'un travailleur peut être exposé au sang et à certains autres liquides biologiques qui comportent un risque dans le cadre de son travail, l'employeur devrait définir dans une procédure comment sera effectuée sa prise en charge s'il est exposé accidentellement et désigner un responsable de l'application de cette procédure³⁴.

La procédure

Facilement accessible, elle comprend les éléments suivants :

1. description des premiers soins ;
2. modalités de déclaration et qualités des renseignements à consigner ;
3. lieu ou responsable de l'évaluation de l'exposition ;
4. lieu ou responsable de l'évaluation du travailleur ;
5. responsable de l'évaluation de la personne source ;
6. lieu et responsable de l'intervention initiale ;
7. lieu et modalités des rencontres de suivi ;
8. suivi administratif de l'exposition et du processus.

Elle peut être accompagnée de différents outils facilitant la collecte de l'information, l'évaluation du risque, la détermination du traitement, le *counseling* auprès de la personne source et de la personne exposée ainsi que le suivi.

Ce type d'exposition doit être considéré comme une urgence médicale. Si un traitement préventif est nécessaire, afin d'optimiser son efficacité, il devrait être amorcé le plus rapidement possible, soit dans un délai de deux heures. Le travailleur doit alors être dégagé de ses tâches pour aller consulter de la même façon que s'il était inapte à poursuivre son travail.

Les premiers soins

Ce type d'exposition nécessite des premiers soins qui doivent être donnés le plus rapidement possible afin de diminuer le temps de contact avec les liquides biologiques (ex. : irrigation d'un œil avec un soluté salin), ce qui peut réduire le risque de transmission d'une infection. Les mesures doivent être connues des travailleurs et le matériel nécessaire à leur application disponible près des lieux où peut arriver un tel événement.

³⁴ Le MSSS a publié, en 2017, le [Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC](#), auquel les employeurs et les travailleurs devraient se référer.

<i>Type d'exposition</i>	<i>Premiers soins</i>
Muqueuse (œil, nez, bouche)	Rincer abondamment.
Percutanée (piqûre d'aiguille, blessure avec un instrument visiblement teinté de sang)	Laver la plaie avec de l'eau et du savon et rincer abondamment. Il n'est pas nécessaire de faire saigner la plaie. Cette action n'ayant pas de bénéfices démontrés, elle n'est plus recommandée.
Peau non saine (plaie fraîche, dermite)	Laver la zone exposée avec de l'eau et du savon.

La déclaration

Un formulaire permettant de décrire l'événement doit être accessible. Le travailleur devrait y inscrire l'ensemble des circonstances de l'exposition accidentelle le plus tôt possible après la survenue de l'événement. Certaines informations risquent d'être plus difficiles à obtenir par la suite, particulièrement les données relatives à la personne source de l'exposition. L'enregistrement de l'événement accidentel comprend les éléments qui suivent :



- date et heure ;
- personnes impliquées (travailleur, personne source, témoin, etc.) ;
- lieu (service et endroit précis, ex. : près du lit du client, dans l'utilité souillée, etc.) ;
- séquence de la tâche (ex. : en retirant l'aiguille du client après une injection sous-cutanée, en jetant le papillon dans le contenant, en vidant une poubelle, etc.) ;
- description de l'exposition :
 - type (piqûre, coupure, éclaboussure d'une muqueuse, etc.) ;
 - partie du corps exposée ;
 - profondeur de la blessure (égratignure superficielle sans saignement, effraction modérée de la peau avec saignement ou blessure profonde) ;
 - objet ou instrument souillé en cause (ex. : type d'aiguille, bistouri), présence de sang visible sur celui-ci ;
 - lors de l'éclaboussure d'une muqueuse ou de la peau non intacte, type de liquide, quantité et durée du contact, état de la peau (irritée, éraflée, etc.), surface touchée ;
 - lors d'une morsure, largeur et profondeur du bris cutané et, si elle est visible, présence de sang dans la bouche de l'agresseur.
- premiers soins reçus.

Déclarer l'événement accidentel est l'étape initiale qui devrait permettre au travailleur d'obtenir le suivi nécessaire. Par la suite, s'il y a séroconversion, l'ensemble de la démarche facilitera la reconnaissance de la maladie professionnelle.

L'évaluation ultérieure de l'exposition et du risque devrait comprendre les éléments manquants ou imprécis de la déclaration du travailleur. Le travailleur devrait consigner au même endroit l'ensemble des informations, facilement accessibles en cas de séroconversion.

L'évaluation de l'exposition

Le niveau de risque varie selon le type d'exposition et le liquide biologique en cause. Les informations déclarées permettront à la personne-ressource d'évaluer l'exposition et de déterminer s'il s'agit d'une exposition significative, c'est-à-dire si elle comporte un risque de transmission d'une infection. Le travailleur n'a pas compétence pour faire cette évaluation.

L'exposition peut être évaluée dans l'établissement si une personne-ressource qualifiée est désignée, sinon le travailleur doit être dirigé vers une clinique qui procédera à l'évaluation. Dans certaines régions, des cliniques spécialisées sont disponibles.

L'évaluation du travailleur exposé

Les antécédents médicaux et l'état sérologique du travailleur exposé doivent être évalués. C'est notamment son état sérologique au moment de l'exposition qui servira, d'une part, à orienter sa prise en charge et, d'autre part, à établir son statut de base dans l'éventualité d'une séroconversion.

L'évaluation de la personne source

Lorsque c'est possible, la présence d'un virus transmissible par le sang doit être évaluée chez la personne source de l'exposition. Aviser cette personne de l'incident et solliciter sa collaboration ne relève pas de la responsabilité du travailleur exposé.



L'intervention initiale

Afin de déterminer le risque encouru par le travailleur et la conduite à tenir, les évaluations de l'exposition, du travailleur exposé et de la personne source doivent être prises en considération.

Selon le type d'établissement, le travailleur peut être adressé à l'interne ou à l'externe. Une entente de service établie au préalable avec le(s) lieu(x) de référence favorise la rapidité de l'intervention et la circulation adéquate de l'information pertinente (résultats de laboratoire, etc.) lorsque celle-ci est requise.

L'intervention initiale nécessite une infrastructure minimale : service de consultation médicale, possibilité d'effectuer des prélèvements sanguins et de les faire analyser, possibilité

d'administrer les traitements requis (immunoglobulines contre l'hépatite B, vaccins, antirétroviraux³⁵).

Lors de cette intervention, un *counseling* auprès de la personne exposée devrait porter sur :

- les risques d'acquisition de l'infection ;
- les signes et les symptômes à surveiller ;
- les traitements préventifs et le suivi (nature et efficacité du traitement, effets secondaires éventuels) ;
- l'utilité des tests (reconnaissance de l'origine professionnelle de l'infection, diagnostic et traitement précoces), la signification des résultats, les moyens pris pour assurer la confidentialité des résultats. ;
- la conduite à adopter pour éviter de transmettre l'infection.

Le suivi

Échelonnées sur une période de six mois, plusieurs rencontres de suivi peuvent être nécessaires. Elles ont pour objectif :

- de compléter l'évaluation du risque et d'ajuster les traitements préventifs ;
- de finaliser les traitements préventifs en cours, vérifier la fidélité au traitement, surveiller les effets secondaires et certains paramètres sanguins ;
- de surveiller la survenue d'une infection transmissible par le sang (signes cliniques et suivi des analyses sanguines).



L'employeur devrait s'assurer que le travailleur a accès aux rencontres de suivi nécessaires en fonction de son état et que l'information pertinente est acheminée aux endroits déterminés. Un système de relance des travailleurs exposés diminue les oublis potentiels des rendez-vous.

Le soutien psychologique

Le travailleur accidenté doit pouvoir bénéficier du soutien psychologique adéquat afin de réduire la survenue d'éventuelles réactions de détresse.

Le suivi administratif

L'établissement devrait assurer un suivi administratif de la procédure. De plus, le fonctionnement de l'ensemble du processus doit être évalué. L'organisation de l'activité doit permettre l'ajustement aux besoins de la clientèle et posséder un dynamisme et une rigueur permettant de corriger les problèmes qui pourraient survenir.

³⁵ Lorsque des antirétroviraux sont indiqués, ils doivent être administrés dans les heures qui suivent l'exposition. Ils peuvent être prescrits pour une courte période (quelques jours) et leur prescription révisée à la lumière des informations complémentaires obtenues. Des modalités doivent être définies afin d'assurer l'accessibilité de ces produits aux travailleurs pour le traitement complet.

4.3 LES AUTRES PROTOCOLES POSTEXPOSITION

Outre les maladies transmissibles par le sang (hépatite B, C, infection au VIH), un travailleur peut être exposé à d'autres maladies infectieuses qu'il pourrait contracter dans le cadre de son travail.

Le travailleur est exposé :

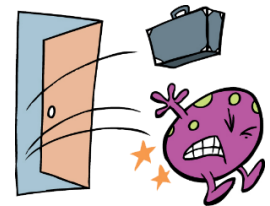
- parce qu'il n'est pas connu que le bénéficiaire a une maladie transmissible (il n'a pas de symptôme, la maladie est en période d'incubation, elle n'est pas diagnostiquée, etc.), donc aucune mesure additionnelle de protection n'est mise en place ;
- la maladie est diagnostiquée, toutefois il y a eu un bris dans l'application des mesures de protection. La barrière (ex. : gants, blouse, masque, etc.) était inexistante, incomplète ou défectueuse (déchirure, etc.).

Ce type d'exposition devrait être déclaré et inscrit au registre des accidents du travail. La déclaration doit comprendre les coordonnées du travailleur exposé et du bénéficiaire, la ou les dates d'exposition, la durée et le type de contact, le lieu ainsi que les circonstances (ex. : cas non diagnostiqué, bris dans l'application des mesures de protection).

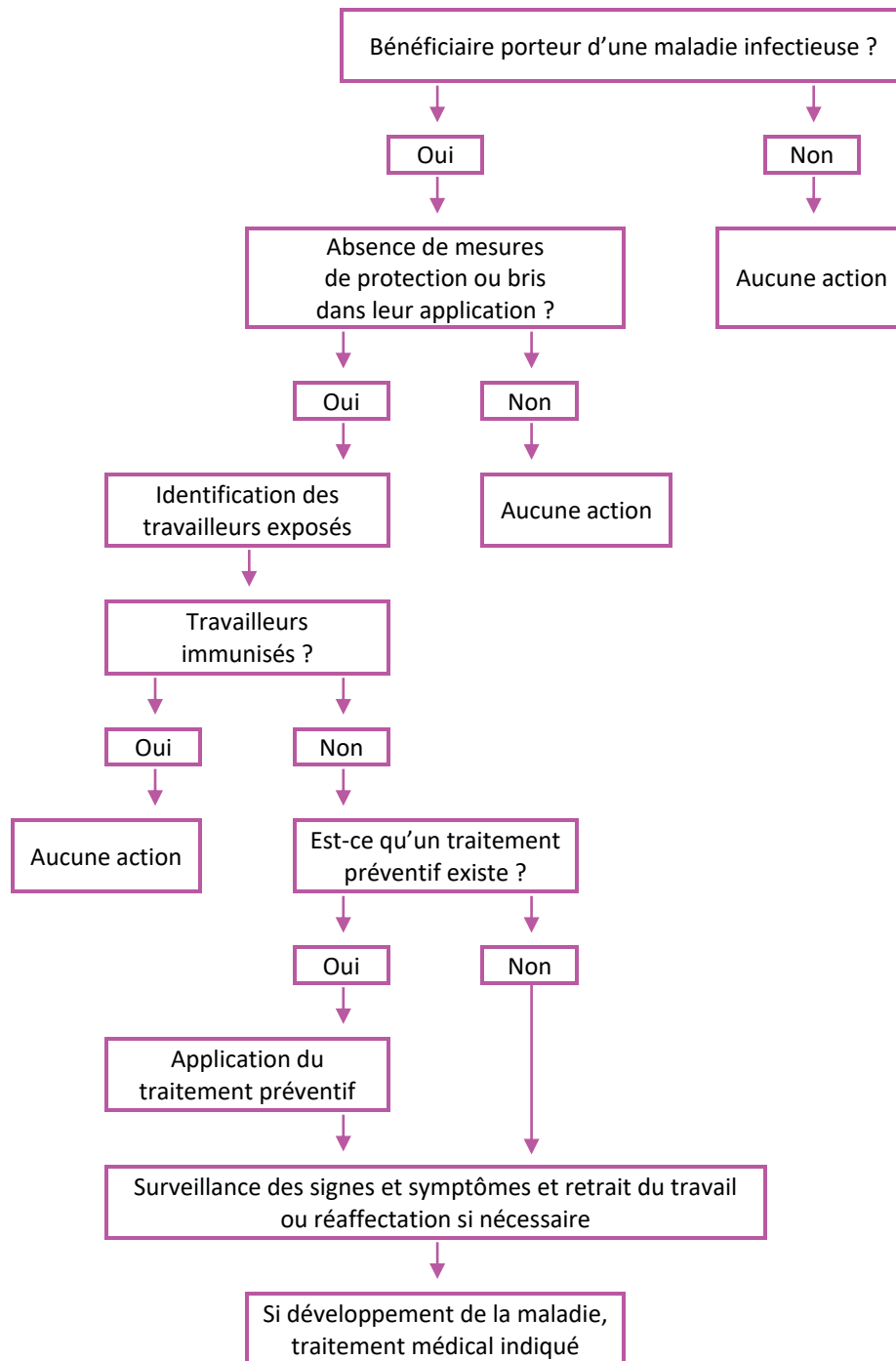
Lors du diagnostic d'une maladie transmissible chez un bénéficiaire, principalement dans les cas où un traitement préventif est recommandé pour les personnes qui ont été en contact avec celui-ci, il faut mener une enquête épidémiologique pour retrouver les personnes (y compris les travailleurs) qui ont été exposées de façon significative. Le degré et la nature du risque relié à l'exposition seront évalués en fonction des caractéristiques de l'exposition (durée, type de contact, mesures de protection appliquées) et de la réceptivité du travailleur exposé.

Pour certaines maladies infectieuses, des traitements préventifs existent et peuvent nécessiter l'accès à divers produits : vaccins, antibiotiques, gammaglobulines, etc. Le travailleur exposé doit avoir accès aux traitements recommandés le plus rapidement possible, car leur efficacité dépend souvent du délai d'intervention. Des traitements préventifs sont disponibles pour :

- l'hépatite A (contact avec les selles d'une personne infectée) ;
- la tuberculose ;
- la coqueluche ;
- la rougeole ;
- les infections à méningocoque ;
- les infections envahissantes au streptocoque bêta hémolytique du groupe A ;
- la varicelle-zona, dans certains cas.



Afin de protéger certains bénéficiaires plus fragiles, il peut être recommandé dans certains cas de relocaliser un travailleur non immunisé durant la durée de la période d'incubation. Le schéma suivant représente le cheminement de la gestion d'un cas d'exposition à une maladie infectieuse.



Une procédure accessible doit encadrer la démarche et les responsabilités de ce suivi postexposition. Entre autres, au niveau de l'enquête épidémiologique, les rôles et les responsabilités des services de SST et de PCI doivent être clairement définis.

À partir de l'information sur les expositions professionnelles déclarées, des démarches devraient être faites pour les prévenir. Si des contacts avec certaines maladies infectieuses non diagnostiquées sont difficilement évitables, des démarches devraient être faites en l'absence de mesures de protection ou lors du bris dans l'application de celles-ci.

4.4 LA GESTION DES ÉCLOSIONS³⁶

Malgré la présence de mesures de prévention, une éclosion de cas peut survenir. Elle se définit par une augmentation significative du taux d'incidence d'une infection, au-delà du nombre attendu, pour une période donnée. Lorsque la détection d'une éclosion est retardée, l'ampleur de celle-ci peut s'aggraver.

Afin de circonscrire l'étendue d'une éclosion, différentes mesures de contrôle peuvent être nécessaires. Cette éventualité doit être bien encadrée, car en situation de crise, il faut être prêt à agir rapidement. Certaines mesures organisationnelles, rapidement mises en application, peuvent limiter l'ampleur d'une éclosion. Il s'agit, entre autres :

- de politiques administratives clarifiant les rôles des différents intervenants et encadrant l'application des mesures de prévention ;
- de la constitution d'une équipe clinico-administrative responsable de la gestion des éclosions majeures, disposant des canaux décisionnels précis ;
- de règles administratives visant l'harmonisation de la gestion de personnel (vaccination, exclusion, rémunération, etc.) ;
- d'assurer l'accès à des services médicaux et de laboratoire aux travailleurs exposés ;
- de la mise en place d'une stratégie visant la vaccination et la prise en charge des travailleurs de la santé atteints (vérification du statut vaccinal, administration des produits, etc.) ;
- de s'assurer que le personnel est adéquatement formé pour appliquer les mesures de protection individuelles requises.

La prise en charge d'une éclosion dans un établissement de santé consiste à :

1. confirmer l'éclosion ;
2. mettre en place les mesures organisationnelles nécessaires ;
3. communiquer les renseignements et les consignes ;
4. rédiger et diffuser un rapport final comprenant des recommandations.

³⁶ MSSS, [Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec](#), chapitre 6.

4.5 LA GESTION DES TRAVAILLEURS EXPOSÉS, PORTEURS OU MALADES

Afin de limiter la transmission des infections à la clientèle, mais aussi à d'autres travailleurs, après évaluation, certains travailleurs de la santé pourraient être retirés temporairement du travail, déplacés de leur poste habituel, voir leurs fonctions auprès de la clientèle modifiées ou être invités à porter des ÉPI additionnels pour les raisons ci-dessous.

- Ils ont été exposés et la maladie transmissible peut être dans sa période d'incubation.
- Le traitement préventif donné à la suite de l'exposition n'est pas encore efficace.
- Ils sont porteurs sains (hébergent un microbe malgré l'absence de maladie perceptible).
- Ils ont des symptômes évocateurs d'un processus infectieux sans qu'un diagnostic soit posé.
- Ils n'ont plus de symptômes, mais il est connu qu'ils sont infectieux.
- Ils sont colonisés par un microbe.

Selon la situation, le travailleur peut être inapte au travail, apte au travail sans restriction, ou encore, apte au travail avec certaines restrictions. Dans ce dernier cas, il est apte à effectuer ses fonctions ou d'autres fonctions, mais avec certaines restrictions temporaires ou permanentes.

Afin de limiter la transmission des infections, le service de SST doit assurer une gestion efficace des expositions des travailleurs aux maladies infectieuses, entre autres, en prenant les précautions nécessaires pour retirer les travailleurs du travail ou les y réintroduire. Les critères déterminant l'exposition ainsi que l'aptitude au travail, avec ou sans restriction, doivent être définis ainsi que les façons de procéder dans de tels cas.

Habituellement, les recommandations proviennent du comité de prévention des infections (CPI) de l'établissement, comité où devrait être représenté le service de SST. Certaines recommandations peuvent provenir également de la direction de la Santé publique ou du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Les établissements doivent suivre les recommandations des différents guides produits à cet effet.

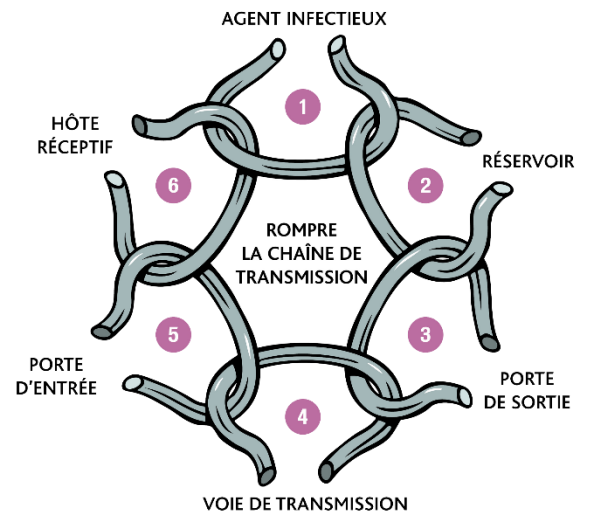
Conclusion

Pour rompre la chaîne de transmission des infections, plusieurs mesures agissant à différents niveaux peuvent être utilisées.

Dès qu'une mesure entraîne la rupture d'un des maillons, la chaîne est rompue et la transmission n'est plus possible.

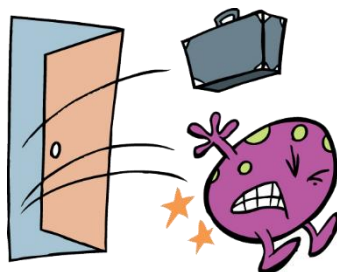
1. **L'agent infectieux** lui-même est éliminé ou inactivé.
2. L'agent infectieux est éliminé ou inactivé du **réservoir** qu'il habitait.
3. **Les portes de sortie** sont maîtrisées par des pratiques sécuritaires.
4. **La voie de transmission** est bloquée par une barrière ou des pratiques de travail sécuritaires.
5. **Les portes d'entrée** sont bloquées par une barrière ou des méthodes de soin appropriées.
6. **L'hôte** est immunisé ou traité, ce qui diminue sa réceptivité.

- 1 **AGENT INFECTIEUX**
Hygiène des mains
Traitement de la personne infectée
- 2 **RÉSERVOIR**
Hygiène des mains
Nettoyage de l'environnement
Désinfection et stérilisation
- 3 **PORTE DE SORTIE**
Hygiène des mains
Recouvrement des portes de sortie (pansement, masque, etc.)
Contrôle des excréta
Manipulation des déchets et de la lingerie contaminés
- 4 **VOIE DE TRANSMISSION**
Hygiène des mains
Port d'équipements de protection individuels (ÉPI)
Isolement du bénéficiaire
Moyens techniques telle la ventilation
- 5 **PORTE D'ENTRÉE**
Hygiène des mains
Technique aseptique
Port d'ÉPI
- 6 **HÔTE RÉCEPTIF**
Immunisation
Identification des bénéficiaires à risque et traitement (ex. : contrôle du diabète)
Traitement préventif postexposition



1. Adaptation de © Donna Moralejo, professeur, Memorial University School of Nursing, St. John's, Terre-Neuve et Labrador.

Pour plusieurs personnes, la PCI semble souvent très complexe. La compréhension du processus infectieux est l'élément de base permettant de comprendre les mesures de prévention et de protection des travailleurs à appliquer.



Bibliographie

- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. [Prévention des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins](#). 2012. 225 p.
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. [Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins](#). 2012, 102 p.
- ASSTSAS. [Ajustement des appareils de protection respiratoire](#). 2009
- ASSTSAS. [Équipements de protection individuels \(ÉPI\)](#). 2016
- ASSTSAS. [Fiches action-prévention. Pour mieux orienter vos choix en SST](#). Recueil 2016. 119 p.
- ASSTSAS. [Protection respiratoire – Rappel des étapes clés pour utiliser votre APR N95](#). 2013
- ASSTSAS. [Technique d'hygiène des mains \(Eau et savon\)](#). 2005
- ASSTSAS. [Technique d'hygiène des mains avec une solution hydro-alcoolique \(SHA\)](#). 2005
- AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ. [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#). 3^e éd. 2012. 105 p.
- BÉDARD, Sylvie. « [Les bonnes pratiques en gestion sécuritaire des matières résiduelles](#) ». *Objectif Prévention*. Vol. 36, n^o 4, p. 12-13.
- BOUCHARD, Françoise. [Programme de prévention, expositions au sang chez les travailleurs de la santé](#). ASSTSAS. 2013. 108 p.
- BOUCHARD, Françoise. « [La situation dans les établissements de santé](#) ». *Objectif Prévention*, Vol. 36, n^o 3, p 23-24.
- Bouchard, Françoise. « [Équipements de protection individuels : une affiche améliorée !](#) » *OP (Objectif Prévention)*, Vol. 39, n^o 3, p. 3.
- DAGENAIS, Lucie et Ana Maria SEIFERT. *Vivre avec les microbes*. Publication de la Confédération des syndicats nationaux (CSN). Service de la formation. Décembre 1997. 272 p.
- INSPQ. [Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse \(MRSI\), de l'influenza aviaire A\(H5N1\) et de la grippe A\(H1N1\) d'origine porcine dans les milieux de soins](#). Juin 2009. 31 p.
- INSPQ. [Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés](#). Janvier 2012. 83 p.
- INSPQ. [Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec](#). Septembre 2012, 135 p.
- INSPQ. [Vaccination contre l'hépatite B de certains groupes de travailleurs hors du réseau hospitalier de soins de courte durée](#). Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels. 2008. 260 p.

- INSPQ. [Mesures de prévention et contrôle des infections à l'urgence](#). Septembre 2013. 85 p.
- INSPQ. [Sélection des solutions hydro-alcooliques en milieux de soins](#). Septembre 2010. 42 p.
- INSPQ. [Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement](#). 2009. 8 p.
- INSPQ. [Proportion de chambres individuelles avec salle de toilette non partagée devant être disponibles dans les établissements de soins de santé physique du Québec](#). Août 2010. 19 p.
- MÉTRA, Angélique, Sylvie BÉDARD et Sylvain LEQUOC. [Ajustement des appareils de protection respiratoire - N95](#) [CP37]. ASSTSAS. 28 P.
- MSSS, Direction générale de la santé publique. [La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec](#). 2017, 195 p.
- MSSS. [Guide de gestion des déchets du réseau de la santé et des services sociaux](#). 2017, 117 p.
- MSSS. [Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC](#), 2017, 98 p.
- MSSS. [Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs](#). 2013, 35 p.
- MSSS. [Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés](#). 2012, 120 p.
- OMS. [Usage des gants : Fiche d'information](#). Révisée en avril 2010, 4 p.
- PROTEAU, Rose-Ange. « [Faut-il porter des gants ? Si oui, lesquels ?](#) » *Objectif Prévention*. Vol. 25, n° 3, 2002, p. 22-23 et 27.
- RUTALA, William A. et David J. WEBER. "[Current principles and practices; new research; and new technologies in disinfection, sterilization, and antisepsis](#)". *American Journal of Infection Control*. Vol. 41, Issue 5, Supplement, May 2013, Page S1.
- SANTÉ CANADA. [Guide de prévention des infections, lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé](#). 1998, 57 p.
- TABLE RÉGIONALE EN PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (TRPIN) de la Capitale-Nationale. [Guide de prévention et de contrôle des infections « Pratiques de base et précautions additionnelles »](#). Avril 2012. 143 p.

Annexe 1

Système immunitaire³⁷

Parmi les divers systèmes de notre organisme, c'est le système immunitaire qui est principalement chargé de nous protéger, non seulement de certains microbes nocifs, mais aussi des corps étrangers, des cellules cancéreuses, en combattant l'invasisseur une fois que ce dernier a pénétré dans l'organisme.

³⁷ Extrait de « *Vivre avec les microbes* », publié par la CSN, p. 50-51

Le système immunitaire comprend, entre autres, un très grand nombre de cellules nomades, les globules blancs, dont la masse totale est comparable à celle du foie ou du cerveau.

Le système immunitaire est capable de reconnaître le soi, qui est propre à chaque organisme, du non-soi qui lui est étranger. Cette double identification est possible grâce à des signaux présents à la surface de toutes nos cellules.

Les cellules du système immunitaire se regroupent dans des espèces de tours de garde, les ganglions remplis de globules blancs, qui sont situés en majorité près des orifices de l'organisme. Ces tours de garde servent de lieu de sensibilisation des cellules spécialisées à la présence des envahisseurs. Lorsqu'il y a une infection, les ganglions situés à proximité de la porte d'entrée empruntée par le microbe deviennent enflés à cause de l'arrivée en nombre de ces cellules.

L'action du système immunitaire s'organise à deux niveaux : le premier, composé de cellules généralistes qui agissent en éliminant rapidement une partie de l'infection et en donnant un signal d'alarme, et le deuxième, plus spécialisé, qui utilise un ensemble de cellules et de molécules chimiques pour se débarrasser de l'intrus.

Première ligne : la réaction immunitaire non spécifique

La première ligne de défense est constituée par des cellules bouffeuses, les macrophages (ce mot vient de deux mots grecs qui veulent dire de grande dimension et manger) dont l'action est peu sélective. Véritables machines à nettoyer, ils sont très abondants dans les sites d'inflammation et ils ont une double tâche : diminuer le nombre de microbes en circulation en les mangeant et, si l'infection est suffisamment importante, augmenter notre capacité de défense.

Pour accomplir cette dernière tâche, le macrophage découpe en morceaux la bactérie ou le virus avalé qu'il met sur sa membrane comme un chapeau. Ainsi coiffée, cette cellule part à la recherche des cellules spécialisées, les lymphocytes T, pour présenter l'antigène et donner le signal d'alarme, les incitant à réagir.

La réaction immunitaire non spécifique devient perceptible si on se blesse, puisque ces cellules provoquent une inflammation qui signale le début de la réaction de défense. En effet, lorsque la peau est blessée, des bactéries peuvent facilement pénétrer. Tout de suite, certaines cellules du système immunitaire réagissent pour les en empêcher. Le débit sanguin augmente pour permettre à un plus grand nombre de cellules immunitaires de parvenir rapidement au site de l'infection. La peau devient rouge et l'élévation de la température dans la région affectée accroît l'efficacité de certaines substances chimiques qui contribuent à l'action du système immunitaire. L'arrivée d'une plus grande quantité de cellules et de sang provoque un gonflement et de la douleur.

Deuxième ligne : la réaction immunitaire spécifique

Le deuxième niveau de défense est constitué par des cellules spécialisées qui ont la propriété de reconnaître et de cibler un microbe donné. Parmi ces cellules spécialisées, les lymphocytes T, sensibilisés par les macrophages, assument un rôle extrêmement important puisqu'ils coordonnent la réaction de défense en stimulant les autres populations cellulaires à réagir et en réagissant eux-mêmes afin de détruire l'agresseur. Ces lymphocytes marquent le début, orchestrent le processus et commandent la fin de la réaction de défense de l'organisme. C'est pourquoi certains chercheurs les appellent « les chefs d'orchestre du système immunitaire ».

Les lymphocytes T envoient des signaux chimiques (par exemple l'interféron et les interleukines) à différentes cellules, dont les lymphocytes B, pour les inciter à produire des anticorps ou immunoglobulines, qui sont des armes chimiques particulières à chaque microbe envahisseur.

Produits en grande quantité, les anticorps sont comme des petites fusées destinées à se coller à l'envahisseur et à le détruire. Ils facilitent la reconnaissance du microbe par les cellules bouffeuses, ou phagocytes, qui effectuent le travail en avalant le microbe mort ou mal en point. La détection de la présence de ces anticorps dans le sang, par des tests cliniques, est souvent utilisée pour diagnostiquer l'infection.

Ce survol du système immunitaire a été très simplifié et il est loin d'être complet. On voit cependant que la réaction immunitaire antibactérienne et antivirale implique beaucoup de cellules de types différents, dont les interrelations sont très complexes.

Par conséquent, lors d'un premier contact avec un agent infectieux, un temps de réaction est nécessaire pour compléter la réaction immunitaire. Il peut s'écouler entre une quinzaine de jours et plusieurs mois du début à la fin de la réaction. La recherche d'anticorps par une analyse de sang faite immédiatement après une exposition à un microbe ne permet donc pas de savoir si on vient d'être infecté (même si on peut être contagieux dès ce moment).

Annexe 2

Rôles et responsabilités en santé et sécurité du travail³⁸

« Les programmes de PCI et les programmes de santé et sécurité du travail (SST) doivent reposer sur une étroite collaboration pour diminuer le risque d'infections associées aux soins de santé chez les patients, les résidents et le personnel. »

³⁸ Extrait de MSSS. [*La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec.*](#) Deuxième partie, chapitre 8, section 8.7, pp. 135-136.

[Extrait de MSSS. [La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec](#). Deuxième partie, chapitre 8, section 8.7, pp. 135-136.]

« Au Québec, les établissements de santé doivent, comme tout employeur, se conformer aux dispositions de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), (L.R.Q., c. S 2.1)³⁹ et aux règlements applicables (RSST) (S-2.1, r. 13)⁴⁰. La LSST est importante en matière de prévention des risques pour la santé des travailleurs de tous les milieux ; elle prévoit des droits et des obligations pour le travailleur et l'employeur.

Les employeurs sont tenus par la Loi de :

- prendre les mesures nécessaires pour éliminer à la source tout danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs, y compris les maladies infectieuses.

Au regard des maladies infectieuses, les employeurs devraient :

- identifier les maladies infectieuses qui sont ou pourraient être présentes dans les lieux de travail ;
- élaborer et implanter un programme de surveillance et de contrôle des expositions ;
- informer les travailleurs des risques d'exposition associés aux maladies infectieuses dans le milieu de travail ;
- former les travailleurs sur les méthodes sécuritaires de travail, y compris le lavage des mains et l'utilisation adéquate des équipements de protection individuelle (ÉPI) ;
- offrir gratuitement les vaccins recommandés par le MSSS aux travailleurs de la santé ciblés⁴¹ ;
- fournir gratuitement les moyens et les équipements de protection requis ;
- aviser les travailleurs de déclarer toute exposition accidentelle à des liquides biologiques.

Pour mieux se protéger des maladies infectieuses, les travailleurs devraient :

- prendre les mesures nécessaires pour protéger leur santé ;
- éviter de mettre en danger la santé d'autres personnes ;
- participer à la détection et à l'élimination des risques ;
- assister aux sessions de formation et d'information ;
- utiliser des méthodes de travail sécuritaires, y compris le lavage des mains et le port adéquat des ÉPI ;
- consulter un professionnel immédiatement après une exposition à des liquides biologiques dans le cadre de leur travail ;
- déclarer toute exposition accidentelle à des liquides biologiques ;
- conserver un relevé des vaccinations reçues.

³⁹ Québec, *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST), Éditeur officiel du Québec.

⁴⁰ Québec, *Règlement sur la santé et la sécurité du travail* (RSST), Éditeur officiel du Québec.

⁴¹ Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 619.34) ainsi qu'au Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (article 10), l'employeur doit s'assurer que les membres de son personnel suivent les recommandations de vaccination.

Enjeux relatifs à la santé et à la sécurité du travail

Les programmes de PCI et de SST doivent agir en étroite collaboration sur plusieurs éléments du programme de prévention et de contrôle des infections. Les établissements ont avantage à clairement définir les rôles et responsabilités. En plus des éléments abordés à la section 2.8 sur le partage des rôles et des responsabilités dans l'application des politiques et des protocoles, il importe de préciser les points suivants.

Comité paritaire

Le programme de PCI et le programme de SST devraient être représentés au comité paritaire. Les questions de PCI qui touchent la SST doivent être élaborées conjointement par l'équipe de PCI et l'équipe de SST et se reporter aux recommandations et aux protocoles formulés par les organismes de référence reconnus.

Vaccination

Les travailleurs de la santé devraient avoir accès à une vaccination gratuite, comme recommandé dans le document *Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs*⁴². Un programme de vaccination à l'embauche et en cours d'emploi comprenant l'information sur l'état de vaccination des travailleurs de l'établissement devrait être facilement accessible.

Exposition accidentelle à des liquides biologiques et à des agents infectieux transmissibles

Toute exposition accidentelle à des liquides biologiques et à des agents infectieux transmissibles devrait être déclarée au service SST selon les procédures locales. Ces expositions doivent être prises en charge conformément au *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail*⁴³ et à d'autres guides, selon l'agent infectieux concerné.

Une sensibilisation à la nécessité de prévenir l'exposition à des liquides biologiques et à des agents infectieux transmissibles ainsi que l'importance d'accéder sans délai à une prophylaxie et à un suivi postexposition, lorsque cela s'applique, sont essentielles. Un processus permettant l'évaluation et le suivi médical des travailleurs de la santé exposés doit être en place dans l'établissement et être en mesure de répondre adéquatement aux besoins des travailleurs de chacune des installations.

⁴² MSSS (2016). *Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs*, 27 p.

⁴³ MSSS (2011), *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail*, 17 p.

Présence au travail

Chaque établissement devrait élaborer une politique de gestion de la présence au travail basée sur les travaux et les recommandations du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) pour les situations d'écllosion ou lorsqu'un membre du personnel présente une problématique infectieuse.

Équipement de protection individuelle (ÉPI)

Les établissements doivent choisir, acheter et fournir aux travailleurs de la santé les équipements de protection individuelle nécessaires à la prévention des infections conformes aux exigences et aux normes de qualité applicables. De plus, ils doivent avoir un [programme de protection respiratoire](#) (PPR) conforme aux exigences de la Commission des normes, de l'équité et de la santé et sécurité du travail (CNESST).

Le partage des responsabilités et des rôles inhérents à l'application du programme de PCI en matière de SST doit être clairement défini au sein de l'établissement. »

Annexe 3

Nettoyage, désinfection et stérilisation

Il n'est pas nécessaire de stériliser tous les articles qui servent aux soins directs des bénéficiaires. Les personnes responsables de la PCI doivent déterminer avec les services de retraitement des dispositifs médicaux et de l'hygiène et salubrité quelle mesure parmi le nettoyage, la stérilisation et la désinfection est la plus indiquée pour réduire le risque d'infection.

Le choix de la méthode de traitement d'un équipement et du mobilier est fonction de l'usage auquel il est destiné, du risque d'infection pour la clientèle et de l'importance de la contamination.

Le nettoyage consiste à débarrasser les objets des matières organiques ou des impuretés qui les souillent. Il est réalisé avec de l'eau, des détergents et une action mécanique. Il vise à enlever les microbes plutôt qu'à les détruire.

Un nettoyage méticuleux doit précéder toute procédure de désinfection ou de stérilisation, car les matières organiques, comme le sang et les protéines, contiennent souvent des microbes. Ces substances organiques peuvent rendre inactifs ou moins efficaces les germicides chimiques et protéger les microbes contre la désinfection ou la stérilisation. Lorsque les équipements ne peuvent être nettoyés immédiatement, il faut suivre les recommandations du fabricant pour éviter que les matières organiques sèchent, soit en les faisant tremper dans l'eau avec un détergent, soit en les essuyant avec un produit détergent par exemple.

La désinfection consiste à réduire la quantité de microbes, à l'exception des spores bactériennes. Elle se fait par la pasteurisation, les produits chimiques liquides et les rayonnements ultraviolets. On désinfecte lorsque le nettoyage ne suffit pas à rendre un article sûr pour l'usage prévu. Trois niveaux de désinfection sont possibles : haut, intermédiaire ou faible. Le niveau de désinfection obtenu varie selon certains facteurs dont le temps de contact, la température, le degré de souillure, le type et la concentration des ingrédients actifs du désinfectant chimique et la nature de la contamination microbienne.

Parmi les facteurs qui influencent l'efficacité de la désinfection, on retrouve :

- la résistance innée des microbes (voir [tableau p. 91](#)) ;
- la concentration et les types de matière organique et inorganique présents ;
- l'intensité et la durée du traitement ;
- la concentration du désinfectant (au moment de l'utilisation initiale et après un usage prolongé) ;
- la température et le temps de contact ;
- le pH de la solution ;
- la dureté de l'eau utilisée comme diluant ;
- les résidus présents après le nettoyage.

La stérilisation est l'élimination ou la destruction complète de toute forme de vie microbienne. Elle se fait à l'aide de vapeur sous pression (autoclave), de certains agents chimiques sous forme de liquide ou de gaz, ou par la chaleur sèche.

Certaines techniques de désinfection peuvent stériliser si le contact est suffisamment long ou si la concentration du produit est plus grande. Lorsque la durée de ce contact est suffisamment longue pour détruire tous les microbes, à l'exception des spores bactériennes résistantes, on obtient une désinfection maximale ou de haut niveau.

Une désinfection de niveau intermédiaire inactive les bactéries végétatives, plusieurs virus et champignons, mais pas les spores bactériennes. Une désinfection de faible niveau peut détruire la plupart des bactéries végétatives, certains virus à enveloppe (membrane lipidique) et champignons, mais pas les microbes résistants comme les mycobactéries et les spores.

On peut se servir de produits chimiques liquides pour stériliser et désinfecter lorsqu'on ne peut avoir accès à la stérilisation à la vapeur, au gaz ou à la chaleur sèche, ou lorsque ces procédés ne sont pas indiqués compte tenu du type d'équipement. Tous les équipements ne peuvent pas être stérilisés ou désinfectés de la même façon ni par les mêmes produits chimiques : il faut se référer aux indications du fabricant.

Aucun produit ne peut être considéré comme germicide chimique « universel ». On doit choisir le produit qui convient à une situation donnée en se fondant sur le type d'équipement à désinfecter et le niveau de désinfection requis⁴⁴. Lorsque les équipements doivent être trempés, il importe de bien les rincer afin d'éliminer complètement les saletés et les agents de nettoyage et ainsi éviter la formation de taches et assurer une propreté complète.

Dans les années 70, un système de classification des exigences en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements servant aux soins des bénéficiaires a été mis au point. Le système de Spaulding répartit le matériel médical, les équipements et le matériel chirurgical en trois grandes catégories fondées sur le risque d'infection possible associé à leur utilisation : les articles critiques, semi-critiques et non critiques.

Le matériel critique se compose des instruments et appareils qui pénètrent les tissus stériles de l'organisme comme le système vasculaire. Ce matériel présente un risque élevé d'infection s'il est contaminé. Le traitement du matériel critique en vue de sa réutilisation nécessite un nettoyage méticuleux suivi d'une stérilisation.

Le matériel semi-critique est celui qui entre en contact avec les muqueuses ou la peau non intacte, sans les pénétrer. Les muqueuses sont généralement résistantes aux infections causées par les spores bactériennes, mais elles sont vulnérables face à d'autres organismes comme le bacille de la tuberculose et les virus. Le traitement du matériel semi-critique en vue de sa réutilisation englobe un nettoyage méticuleux suivi, de préférence, d'une désinfection de haut niveau.

Il existe aussi un niveau de désinfection intermédiaire. Selon l'équipement et l'usage auquel il est destiné, ce type de désinfection peut être acceptable.

Le matériel non critique comprend les articles qui n'entrent généralement pas en contact avec le bénéficiaire ou qui ne touchent qu'à sa peau intacte.

⁴⁴ Le produit utilisé doit être identifié comme désinfectant et avoir un DIN (identification numérique de médicament attribuée par Santé Canada) et être virucide.

La peau constitue une barrière efficace contre la plupart des microbes, le risque de transmission d'infection avec ces articles est minime. Toutefois la réutilisation de ce matériel nécessite un nettoyage et une désinfection de faible niveau. Le tableau qui suit synthétise les principaux éléments. La durée d'exposition et la concentration peuvent varier si un équipement entre dans plus d'une catégorie. Il importe de toujours suivre les indications du fabricant.

Tableau synthèse			
Définition du procédé	Exemples de méthodes/produits ⁴⁵	Classification	Exemples d'équipements
Stérilisation <i>Élimination complète ou destruction de tous les microbes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vapeur sous pression (autoclave) • Gaz d'oxyde d'éthylène • Chaleur sèche • Glutaraldéhyde • Peroxyde d'hydrogène • Acide peracétique • Plasma de peroxyde d'hydrogène 	Critique : <i>équipements qui pénètrent un tissu stérile ou le système vasculaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Scalpel et autres instruments chirurgicaux • Aiguille • Implant, sonde intracardiaque et urinaire • Circuits sanguins de l'hémodialyseur • Tous dispositifs intravasculaires • Bronchoscope, arthroscope, laparoscope, cystoscope
Désinfection de haut niveau <i>Élimination de tous les microbes à l'exception d'un grand nombre de spores bactériennes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasteurisation • Glutaraldéhyde • Peroxyde d'hydrogène • Acide peracétique • Chlore ou dérivés chlorés > 400 ppm • Isopropanol avec glutaraldéhyde • Orthophtalaldéhyde 	Semi-critique : <i>équipements qui entrent en contact avec les membranes muqueuses ou de la peau non intacte</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Laryngoscope et sonde endotrachéale • Tous les équipements d'inhalothérapie et d'anesthésie • Endoscopes flexibles • Spéculum nasal ou vaginal
Désinfection de niveau intermédiaire <i>Inactive le bacille de la tuberculose, les bactéries végétatives, la majorité des virus et la plupart des champignons</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Solutions d'hypochlorite • Iodophores • Peroxyde d'hydrogène 	Semi-critique : <i>équipements qui entrent en contact avec les membranes muqueuses ou de la peau non intacte</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Thermomètre • Bain d'hydrothérapie
Désinfection de faible niveau <i>Détruit la plupart des bactéries, quelques virus, quelques champignons</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Composés d'ammonium quaternaire • Certains ionophores • Peroxyde d'hydrogène • Solutions d'hypochlorite • Alcools 	Non-critique : <i>équipements qui entrent en contact avec la peau intacte</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Stéthoscope et brassard de tensiomètre • Bassine, urinal, chaise d'aisances • Béquille, attelle

⁴⁵ Les concentrations varient selon le procédé et le niveau de désinfection souhaitée.

Catégorie de microorganismes classés par ordre de sensibilité aux désinfectants chimiques⁴⁶



⁴⁶ SANTÉ CANADA. [Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé](#), p. 14.

Annexe 4

Gestion des déchets biomédicaux

Il y a cinq étapes dans la gestion des déchets biomédicaux⁴⁷ : le tri à la source, l'entreposage, le transport, le traitement et la disposition finale.

⁴⁷ BÉDARD, Sylvie. [Les bonnes pratiques en gestion sécuritaire des matières résiduelles.](#)

1. Le tri à la source

Une bonne gestion des déchets biomédicaux repose sur le tri à la source au lieu de production. Cette pratique permet d'éviter la contamination des autres déchets et d'assurer un traitement approprié à chaque type de déchets. Le tri à la source nécessite l'utilisation de contenants étanches, résistants et qui permettent l'identification de la catégorie de déchets. Ces contenants doivent être adaptés au mode de transport utilisé à l'interne et à l'externe ainsi qu'à la méthode de traitement ou d'élimination prévue.

2. L'entreposage

Un local doit être désigné pour l'entreposage temporaire des déchets biomédicaux. Son accès doit être restreint aux personnes autorisées. Ce local doit être à proximité du lieu de production, avec une identification de biorisques. Il doit être facile d'accès pour les moyens de transport, facilement nettoyable et bien éclairé (ex. : utilité souillée d'une unité de soins).

Les déchets sont ensuite transportés vers l'entreposage final, dans un lieu ou un équipement qui doit être réfrigéré (réfrigérateur ou congélateur), à moins que le traitement ou l'élimination ne soit fait dans les heures qui suivent. Ces lieux ou équipements doivent être réservés à cet usage et bien entretenus. Ils doivent être clairement identifiés, nettoyés et désinfectés régulièrement, verrouillés et accessibles aux travailleurs autorisés seulement. Les déchets biomédicaux ne doivent pas être compactés avant leur traitement, car ils peuvent sortir de leur contenant original et être en contact avec d'autres types de déchets ou blesser quelqu'un qui les manipule. Les déchets biomédicaux non anatomiques peuvent être entreposés avec les déchets généraux lorsqu'ils ont été désinfectés. En ce qui concerne les objets piquants et tranchants, ils doivent être laissés dans leur contenant rigide jusqu'à l'élimination finale.

3. Le transport

Les exigences sur le transport visent à prévenir la libération de microbes et à assurer une identification facile en cas d'urgence.

Le transport interne vise à acheminer, de façon sécuritaire, les déchets biomédicaux au lieu de traitement ou d'entreposage final à l'aide de chariots prévus à cette fin et identifiés de façon appropriée. De plus des moyens et des ÉPI doivent être disponibles pour assurer la santé et la sécurité des travailleurs.

Lors du transport externe, le transporteur doit s'assurer que les déchets qu'il transporte soient bien identifiés et placés dans des contenants adéquats. Le véhicule doit être conçu de façon à faciliter la désinfection régulière et à contenir les écoulements éventuels. Lorsque le transport concerne plus de 50 kg de déchets biomédicaux par mois, le véhicule doit, par ailleurs, être réservé exclusivement au transport des déchets biomédicaux et celui-ci doit pouvoir réfrigérer le contenu afin de limiter la putréfaction et éviter le dégagement d'odeurs, de gaz, ou de liquides pouvant contenir des microbes. Le transport de déchets biomédicaux sans certificat

d'autorisation ne peut jamais être effectué par une compagnie de transport, de taxi ou de livraison.

4. Les modes de traitement

Le producteur connaissant la nature exacte du déchet à traiter est souvent le plus en mesure d'utiliser un procédé de traitement adapté. En désinfectant sur place, les risques additionnels de contamination dus à la manipulation, à l'entreposage et au transport sont grandement diminués.

La désinfection des déchets biomédicaux

Les déchets biomédicaux anatomiques sont incinérés. Les autres peuvent être désinfectés avant d'être éliminés dans un lieu d'enfouissement sanitaire ou incinérés. La désinfection à la vapeur (autoclave) est le traitement le plus utilisé pour les déchets non anatomiques. Les techniques de désinfection chimique, à l'hypochlorite de sodium par exemple, ou thermique, telle celle au four pasteur, peuvent également utilisées.

L'incinération des déchets biomédicaux

L'incinération est un moyen éprouvé pour traiter les déchets et ainsi réduire le volume de déchets à éliminer dans les lieux d'enfouissement sanitaire. Leur nature influence le choix de la technologie d'incinération et d'épuration des gaz d'émission.

5. La disposition finale

Les particularités pour la disposition finale de chacune des catégories se retrouvent dans le tableau synthèse qui suit.

Tableau synthèse⁴⁸

Catégorie	Exemple	Contenant	Traitement
Anatomiques humains	<ul style="list-style-type: none"> Parties détachées du corps humain Organes, tissus excluant les phanères Produits de la conception 	Double sac rouge dans un contenant cartonné ou contenant rouge	Incinération
Anatomiques animaux	<ul style="list-style-type: none"> Parties détachées du corps animal Organes, tissus, carcasses 	Double sac orange dans un contenant cartonné ou contenant rouge	Incinération
Non anatomiques, solides et liquides	<ul style="list-style-type: none"> Contenant de liquides biologiques avec présence de sang Coton, compresse, pansement et autre matériau absorbant imbibé de sang Matériel d'examen et de traitement imbibé de sang Matériel de laboratoire en contact avec du sang ou du matériel biologique Vaccin de souche vivante et culture d'agents infectieux 	Sac jaune dans une boîte cartonnée ou dans un contenant réutilisable prévu à cette fin	<p>Incinération ou enfouissement sanitaire pour les déchets désinfectés</p> <p>Pour le sang et les liquides biologiques, ils peuvent aussi être rejetés aux égouts sanitaires s'ils sont manipulés sécuritairement et si la réglementation municipale le permet</p>
Matériel pointu ou tranchant	<ul style="list-style-type: none"> Aiguille, seringue, scalpel, pinces et autre instrument tranchant souillé de sang ou de liquides biologiques Verrerie, tube, lamelle, etc. souillés de sang ou de liquides ou tissus biologiques 	Contenant rigide jaune	Incinération ou enfouissement sanitaire si désinfecté

⁴⁸ MSSS. [Guide de gestion des déchets du réseau de la santé et des services sociaux.](#)

Annexe 5
Techniques d'hygiène des mains
Eau et savon

[ASSTSAS. Affiche de prévention](#)

Technique de lavage des mains

Eau et savon

► Prévention des infections

Gardez les ongles courts sans vernis et ne portez ni ongles artificiels, ni bijoux.



2 Frottez le bout des doigts.

Frottez les mains, paume contre paume.



6 Encerclez les pouces avec la main opposée et frottez.

Fermez le robinet avec le papier pour éviter de contaminer vos mains de nouveau. Jetez le papier à la poubelle.



1 Mouillez les mains à l'eau tiède. Pour les activités courantes, appliquez du savon régulier en quantité suffisante et faites mousser ; le savon antibactérien doit être réservé à des usages spécifiques.



3



7 Frottez chacun des poignets.



10

► Durée (étapes 2 à 7)

Une grande partie de l'efficacité du lavage est liée à l'action mécanique du frottement. La durée totale des étapes 2 à 7 doit être d'au moins 10 à 15 secondes, et plus si les mains sont visiblement souillées.



4 Entrelacez les doigts et frottez.

Frottez en alternance le dos d'une main avec la paume de l'autre.



5



8 Rincez en vous assurant d'enlever toute trace de savon.



9 Asséchez bien les mains en tapotant avec du papier.

► Zones souvent oubliées lors du lavage.



► Un complément important !

Quatre fois par jour, appliquez un produit hydratant sur vos mains pour aider à maintenir l'intégrité de la peau.

Annexe 6
Techniques d'hygiène des mains
Solution hydro-alcoolique

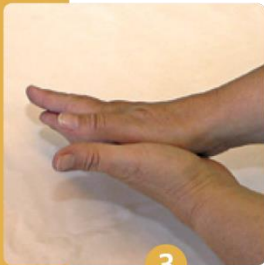
[ASSTSAS. Affiche de prévention](#)

Technique d'hygiène des mains

Solution hydro-alcoolique (SHA)

► Prévention des infections

Gardez les ongles courts sans vernis et ne portez ni ongles artificiels, ni bijoux.



3

Frottez les mains, paume contre paume.



6

Encerchez les pouces avec la main opposée et frottez.

► Mise en garde

Utilisez la solution hydro-alcoolique (SHA) uniquement sur des mains sèches : l'humidité dilue le produit et en diminue l'efficacité.

Si les mains sont visiblement souillées, lavez-les à l'eau et au savon plutôt que d'utiliser la solution hydro-alcoolique (SHA).



1

Dans la paume de la main, appliquez la quantité de produit prescrite par le fabricant.



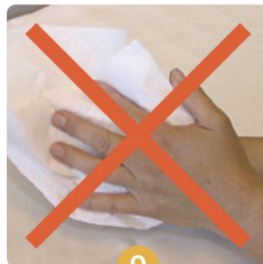
4

Entrelacez les doigts et frottez.



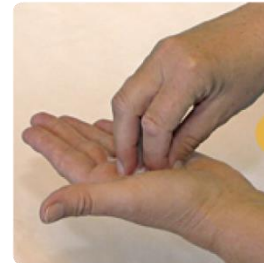
7

Frottez chacun des poignets.



9

Ne pas essuyer les mains.



2

Trempez le bout des doigts dans le produit ; transférez le reste dans l'autre main et trempez-y le bout des doigts.



5

Frottez en alternance le dos d'une main avec la paume de l'autre.



8

Laissez sécher à l'air ou frottez jusqu'à ce que les mains soient sèches.

► Zones souvent oubliées lors du lavage.



Annexe 7

Étapes pour mettre les ÉPI

ASSTSAS. [Affiche de prévention Équipements de protection individuels \(ÉPI\)](#)

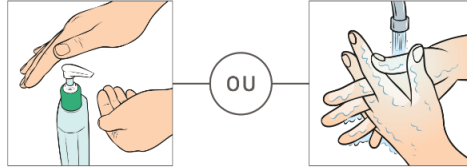
NB : pour certains pathogènes, les ÉPI pourraient être augmentés et la procédure revue.

ÉTAPES POUR METTRE LES ÉPI

PRÉPARATION

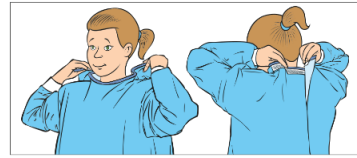
- › S'assurer que les ÉPI sont sans défauts et de la bonne taille.
- › Enlever les bijoux, attacher les cheveux longs.

PROCÉDER À L'HYGIÈNE DES MAINS



1 BLOUSE

- › Enfiler la blouse, l'attacher au cou et à la taille.



2 MASQUE

OU

APR

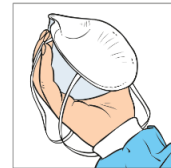
- › Placer un masque ou un masque avec visière sur le visage en couvrant le nez et le menton, et l'attacher.



- › Modeler la pince nasale à la forme du nez.



- › Prendre un appareil de protection respiratoire (APR) dans le creux de la main en laissant pendre les courroies.



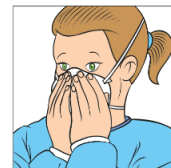
- › Placer l'APR pour couvrir le menton et le nez.



- › Passer la courroie supérieure et la placer sur le dessus de la tête ; passer la courroie inférieure et la placer autour du cou, sous les cheveux.

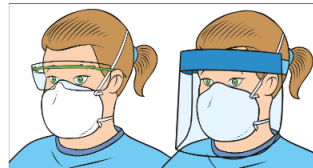


- › S'il y a une pince nasale, la modeler à la forme du nez et vérifier l'étanchéité de l'APR.



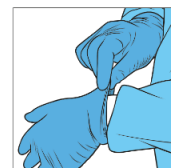
3 PROTECTION OCULAIRE

- › Mettre les lunettes ou la visière.



4 GANTS

- › Mettre les gants, couvrir les poignets de la blouse.



Annexe 8

Étapes pour retirer les ÉPI

ASSTSAS. [Affiche de prévention Équipements de protection individuels \(ÉPI\)](#)

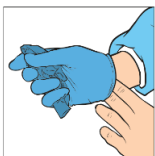
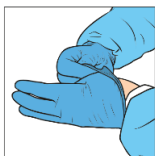
NB : pour certains pathogènes, les ÉPI pourraient être augmentés et la procédure revue.

ÉTAPES POUR RETIRER LES ÉPI

1

GANTS

- Pour retirer les gants, saisir la surface extérieure d'un des gants en le pinçant au haut de la paume.
- Écarter le gant de la paume en le tirant vers les doigts et le retourner sur lui-même.
- Le chiffonner en boule et le garder dans la main gantée.
- Glisser l'index et le majeur nus sous la bande de l'autre gant sans toucher l'extérieur.
- Écarter le gant de la paume en le tirant vers les doigts et le retourner sur lui-même. L'étirer pour que le premier gant entre dedans. Puis jeter les gants dans le contenant approprié.

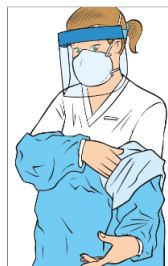


PROCÉDER À L'HYGIÈNE DES MAINS

2

BLOUSE

- Détacher la blouse sans se contaminer.
- Saisir la base des attaches du cou et ramener la blouse vers l'avant.
- Saisir l'intérieur de la manche opposée, la faire glisser sans la retourner pour dégager la main.
- Avec la main dégagée, procéder de la même façon pour retirer l'autre manche.
- Rouler la blouse en boule en évitant de toucher l'extérieur.
- Jeter dans le contenant approprié.

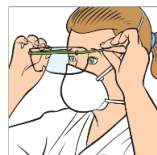


PROCÉDER À L'HYGIÈNE DES MAINS

3

PROTECTION OCULAIRE

- Pour retirer les lunettes ou la visière, manipuler l'équipement par les côtés ou l'arrière et en évitant de toucher le devant. Jeter dans le contenant approprié.



4

MASQUE

OU

APR

- Pour retirer le masque, détacher les attaches du bas et celles du haut (ou saisir les élastiques).
- Tirer le masque vers l'avant à l'aide des attaches en évitant de toucher l'extérieur.
- Jeter dans le contenant approprié.



PROCÉDER À L'HYGIÈNE DES MAINS ET SORTIR DE LA PIÈCE

- Pour retirer l'APR, pencher la tête légèrement vers l'avant, passer la courroie inférieure par-dessus la tête puis la courroie supérieure en évitant de toucher le filtre.
- Jeter dans le contenant approprié.



PROCÉDER À L'HYGIÈNE DES MAINS

La méthode recommandée pour le retrait de la blouse est celle prônée par les membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), à la suite d'une consultation (voir « [Équipements de protection individuels : une affiche améliorée !](#) », *OP (Objectif prévention)*, vol. 39, n° 3, 2016, p. 3).

Annexe 9

Étapes clés pour utiliser l'appareil de protection respiratoire N95

ASSTSAS. [Dépliant de prévention](#)

Avant d'entrer DANS LA ZONE CONTAMINÉE

Placer le N95

- Placer le N95 dans le **creux de la main**. Laisser pendre les courroies librement (modèles type coquille).
- Placer le N95 sous le menton en dirigeant la bande nasale de façon à recouvrir le nez.
- Passer la courroie **supérieure** par-dessus la tête et la placer sur le dessus de la tête.
- Passer la courroie **inférieure** par-dessus la tête et la placer autour du cou, sous les oreilles et sous les cheveux.
- Les courroies ne doivent pas être croisées ni tournées sur elles-mêmes. **Ne jamais raccourcir** les courroies en tirant sur celles-ci au niveau de l'attache.



- Note : s'il y a une pince nasale métallique, placer l'index et le majeur des deux mains en haut de la pince. Modeler la section nasale à la forme du nez.



1 TEST D'ÉTANCHÉITÉ à pression négative

- Placer les mains sur le N95 sans l'écraser.
- Inhaler profondément pendant quelques secondes pour créer un vide.
- Si l'essai est effectué correctement et que l'étanchéité est bonne, le N95 devrait s'affaisser légèrement sur le visage.
- Sinon, repositionner le N95 et reprendre l'essai. Au besoin, effectuer plusieurs inhalations.



2 TEST D'ÉTANCHÉITÉ à pression positive

- Souffler de l'air dans le N95.
- Si l'étanchéité est bonne, le N95 bombra légèrement. Sinon, l'air s'échappe.
- Repositionner alors le N95 et reprendre l'essai. Au besoin, souffler à plusieurs reprises.

Si le résultat à l'un de ces deux tests n'est pas concluant, n'entrez pas dans la zone où le port du N95 est requis et avisez immédiatement votre superviseur de la situation.

Après avoir quitté LA ZONE CONTAMINÉE

Enlever le N95

- Suivre la séquence recommandée par votre établissement pour le retrait des équipements de protection individuels.
- Éviter de toucher au filtre du N95.
- Passer la courroie **inférieure** par-dessus la tête.
- Passer la courroie **supérieure** par-dessus la tête.
- Mettre au rebut.



Annexe 10

Lexique⁴⁹

⁴⁹ Extrait principalement du petit dictionnaire dans « Vivre avec les microbes » publié par la CSN, p. 259-269.

Aérosolisation :	passage de particules plus grosses (ex. : des gouttelettes) en particules très fines (aérosols).
Aérosols :	particules très fines tenues en suspension dans l'air ou dans un gaz. Elles peuvent provenir de l'expiration ou de la toux des personnes, de gouttelettes déshydratées avec le temps dont la taille est diminuée ou de certaines opérations en laboratoire. Les aérosols échappent plus facilement que les gouttelettes (plus grosses) au système de défense des voies aériennes supérieures et des bronches et peuvent atteindre les alvéoles pulmonaires. Quand on utilise des masques pour se protéger des aérosols, le fabricant indique en microns (millionième de mètre) la taille des particules qu'ils peuvent filtrer.
Anticorps :	substances produites par l'organisme pour se défendre des substances qui lui sont étrangères. Elles ont la propriété de se combiner d'une manière spécifique à certaines substances étrangères (antigènes) qui leur correspondent.
Antigène :	substance qui, apparaissant dans un organisme qui ne la possédait pas, provoque chez celui-ci la formation d'un anticorps spécifique avec lequel elle peut se combiner d'une manière élective.
Antiseptique :	substance chimique applicable sur les tissus vivants qui tue les microbes ou les empêche de se développer ou de se multiplier. À distinguer des désinfectants qu'on utilise sur les objets, les surfaces...
Champignon :	microbe végétal vivant en parasite et pouvant causer des maladies infectieuses comme le pied d'athlète, la teigne du cuir chevelu, des onychomycoses (infections sous les ongles) qui peuvent affecter des travailleurs qui œuvrent en milieu humide.
Contagieux :	capable de se transmettre d'une personne à l'autre ; synonyme d'infectieux et de transmissible.
Contagiosité :	capacité d'un microbe de se transmettre d'une personne à une autre. La période de contagiosité désigne la période pendant laquelle un microbe peut être transmis, directement ou indirectement, d'une personne infectée à une autre personne, d'un animal infecté à une personne et vice versa.

Contamination :	présence de microbes sur les surfaces extérieures du corps et aussi sur ou dans les vêtements, la literie, les jouets, les instruments médicaux ou des objets inanimés ou encore dans l'eau et les aliments. Ce terme s'applique donc aux objets comme aux êtres vivants (on peut dire contamination des poissons dans la rivière). À distinguer de la contagion qui est la transmission d'un microbe d'une personne à une autre personne et de la pollution qui implique la présence dans le milieu de matières nuisibles, mais pas nécessairement infectieuses.
Décontamination :	élimination des microbes de façon qu'un équipement puisse être manipulé ultérieurement en toute sécurité.
Épidémiologique :	relatif à l'épidémiologie ; étude des rapports existant entre les maladies et divers facteurs (mode de vie, milieu ambiant ou social, particularités individuelles) susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution, leur évolution.
État sérologique :	présence ou absence dans le sérum d'anticorps ou d'antigènes spécifiques à une infection permettant de connaître la présence ou l'absence de virus, la contagiosité ou la protection du bénéficiaire en regard de ce virus.
Exposition :	le fait pour une personne d'être en contact avec quelque chose (par exemple, un microbe) qui peut avoir pour elle un effet nocif. Une personne exposée ne devient pas nécessairement infectée.
Immunité :	capacité d'un organisme de résister à un microbe. Cet état peut être dû à la présence d'anticorps, soit à la suite d'un contact antérieur, soit à la suite d'une vaccination.
Immunoglobulines :	substances présentes dans le sang et dans divers liquides biologiques qui jouent un rôle essentiel dans la défense de l'organisme contre les microbes. En pharmacie, il s'agit d'anticorps préfabriqués qui peuvent être administrés à la suite d'une exposition à des microbes pour prévenir le développement de la maladie.

Incidence :	nombre de nouveaux cas d'une maladie ou de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée et dans une population déterminée. Il est toujours préférable de préciser si l'incidence a été calculée d'après le nombre de cas de la maladie ou d'après le nombre de personnes atteintes, car une même personne peut être atteinte plusieurs fois de la même maladie au cours d'une période donnée.
Incubation (période d') :	intervalle entre l'exposition à un microbe et l'apparition des premiers signes ou symptômes de la maladie.
Infection :	pénétration dans un hôte d'un microbe potentiellement nuisible. Condition dans laquelle un microbe nuisible pénètre dans le corps et provoque une réponse du système immunitaire de l'hôte ; l'infection peut ou non conduire à la maladie au sens clinique. Toutes les maladies infectieuses sont précédées d'une infection, mais toutes les infections ne provoquent pas de symptômes de maladie, ni même de maladies.
Maladie professionnelle :	maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers du travail.
Microbe :	ce mot vient de micro = petit, et de bios = vie. Il a le même sens que le mot microorganisme : être vivant microscopique. Le terme microorganisme tend à remplacer celui de microbe, bien que l'on continue à parler de maladies microbiennes. Les microorganismes comprennent non seulement les bactéries, mais aussi les champignons microscopiques, les virus et certains protozoaires. Ils sont à l'origine des maladies infectieuses bactériennes et virales, des parasitoses (telles que le paludisme) et des mycoses.
Parasite :	animal, végétal ou bactérie qui vit aux dépens d'un individu d'une autre espèce dont il altère parfois la santé.
Porteur :	personne colonisée de façon persistante (culture positive) par un microbe donné, dans une ou plusieurs localisations, mais qui ne présente aucun signe ou symptôme d'infection.
Précautions :	interventions visant à réduire le risque de transmission de microbes d'un bénéficiaire à l'autre, d'un bénéficiaire à des travailleurs de la santé et de travailleurs de la santé à des bénéficiaires.

- Prévalence :** nombre de cas liés à une maladie spécifique ou à un événement de santé, recensés dans une population déterminée, à un moment donné, et exprimés en pourcentage, sans distinction entre les nouveaux cas et les anciens cas. Il ne faut pas confondre les concepts d'« incidence » et de « prévalence ». L'incidence ne s'applique qu'aux cas nouveaux, alors que la prévalence se rapporte à tous les cas, anciens et nouveaux.
- Prion :** particule infectieuse qui serait à l'origine de maladies dites à « virus lents » comme la maladie de Creutzfeldt-Jacob ou la maladie de la vache folle.
- Prophylaxie postexposition :** traitement médical préventif pour empêcher l'apparition, le développement ou l'extension d'une maladie après une exposition à un microbe.
- Réceptivité :** état d'une personne dont la résistance à un microbe particulier est insuffisante pour prévenir la maladie après l'exposition.
- Séroconversion :** modification dans le sérum, par exemple, apparition ou disparition d'un anticorps. Cette séroconversion peut s'exprimer en séropositivité (présence d'anticorps contre un microbe) et en séronégativité (absence d'anticorps).
- Transmissible :** capable de se transmettre d'une personne à l'autre ; synonyme d'infectieux et de contagieux.
- Virulence :** capacité d'un microbe de causer la maladie chez l'hôte une fois qu'il y a pénétré. La virulence peut varier selon une large échelle, depuis des souches de microbes qui causent presque toujours une infection inapparente (asymptomatique) jusqu'à celles qui causent habituellement la maladie, et finalement celles qui entraînent fréquemment la mort. À relier à la gravité de la maladie.