

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS EN AUDIOLOGIE

Mars 2010



GROUPE INTERORGANISATIONNEL POUR L'ORTHOPHONIE ET L'AUDIOLOGIE

Avis de non-responsabilité

Bien que toutes les mesures aient été prises pour assurer la précision du contenu de ces lignes directrices, les auteurs et le Groupe interorganisationnel pour l'orthophonie et l'audiologie n'assument aucune responsabilité face aux pertes, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses qui découleraient d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de cet ouvrage.

Groupe interorganisationnel pour l'orthophonie et l'audiologie

Le Groupe interorganisationnel canadien pour l'orthophonie et l'audiologie regroupe les organismes suivants : l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de l'audiologie et de l'orthophonie (ACO), l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) et l'Académie canadienne d'audiologie (ACA), représentant les associations professionnelles, ainsi que le Conseil d'agrément des programmes universitaires canadiens (CAPUC) en sciences et troubles de la communication. Son mandat est de coordonner le travail des organismes de réglementation, des associations professionnelles et des universités dans le cadre de projets/d'activités ayant un intérêt commun dans le but d'améliorer les professions d'orthophoniste et d'audiologiste, ainsi que de collaborer à l'établissement de normes et de lignes directrices pour la pratique clinique.

Mise à jour et examen

On recommande que le contenu de ce document soit examiné et mis à jour tous les trois ans, ou au besoin dans les cas où il y aurait des changements importants dans les mesures de prévention des infections.

Changements aux liens Internet

Les adresses de sites Web dans ce manuel ont été vérifiées au moment de la publication de ce document. Toutefois, les liens Internet changent fréquemment et peuvent devenir désuets. Les sites Web indiqués ne sont pas gérés par le Groupe interorganisationnel pour l'orthophonie et l'audiologie. Le groupe interorganisationnel n'est donc pas responsable du contenu des liens donnés, y compris de tout lien contenu dans un lien donné ou tout changement ou mise à jour d'un lien donné.

Remerciements

Le Groupe interorganisationnel pour l'orthophonie et l'audiologie et le Comité des lignes directrices sur la prévention des infections en audiologie aimeraient souligner particulièrement le travail des groupes suivants : le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (CCRA), le Dr. A.U. Bankaitis et le Dr. R. Kemp et l'Ordre des orthophonistes et audiologistes de l'Ontario (OOAO), qui ont accepté que leurs documents intitulés *Pratiques exemplaires de la prévention et du contrôle des infections pour les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires, y inclus les bureaux de soins de santé et les cliniques de soins ambulatoires* et *Infection Control for Regulated Professionals* (en anglais seulement), respectivement, soient reproduits avec permission. Une portion importante du contenu et des concepts de ces documents a servi à créer les présentes lignes directrices pour l'audiologie.

Auteurs

Les membres du Comité des lignes directrices sur la prévention des infections en audiologie ont une expérience de la prestation de services cliniques dans divers milieux de pratique publique et privée auprès de populations pédiatriques et adultes. Des membres du comité ont également agi dans les domaines de l'enseignement universitaire, de la représentation de fabricants et de l'administration.

Patti-Jo Sullivan, M.Sc., AuD., R.Aud., F-AAA, *présidente*, Alberta

Jennifer Henley, AuD., R.Aud., A(C), Alberta

Marianne McCormick, M.Sc., AuD., A(C), Colombie-Britannique

Jillian Mills, M.Sc., AuD., Ontario

Ann Marie Newroth, M.Sc., Colombie-Britannique

Julie Purdy, Ph.D., membre OAOO, Ontario

En collaboration avec le Comité des lignes directrices sur la prévention des infections en orthophonie.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
RAISON D'ÊTRE ET PORTÉE DE CET OUVRAGE	2
PRINCIPES DIRECTEURS	3
LA SCIENCE DE LA PRÉVENTION DES INFECTIONS	4
<i>Le système immunitaire</i>	4
<i>Processus d'infection</i>	4
PRÉCAUTIONS	7
<i>Précautions standard ou habituelles</i>	7
<i>Précautions additionnelles</i>	8
PRÉCAUTIONS STANDARD OU PRATIQUES DE ROUTINE	9
<i>Lavage des mains</i>	9
<i>Évaluation du risque</i>	10
<i>Stratégies de réduction du risque</i>	11
<i>Étiquette respiratoire</i>	12
<i>Accommodation du client</i>	12
<i>Équipement de protection individuelle</i>	12
<i>Nettoyage, désinfection et stérilisation</i>	16
<i>Lessive</i>	20
<i>Gestion des déchets</i>	21
<i>Pratiques pour un milieu de travail sain</i>	21
CONCLUSION	25
ANNEXE A	26
ANNEXE B	27
GLOSSAIRE	29
RÉFÉRENCES	34

INTRODUCTION

La prévention des infections en audiologie est « *la gestion consciente du milieu clinique dans le but de minimiser ou d'éliminer la dispersion potentielle de la maladie* ». ¹ Les stratégies de prévention des infections visent à protéger les clients*, les prestataires de soins de santé et la communauté. La recherche démontre que les infections liées aux soins de santé causent une morbidité et une mortalité importantes, et au moins 30 % des infections liées aux soins de santé peuvent être prévenues grâce au respect de stratégies de prévention des infections. ²

Les audiologistes ont la responsabilité d'assurer la sécurité des patients qu'ils servent. La pratique de la profession nécessite un contact rapproché avec les patients. Le patient et le clinicien sont donc exposés à de multiples éléments dans l'environnement qui ont eu un contact direct et indirect fréquent avec de multiples personnes (p. ex., les écouteurs, les embouts d'immitance, les électrodes, les tubes à sonde, etc.), ce qui accroît le risque d'exposition aux microorganismes infectieux. ³

De plus, les services de soins de l'audition apportés par un audiologiste sont sollicités par des populations de patients diverses du point de vue de l'âge, de l'état socio-économique, des maladies préexistantes, des antécédents d'interventions pharmaceutiques et autres, ce qui peut influencer l'intégrité de leur système immunitaires et leur capacité à combattre les microorganismes potentiellement infectieux, et ainsi les rendre plus susceptibles de contracter une infection. ⁽³⁾ En outre, quoique le cérumen ne soit pas considéré infectieux à moins d'être contaminé par le sang ou les muqueuses, on doit toujours le traiter comme une substance infectieuse. ¹

Par conséquent, tous les audiologistes et les patients sont des porteurs d'infection ou sont à risque de devenir infectés. Il incombe à chaque audiologiste de mettre en œuvre des pratiques de prévention des infections afin de maintenir un environnement sain et sécuritaire pour la prestation de soins auditifs. Les audiologistes jouent un rôle essentiel dans l'établissement et la mise en œuvre des programmes de prévention des infections, qu'ils travaillent seuls ou au sein d'équipes interprofessionnelles. ⁴

RAISON D'ÊTRE ET PORTÉE DE CET OUVRAGE

Ces lignes directrices ont pour but de fournir aux audiologistes des renseignements succincts et pratiques sur la prévention des infections qui s'appliquent à tous les milieux de la pratique clinique. Ces milieux comprennent, entre autres, les cliniques ambulatoires et communautaires (y compris les milieux de pratique privée), les garderies et les écoles, les établissements de soins de longue durée (soit les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées et les foyers de groupe), les foyers privés et les hôpitaux (soit les unités de soins infirmiers et de soins intensifs).

* Client/patient : personne qui reçoit des services d'audiologie. Ces termes seront utilisés de façon interchangeable dans le présent document.

Ce document décrit les **précautions standards**[†] ou **habituelles** pertinentes pour la profession. Santé Canada⁵ utilise le terme « **pratiques habituelles** » pour désigner les pratiques recommandées au Canada pour prévenir la transmission des **microorganismes**. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS),⁴ les précautions standard ou habituelles doivent être utilisées avec tous les clients et en tout temps, peu importe le diagnostic ou l'état de contagion. Des précautions additionnelles, y compris les **précautions contre la transmission par contact, par gouttelettes et par voie aérienne**, pourraient être nécessaires dans certaines situations où les précautions habituelles ne sont pas suffisantes pour prévenir la transmission de la maladie.

Ce document vise à guider la pratique clinique et la prise de décisions sur les questions de prévention des infections. On encourage les audiologistes à réfléchir sur leur propre pratique, ainsi que sur leurs procédures habituelles d'évaluation et d'intervention, en lisant le contenu de ces lignes directrices. Dans certains cas, les recommandations indiquées feront déjà partie de la pratique de l'audiologiste, alors que dans d'autres cas, l'audiologiste pourrait devoir modifier sa pratique clinique pour y intégrer le respect des lignes directrices de prévention des infections. Les audiologistes devraient également connaître et respecter les politiques de l'employeur et/ou de l'organisme, les lois sur la santé et la sécurité au travail, ainsi que toute norme provinciale additionnelle sur la prévention des infections, le cas échéant.

PRINCIPES DIRECTEURS

1. Les stratégies de prévention des infections sont conçues pour protéger les clients, les audiologistes, les autres prestataires de soins et la communauté.⁶
2. **Les infections liées aux soins de santé** peuvent être prévenues et/ou minimisées grâce au respect des stratégies de prévention des infections.⁶
3. Les audiologistes respectent les pratiques de prévention des infections en tout temps et ont recours un esprit critique et à la résolution de problèmes pour gérer les situations cliniques.⁶
4. Pour assurer la mise en œuvre systématique des mesures de prévention des infections, chaque audiologiste est appelé à jouer un rôle important afin de protéger tous ceux qui ont recours aux systèmes de soins de santé et d'éducation dans toutes leurs formes.
5. Les audiologistes comprennent les compétences de base pour la prévention des infections suivantes, qui sont requises pour protéger leurs patients et se protéger eux-mêmes dans leur milieu de travail :⁷
 - Comprend la microbiologie de base et comment les infections peuvent être transmises dans les milieux de soins de santé
 - Comprend les précautions fondées sur les modes de transmission
 - Comprend les activités des pratiques habituelles/précautions standard
 - Comprend l'importance de se laver les mains

[†] Tous les termes en caractères gras verts sont définis dans le glossaire.

- Connaît, choisit et utilise l'équipement de protection individuelle approprié pour son travail
- Saisit la différence entre les articles propres, désinfectés et stériles
- Reconnaît que l'équipement réutilisable qui est entré en contact direct avec un patient doit être nettoyé et retraité avant d'être utilisé avec un autre patient
- Utilise des habiletés d'évaluation critique en ce qui a trait aux agents infectieux, se tient au courant des éclosions locales et utilise des protocoles pour les maladies infectieuses
- Comprend le rôle des vaccins dans la prévention de certaines infections
- Connaît les maladies infectieuses pour lesquelles il faut s'absenter du travail ou restreindre ses tâches au travail

LA SCIENCE DE LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

Le système immunitaire

Le système immunitaire, le mécanisme de défense du corps, est un réseau complexe de cellules spécialisées, de tissus et d'organes qui a évolué de façon à défendre le corps contre les attaques d'agents envahissants « étrangers ». Quand il fonctionne adéquatement, le corps peut combattre l'invasion de microbes comme les **bactéries**, les **virus**, les **champignons** et les **parasites**.⁸ La résistance aux microorganismes pathogènes peut varier grandement d'une personne à l'autre. Certains peuvent être immunisés contre l'infection ou capables de résister à la **colonisation** par un agent infectieux. Par contre, d'autres personnes exposés au même microorganisme peuvent devenir porteurs asymptomatiques. D'autres encore développeront la maladie. La susceptibilité à l'infection varie selon divers facteurs, y compris l'âge, les maladies sous-jacentes et les défaillances de la « première ligne de défense » (par exemple, les facteurs comme les chirurgies, l'anesthésie ou les procédures invasives). Les pratiques de soins personnels comme l'hygiène orale, le lavage des mains et l'étiquette respiratoire peuvent aussi réduire les risques d'infection.

Les patients dont le système immunitaire est compromis pourraient ne pas pouvoir combattre l'infection par les microbes susmentionnés qui causent rarement la maladie ou l'infection chez les personnes en santé. Les microbes inoffensifs qui existent dans l'environnement peuvent, dans certaines circonstances, causer des maladies graves et mettre en danger la vie des personnes avec certains niveaux d'immunovulnérabilité.¹ Les infections qui prennent avantage d'une faiblesse des défenses immunitaires s'appellent « infections opportunistes ». Afin de prévenir les infections, il est essentiel que les audiologistes comprennent le concept des infections opportunistes, car nombre de leurs patients peuvent être immunovulnérables d'une façon ou d'une autre.

Processus d'infection

Pour qu'une infection puisse se produire, le microbe doit avoir un mode de transmission ainsi qu'une voie de transmission jusqu'à l'hôte susceptible. Le mode de transmission de la maladie est la façon dont l'agent potentiellement infectieux obtient un accès à un hôte susceptible.¹ Les orifices naturels, y compris le nez, les yeux et la bouche, sont

des points d'entrée naturels, et on les appelle des voies de transmission. Toute rupture de la peau, comme les coupures, les entailles, les égratignures et les mains craquées sont des voies fréquemment employées par les microbes pour accéder à l'hôte susceptible. Une fois dans le corps, le microbe doit pouvoir se reproduire et résister au système immunitaire pour produire une maladie.

Il est important de connaître les moyens grâce auxquels la maladie est transmise pour établir des mesures de prévention des infections adéquates. Chaque maladie se propage d'une façon particulière selon la nature du microbe qui la cause (voir tableau 1). Les types de transmission peuvent coexister; certaines maladies peuvent être transmises de plus d'une façon.

Adapté du document *Infection Control in the Audiology Clinic*, par Bankaitis et Kemp (2005). Reproduit avec la permission d'Auban Inc.

Table 1: Aperçu des maladies infectieuses et des microbes communs, des catégories microbiennes de l'agent causatif ou microbien et des complications associées pertinentes dans les milieux où se déroule l'ajustement des prothèses auditives

Maladie	Catégorie microbienne	Complications
<i>Aspergillus</i>	champignon	Infection cutanée
<i>Candida</i>	champignon	Candidose, maladie cutanée de la peau et des ongles, infection des muqueuses orales, œsophagiennes, bronchiales et/ou vaginales, infection systémique, méningite, endocardite, infection pulmonaire
Cytomégalovirus	virus	Symptômes d'allure grippale légers, infection généralisée modérée à sévère, endommagement du foie ou de la rate, perte auditive neurosensorielle, troubles visuels, dysfonction cognitive
Grippe	virus	Infection respiratoire, fièvre, frissons, maux de tête, myalgie, toux, mal de gorge
Hépatite B	virus	Symptômes d'allure grippale, jaunisse, fièvre, dommages au foie, mort
Herpès simplex	virus	Conjonctivite herpétique, douleur, inconfort, inflammation suppurative des doigts
Infection streptococcique	bactérie	Pneumonie, inflammation suppurative, endocardite, problèmes de reins
Otite externe	bactérie, champignon	Démangeaison et sécheresse de la peau du canal auditif externe, rougeur, œdème, douleur
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	bactérie	Bactériémie, endocardite, otite externe chronique, otite maline, otite externe, infections pulmonaires, infections oculaires
Rhume	virus	Toux, faible fièvre occasionnelle, malaise
SIDA	virus (VIH)	Vaste gamme d'infections opportunistes pouvant causer un malaise, des troubles de l'audition, une infection systémique, la mort
SRAS	Prion (virus)	Fièvre, maux de tête, douleurs corporelles, inconfort, toux sèche, détresse respiratoire, mort
<i>Staphylococcus</i> à coagulase négative	bactérie	Folliculite, furoncle, abcès, bactériémie, endocardite, pneumonie, ostéomyélite

Maladie	Catégorie microbienne	Complications
<i>Staphylococcus aureus</i>	bactérie	Folliculite, furoncles, abcès, bactériémie, endocardite, pneumonie, ostéomyélite
Tuberculose	bactérie	Toux sèche persistante, infection pulmonaire chronique, malaise, faiblesse, perte d'appétit, perte de poids, fièvre, frissons, sueurs nocturnes
Varicelle	virus	Conjonctivite, zona, encéphalite
Zona	virus	Éruptions vésiculaires douloureuses, inconfort

La liste dans le tableau 1 n'est pas exhaustive. À mesure que de nouveaux agents infectieux font surface, par exemple le virus de la grippe H1N1, les prestataires de soins de santé doivent se tenir au courant de ces agents, de leurs symptômes et des pratiques recommandées pour la prévention des infections (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

Il existe quatre principaux modes de transmission de la maladie : la transmission par contact, par véhicule, par voie aérienne et par vecteur.¹

1. **Transmission par contact** : mode de transmission de la maladie le plus fréquent dans les milieux de soins de santé. La maladie est transmise quand une personne touche ou entre en contact avec un objet potentiellement infectieux. La transmission par contact peut être directe, indirecte ou par gouttelettes.
 - a. *Transmission par contact direct* : type de transmission par contact qui nécessite une proximité physique étroite entre la personne infectée et la personne susceptible, ainsi qu'un transfert de microorganismes. Le contact direct comprend toucher une personne infectée, les baisers, le contact sexuel, le contact avec les sécrétions orales et le contact avec les lésions corporelles. Les maladies transmises exclusivement par contact direct ne peuvent pas survivre pendant une période significative sans un hôte.⁹
 - b. *Transmission par contact indirect* : décrit les situations où une personne susceptible est infectée en raison d'un contact avec une surface contaminée. Certains organismes peuvent survivre sur une surface pour une période prolongée. Le microbe a donc déjà été transmis de son gîte initial à une surface secondaire. Les surfaces souvent touchées comprennent les poignées de porte, les rampes, les tables, les chaises, les surfaces de la salle de bain, les claviers et souris d'ordinateur, les fournitures de bureau et les jouets.⁹ On décourage l'utilisation de toute surface touchée qui ne peut pas être facilement nettoyée et désinfectée.
 - c. *Transmission par gouttelettes* : certaines maladies peuvent être transmises quand des gouttelettes infectées touchent la surface des yeux, du nez ou de la bouche directement ou indirectement. Les gouttelettes contenant des microbes peuvent être créées lorsqu'une personne infectée tousse, éternue ou parle. Les gouttelettes sont trop grosses pour rester dans l'air pendant de longues périodes et tombent rapidement au sol.⁹ Elles mesurent généralement plus de 5 microns et sont propulsées sur de courtes distances

de moins d'un mètre.¹⁰ La rougeole et le SRAS sont des exemples de maladies pouvant être transmises par gouttelettes.⁹ L'étiquette respiratoire est un élément important à envisager pour prévenir la transmission de sécrétions par gouttelettes.

2. **Transmission par véhicule** : se produit lorsque la maladie est transmise lors de l'ingestion de substances contaminées ou l'exposition à de telles substances, soit la nourriture, l'eau, le sang ou les substances corporelles. Un exemple d'une telle transmission est l'ingestion de nourriture contaminée par la salmonelle causant une intoxication alimentaire. Ce type de transmission peut également se produire quand les stocks de sang et de produits sanguins d'un service de transfusion sont contaminés par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou les virus de l'hépatite.⁹
3. **Transmission par voie aérienne** : décrit les situations où des résidus de gouttelettes évaporées ou des particules de poussière contenant des microbes peuvent demeurer suspendus dans l'air.⁹ Ces résidus peuvent rester dans l'air pendant de longues périodes et sont répandus par les courants d'air dans une salle ou sur de longues distances. Ces organismes doivent pouvoir survivre à l'extérieur du corps et résister à l'assèchement.⁹ La transmission par voie aérienne permet aux organismes de pénétrer dans les voies respiratoires supérieures et inférieures. Les maladies transmises de cette façon comprennent la grippe, la coqueluche, la pneumonie, la tuberculose, la rougeole et la varicelle.⁹ Il est particulièrement important d'utiliser des mesures de prévention environnementales (p. ex. systèmes de ventilation et de traitement de l'air appropriés), mais on recommande également une **hiérarchie de mesures de prévention**. Une telle hiérarchie comprend l'utilisation d'**équipement de protection individuelle**.
4. **Transmission par vecteur** : les vecteurs sont des animaux ou des insectes porteurs de maladie qui peuvent transmettre la maladie en interagissant avec l'hôte susceptible. Les vecteurs peuvent être, entre autres, les mouches, les mites, les puces et les chiens.⁹ Les vecteurs de transmission de maladie les plus communs sont le moustique, qui transmet la malaria, le virus du Nil occidental et la fièvre jaune, et la tique, qui transmet la maladie de Lyme.^{9, 11} Les vecteurs sont mobiles, ce qui augmente la portée de transmission de la maladie.

PRÉCAUTIONS

Précautions standard ou habituelles

Tel que décrit ci-haut, les précautions standard ou habituelles doivent être utilisées avec tous les clients et en tout temps, peu importe leur diagnostic ou état de contagion.⁴ Elles sont les normes ou activités minimales attendues.⁷

Les précautions jugées standard/habituelles comprennent :

- le lavage des mains
- l'évaluation des risques en fonction des symptômes du client, des soins et de la prestation de services, y compris un dépistage des maladies infectieuses, de la fièvre, des symptômes respiratoires, des éruptions cutanées, de la diarrhée, des excréments et des sécrétions
- les stratégies de réduction du risque, comme la promotion de l'étiquette respiratoire, l'accommodation des clients, l'utilisation d'équipement de protection individuelle, etc.
- le nettoyage de l'environnement, la désinfection et la stérilisation de l'équipement à usage multiple et unique et des surfaces fréquemment touchées
- la lessive et la gestion des déchets
- la prévention des blessures sur les objets tranchants et la gestion des expositions
- les pratiques d'un milieu de travail sain, y compris la sensibilisation des audiologistes, des clients, de leurs familles et des autres membres du personnel au sujet des immunisations recommandées et des temps où on recommande de rester à la maison et de ne pas venir travailler

Le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (CCRA)² (<http://www.ccar-ccra.com/french/pdfs/HygieneGuideFormat-FR-AUG08FINAL.pdf>) offre des feuilles de renseignements qui présentent nombre des précautions standard ou habituelles ci-dessus. Ces feuilles peuvent être utilisées par le public et réimprimées sans permission spéciale (sauf indication contraire).

Les précautions standard ou habituelles suivies par un astérisque (*) ont une feuille de renseignements que vous pouvez consulter en cliquant sur l'hyperlien donné. De plus, l'annexe B du présent document, *Exemple d'un outil d'évaluation pour la mise en œuvre des pratiques de prévention des infections* (adapté des documents du CCRA) donne également une liste des pratiques habituelles que les audiologistes doivent mettre en œuvre dans leur milieu clinique.

Précautions additionnelles

Il pourrait être nécessaire d'utiliser des précautions additionnelles dans certaines situations où les pratiques habituelles ne sont pas suffisantes pour prévenir la transmission d'infections, par exemple avec les patients qui ont une maladie hautement contagieuse ou qui sont colonisés par un organisme résistant aux antibiotiques (par exemple la tuberculose, la rougeole ou le MRSA). Les précautions additionnelles doivent être mises en place dès qu'elles sont indiquées par un mécanisme déclencheur comme l'histoire de cas, le diagnostic, les symptômes d'une infection ou un rapport de laboratoire. Il existe trois catégories de précautions additionnelles, soit pour les microorganismes transmis par voie aérienne, par contact et par gouttelettes. On recommande aux prestataires de soins de santé de consulter un agent de prophylaxie des infections au sein de leur organisme ou le centre de contrôle des maladies le plus près pour déterminer dans quels cas il faut prendre des précautions additionnelles et comment celles-ci doivent être mises en œuvre.

PRÉCAUTIONS STANDARD OU PRATIQUES DE ROUTINE

Lavage des mains

Le lavage des mains* est la façon la plus importante de prévenir l'infection. Consultez le document WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care¹² (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, en anglais seulement) de l'Organisation mondiale de la santé (2009) pour un examen exhaustif de cette question.

Les audiologistes devraient se laver les mains :

- avant et après la prestation de soins aux clients
- entre les activités « souillées » et « propres » avec un même client (p. ex. immédiatement après l'enlèvement de cérumen et avant l'audiométrie)
- immédiatement après avoir touché des liquides corporels ou tout article contaminé dans l'environnement
- immédiatement après avoir enlevé l'équipement de protection individuelle (p.ex., après la gestion du cérumen)
- avant de manger ou de fumer une cigarette, et après avoir terminé
- avant de mettre des cosmétiques, un baume à lèvres ou d'ajuster ses verres de contact, et après
- après avoir manipulé de l'argent ou d'autres articles pouvant être contaminés
- après les soins corporels personnels, comme aller aux toilettes ou se moucher
- immédiatement après la contamination de la peau et/ou une blessure
- à la fin de la journée de travail

Les audiologistes devraient encourager les clients à se laver les mains au début du rendez-vous, après avoir touché tout matériel d'évaluation et/ou de thérapie, et aux moments de transition entre des activités « souillées » et « propres ».

Il est approprié d'utiliser un **gel désinfectant à base d'alcool** pour décontaminer les mains dans les situations cliniques où celles-ci **ne sont pas visiblement souillées**. On recommande des produits contenant au moins 60 % d'éthanol (alcool éthylique).

Technique de lavage des mains avec gel :

- Enlever les bijoux des mains et des bras.
- Actionner la pompe pleinement une ou deux fois, ou faire jaillir sur une paume une quantité grande comme une pièce d'un dollar.
- Étendre le produit sur toutes les surfaces des mains, en portant une attention particulière au bout des doigts, aux surfaces entre les doigts, au dos de la main et à la base des pouces. Ce sont les régions les plus souvent négligées.
- **Frotter les mains jusqu'à ce que le produit soit sec. Il faudra au moins 15 à 20 secondes pour ce faire si la quantité appropriée de produit a été utilisée. Le lavage des mains devrait prendre au total de 20 à 30 secondes.**

Les mains doivent être **lavées avec de l'eau et du savon** quand elles **sont visiblement souillées**. On recommande de mettre une distributrice à pompe jetable dans tous les milieux; le savon en pain n'est acceptable que pour l'usage personnel par le client/résident. Les savons antibactériens peuvent être utilisés dans les secteurs de soins critiques comme les unités de soins intensifs ou dans les endroits où des procédures invasives sont effectuées.

Technique de lavage des mains avec de l'eau et du savon :

- Enlever les bijoux des mains et des bras.
- Se mouiller les mains avec de l'eau tiède (l'eau chaude assèche la peau).
- Appliquer du savon.
- Frotter vigoureusement toutes les surfaces des mains pendant au moins 15 secondes, en portant une attention particulière au bout des doigts, aux surfaces entre les doigts, au dos de la main et à la base des pouces.
- Rincer, puis sécher les mains soigneusement en tamponnant doucement pour ne pas endommager la peau.
- Fermer les robinets à l'aide d'une serviette de papier, si elles sont fournies.

Les savons, les produits antibactériens et les lavages fréquents peuvent être durs pour les mains. Il est important d'utiliser une lotion à mains pour protéger la peau.

Évaluation du risque

L'évaluation du risque* consiste à évaluer de façon systématique les risques à la santé et à la sécurité.¹³ Une procédure d'évaluation du risque comprend les étapes suivantes :

- 1^{re} étape : Déterminer les dangers et les personnes à risque :
- lors d'une interaction donnée (p. ex. l'interaction face à face avec un client, le transport d'un client, etc.)
 - avec un client donné (p. ex., les nouveau-nés, les clients avec une maladie respiratoire, etc.)
 - dans un milieu donné (p. ex., salle de classe, domicile, salle de thérapie, etc.)
- 2^e étape : Évaluer les risques et établir l'ordre de priorité :
- estimer la gravité des risques et la probabilité de causer un préjudice
- 3^e étape : Choisir une mesure préventive pour éliminer ou maîtriser les risques
- 4^e étape : Agir pour mettre en place des mesures de prévention et de protection
- 5^e étape : Assurer un suivi et un examen

Le même processus s'applique à la prise de décisions, peu importe le milieu de pratique.

Les audiologistes devraient être prêts à poser quelques questions simples dans le milieu clinique pour déterminer s'ils devraient procéder à l'évaluation et/ou la réadaptation auditive ou non, et s'ils devraient utiliser des précautions additionnelles, au besoin. Le dépistage devrait comprendre des questions sur les maladies contagieuses (comme la toux, la fièvre, les éruptions cutanées, la diarrhée et les infections oculaires). Il serait également approprié de poser des questions sur l'exposition aux maladies infectieuses comme la varicelle ou la tuberculose et les voyages récents, selon les maladies présentes dans la communauté.

Il ne faut pas oublier que tous les liquides corporels sont considérés comme potentiellement infectieux. Ces liquides comprennent le sang, les écoulements d'égratignures et de coupures, les matières fécales, l'urine, le vomi, les écoulements nasaux et la salive. Le cérumen n'est pas jugé infectieux à moins d'être contaminé par le sang ou les muqueuses. Cependant, en raison de sa couleur et de sa viscosité, il est difficile d'y déceler la présence de tels liquides, particulièrement les substances claires comme les muqueuses ou foncées comme le sang séché. En raison de la possibilité de contamination, le cérumen devrait toujours être traité comme une substance infectieuse.¹

Au moment de la prise d'un rendez-vous, on recommande de donner aux clients potentiels de l'information sur les circonstances appropriées pour rester chez soi ou annuler un rendez-vous, comme dans l'exemple suivant :

Si vous/votre enfant avez une fièvre et une toux, la diarrhée, une éruption cutanée ou une infection oculaire non traitée dans les 24 heures précédant votre rendez-vous, veuillez nous en aviser avant votre rendez-vous. Les visites peuvent être repoussées en raison de maladie.

Un exemple d'une affiche et d'un questionnaire de dépistage pour la maladie respiratoire fébrile se trouve aux pages 31 et 32 du document du Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (CCRA) (2007) (<http://www.ccar-ccra.com/french/pdfs/HygieneGuideFormat-FR-AUG08FINAL.pdf>).

Les audiologistes devraient également se tenir au courant des alertes médicales et de voyages pour connaître les risques d'exposition aux maladies infectieuses, y compris les pandémies. On recommande de respecter les lignes directrices établies par les ministères de la Santé dans de telles situations.

Stratégies de réduction du risque

Les stratégies du risque doivent être mises en œuvre une fois que les risques ont été évalués. Ces stratégies comprennent le lavage de mains, l'étiquette respiratoire, l'accommodation, l'utilisation d'équipement de protection individuelle (ÉPI), le nettoyage et la désinfection ou la stérilisation de l'équipement, car elles réduisent le risque de transmission d'une infection.

Étiquette respiratoire

L'étiquette respiratoire* décrit les mesures à prendre pour contenir les sécrétions respiratoires chez les personnes éprouvant les signes et symptômes d'une infection respiratoire. Ces mesures comprennent :

- couvrir le nez/la bouche pendant la toux ou l'éternuement – tousser dans son coude ou sa manche. Il ne faut jamais utiliser sa main!
- utiliser des mouchoirs pour contenir les sécrétions respiratoires et en disposer immédiatement après l'utilisation dans la corbeille à déchets la plus proche
- se laver les mains (à l'aide d'eau et de savon ou de gel désinfectant à base d'alcool) après un contact avec des sécrétions respiratoires et des objets contaminés

Les patients devraient être encouragés à s'auto-évaluer au moment de la prise de rendez-vous et sensibilisés à l'étiquette respiratoire.

Un exemple d'affiche sur l'étiquette respiratoire se trouve à la page 33 du document Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (CCRA) (2007).² (<http://www.ccar-cara.com/french/pdfs/HygieneGuideFormat-FR-AUG08FINAL.pdf>).

Accommodation du client

Dans les milieux de soins aigus et résidentiels, les patients doivent avoir une chambre privée s'ils sont susceptibles de contaminer l'environnement et de transmettre l'infection. Dans les milieux de soins externes, les patients peuvent être dirigés vers une salle d'attente à part en attendant leur rendez-vous, ou leur visite peut être repoussée s'ils sont susceptibles de contaminer l'environnement et de transmettre une infection.

On recommande de maintenir une distance de 1 à 2 mètres d'un client jusqu'à ce qu'un dépistage initial soit effectué. Il est également préférable de s'asseoir à côté du client plutôt que devant lui.

Équipement de protection individuelle

Il faut utiliser des barrières ou de **l'équipement de protection individuelle (ÉPI)*** toutes les fois où il y a un risque d'entrer en contact avec de la peau non intacte, des muqueuses ou des liquides corporels. L'ÉPI sert à protéger l'audiologiste et/ou le client quand l'audiologiste a une peau non intacte, un virus ou une infection respiratoire.

Voici certaines situations communes où les audiologistes pourraient devoir utiliser de l'ÉPI :

- si l'audiologiste voit un écoulement d'oreille, du sang, une plaie ou une lésion (sur la peau du crâne)
- quand la peau de l'audiologiste ou du client est non intacte
- pendant la manipulation d'embouts auriculaires ou de prothèses auditives portées par le patient
- pendant l'enlèvement ou la manipulation d'empreintes d'oreille
- pendant la gestion du cérumen
- en nettoyant ou désinfectant des instruments contaminés de cérumen

- si le service en audiologie doit être donné dans un milieu où il faut prendre des précautions additionnelles (p. ex. un patient avec *c-difficile* dans un hôpital, les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes ou voie aérienne dans un établissement de soins de longue durée, etc.)
- pendant la manipulation du linge souillé ou des déchets
- pendant le nettoyage d'écoulements de liquides corporels ou la désinfection d'un endroit contaminé
- pendant les interactions avec des clients immunovulnérables

Les *gants* sont la pièce d'ÉPI la plus souvent portée. Ils ne remplacent pas le lavage des mains, mais devraient être portés s'il existe un risque d'entrer en contact avec de la peau non intacte, des muqueuses ou des liquides corporels. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour effectuer les activités de soins habituelles où le contact se limite à la peau intacte. Les gants sont disponibles dans diverses tailles et doivent être bien ajustés à la peau pour prévenir toute interférence pendant l'exécution des procédures audiolinguistiques. Le matériel du gant choisi doit correspondre aux risques contre lesquels il doit protéger (p. ex., le vinyle pour les soins personnels, le latex pour les procédures invasives stériles, le nitrile pour l'exposition aux produits chimiques). Les gants jetables à usage unique ne doivent pas être lavés ou réutilisés. Les gants doivent être accessibles dans les laboratoires, la cabine d'audiométrie, les salles d'ajustement des prothèses auditives, ainsi qu'offerts dans diverses tailles.

Il faut enlever ou changer ses gants et se laver les mains :

- quand on passe d'une activité souillée à une activité propre, même avec un même client (p. ex., après la gestion du cérumen et avant de passer à l'audiométrie)
- après un contact avec un article contaminé

Les gants doivent être enlevés immédiatement après la procédure au point d'utilisation et avant de toucher des surfaces propres dans l'environnement.

Voici la procédure adéquate pour enlever les gants :

- Avec les deux mains gantées, prendre la partie extérieure d'un gant au niveau du haut du poignet.
- Tirer ce gant vers le haut pour l'enlever de la main du poignet jusqu'au bout des doigts de façon à le tourner à l'envers.
- Tenir le gant enlevé dans la main gantée.
- Avec la main dégantée, insérer les doigts dans le deuxième gant au niveau du poignet pour l'enlever.
- Tourner le deuxième gant à l'envers en le tenant éloigné du corps et en captant le premier gant à l'intérieur du deuxième.
- Disposer rapidement du paquet dans un sac à déchets résistant à l'eau. **Ne pas réutiliser les gants!**
- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon le plus tôt possible après avoir enlevé ses gants et avant de toucher tout objet ou toute surface.

Adaptation du : Home and Community Care Risk Assessment Tool: Resource Guide¹⁴ (<http://www.ohsah.bc.ca/552/3415/>, en anglais seulement) publié par l'Occupational Health & Safety Agency for Healthcare (OHSAH) en Colombie-Britannique (2008).

Les **masques, les protecteurs oculaires et les écrans faciaux** sont utilisés pour protéger le nez, la bouche et les yeux de l'audiologiste contre les éclaboussures et/ou jets de matières potentiellement infectieuses ou de liquides corporels, ou quand l'audiologiste est à risque d'une contamination par voie aérienne.¹² De même, ces pièces d'équipement peuvent être utilisées pour protéger un client. Ces articles de protection sont considérés des précautions contre les gouttelettes, car les gouttelettes porteuses de microbes peuvent se déposer sur les muqueuses de la bouche et du nez ou contaminer la conjonctive des yeux, des portails d'infection. Les éclaboussures et les jets peuvent se produire quand un client tousse ou éternue ou pendant les procédures comme l'utilisation d'une meule à polir ou à aiguiser.

Les **respirateurs ajustés** (p. ex. les masques N95) sont utilisés quand il faut prendre des précautions contre la transmission par voie aérienne. L'audiologiste doit passer une évaluation de l'ajustement pour s'assurer que le masque fait étroitement au visage et filtre les organismes dans l'air. Il faut porter un respirateur ajusté :

- si le client a une infection transmissible par voie aérienne connue ou soupçonnée (p. ex., tuberculose, varicelle, rougeole, Hantavirus)
- pendant l'exécution de procédures aérosolantes avec un client qui a une infection transmissible par gouttelettes (p. ex., succion ouverte)
- s'il y a une alerte médicale exigeant l'utilisation d'un respirateur ajusté

Les masques et les protections oculaires doivent être portés à une distance d'un à deux mètres d'un client qui tousse ou éternue afin de prévenir la transmission des microorganismes. Les yeux devraient être couverts dans toutes les directions.

Il faut porter une **blouse** chaque fois qu'il existe un risque de contamination des vêtements. On doit en disposer immédiatement après la procédure, au point d'utilisation. L'audiologiste devrait porter une blouse, par exemple, pendant l'évaluation vestibulaire, pour se protéger au cas où le patient soit malade.

La séquence appropriée pour mettre l'ÉPI est la suivante :

1. blouse
2. masque
3. protection oculaire
4. gants

La séquence appropriée pour enlever l'ÉPI est la suivante :

1. gants
2. blouse
3. se laver les mains avant d'enlever le masque
4. masque

Pour de plus amples renseignements, consultez la feuille de renseignements intitulée *L'utilisation de blouses, de tabliers et de sarraus*, à la page 39 du document publié par le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (CCRA) (2007)² (<http://www.ccar-ccra.com/french/pdfs/HygieneGuideFormat-FR-AUG08FINAL.pdf>).

Le tableau 1 du document *Infection control for regulated professionals (2006)*¹⁵ (<http://www.caspo.com/Portals/0/positionstatements/InfectionControlCASLPOEDITION.pdf>, en anglais seulement) de l'OAOO est reproduit, avec adaptations, ci-dessous. Il présente un sommaire exhaustif de l'évaluation du risque et des stratégies de réduction du risque dans diverses situations.

Tableau 2: Évaluation du risque**

Situation	Stratégie de prévention des infections (de la moins à la plus invasive)
Soins routiniers des clients Aucun contact physique Communication avec le client à plus d'un mètre	<i>Précautions habituelles</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lavage de mains ➢ Étiquette respiratoire (couvrir la bouche et le nez pendant la toux ou l'éternuement, puis se laver les mains)
Contact physique avec la peau intacte d'un client	<i>Précautions de contact</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lavage des mains
Contact physique avec un client, et <u>vous ou le client</u> avez une blessure infectée ou ouverte ou une peau non intacte, sans problème respiratoire	<i>Précautions de contact</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lavage des mains ➢ Port de gants ➢ Enlèvement et disposition appropriée des gants, puis lavage des mains
Contact avec un client lors d'une procédure pouvant comprendre des liquides corporels, des éclaboussures (gouttelettes)	<i>Précautions contre les gouttelettes</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lavage des mains ➢ Selon son jugement professionnel : <ul style="list-style-type: none"> Gants Masque chirurgical Protecteur oculaire, écran facial Blouse ➢ Enlèvement et disposition appropriée de l'ÉPI, puis lavage des mains
Contact rapproché avec un client qui a des symptômes respiratoires	<i>Précautions contre les gouttelettes</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lavage des mains ➢ Étiquette respiratoire ➢ Selon son jugement professionnel : <ul style="list-style-type: none"> Gants Masque chirurgical Protecteur oculaire, écran facial Blouse
Contact rapproché avec un client qui a une fièvre et des symptômes respiratoires	<i>Précautions contre les gouttelettes</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lavage des mains ➢ Étiquette respiratoire ➢ Selon son jugement professionnel : <ul style="list-style-type: none"> Gants Masque chirurgical Protecteur oculaire, écran facial Blouse ➢ Respect des alertes médicales, le cas échéant
Contact avec un client qui a une	<i>Précautions contre la transmission par voie aérienne</i>

Situation	Stratégie de prévention des infections (de la moins à la plus invasive)
infection transmise par voie aérienne connue (p.ex., tuberculose active)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Précautions contre les gouttelettes avec respirateur ajusté ➤ Ventilation adéquate
Alerte médicale en vigueur	Respect des directives du ministère de la Santé

**En audiologie, le milieu de pratique peut dicter la stratégie de prévention des infections à utiliser dans les situations données. Par exemple, le contact rapproché avec un client qui a une fièvre et/ou des symptômes respiratoires dans un milieu de soins aigus peut nécessiter le port d'ÉPI. Dans une école ou une clinique communautaire, il pourrait être plus difficile d'obtenir de l'ÉPI. La pratique standard dans ce type de milieu serait de repousser le rendez-vous du client jusqu'à ce que les symptômes soient disparus.

Nettoyage, désinfection et stérilisation

1. Équipement clinique

L'équipement qui est réutilisé doit être **nettoyé, désinfecté** et/ou **stérilisé** après chaque patient pour prévenir la transmission de maladies et assurer l'intégrité de l'équipement. Il va au-delà du mandat du présent document de décrire toutes les composantes d'un protocole complet de retraitement de l'équipement qui répond aux normes des pratiques d'excellence. Le document *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation* du CCPMI (2006)¹⁶ est un guide exhaustif et à jour dans le domaine du nettoyage, de la désinfection et de la stérilisation. On encourage fortement les cliniciens chargés d'établir des protocoles de retraitement de le consulter pour de plus amples renseignements.

1.1 Niveaux de retraitement

Nettoyage : l'action d'enlever les matières étrangères (p.ex., de la poussière, des salissures et des matières organiques comme le sang, les sécrétions, les excréments et les microorganismes). Le nettoyage enlève physiquement les microorganismes plutôt que de les détruire. On y procède à l'aide d'eau, de détergents et d'une action mécanique. Il faut nettoyer soigneusement toute pièce d'équipement/tout appareil avant de procéder à la décontamination, à la désinfection et/ou à la stérilisation.

Désinfection : procédé par lequel les microorganismes causant la maladie sont désactivés¹⁷ et le nombre de microorganismes viables est réduit.¹⁸ Le niveau de désinfection dépend du niveau de destruction des microbes requis.¹⁹ La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes.¹⁷ Les désinfectants sont utilisés sur les objets inanimés, par rapport aux antiseptiques, qui sont utilisés sur les tissus vivants.

Désinfection de niveau supérieur : Niveau de désinfection requis pour traiter l'équipement/les appareils médicaux semi-critiques. Les processus de désinfection de niveau supérieur détruisent les bactéries végétatives, les mycobactéries, les champignons et les virus enveloppés (lipidiques) et non enveloppés (non lipidiques), mais pas nécessairement les spores bactériennes. L'équipement/les appareils

médicaux doivent être soigneusement nettoyés avant de procéder à la désinfection de niveau supérieur.

Désinfection de niveau inférieur : Niveau de désinfection requis pour désinfecter l'équipement/les appareils médicaux non critiques et certaines surfaces dans l'environnement. Les désinfectants de niveau inférieur détruisent la majorité des bactéries végétatives et certains champignons, ainsi que les virus enveloppés (lipidiques). Les désinfectants de niveau inférieur ne détruisent pas les mycobactéries ou les spores bactériennes. L'équipement/les appareils médicaux doivent être soigneusement nettoyés avant de procéder à la désinfection de niveau inférieur.

Stérilisation : niveau de retraitement exigé pour l'équipement et les appareils médicaux critiques. Elle a pour résultat la destruction de toutes les formes de vie microbienne, y compris les bactéries, les virus, les spores et les champignons. L'équipement et les appareils doivent être préalablement nettoyés avec soin pour pouvoir effectuer une stérilisation efficace.

La **classification Spaulding** sert à déterminer le niveau approprié de retraitement de l'équipement clinique. Elle établit trois catégories d'équipement – **critique**, **semi-critique** et **non critique** – et précise le niveau de retraitement requis pour l'équipement appartenant à chacune.

Tableau 3 : la classification Spaulding

Catégorie	Niveau de traitement/retraitement	Exemples
Critique ➤ Articles qui entrent en contact avec le système vasculaire ou les tissus corporels stériles.	Nettoyage, suivi par la stérilisation	➤ Ne s'applique généralement pas à la pratique de l'audiologie.
Semi-critique ➤ Articles qui entrent en contact avec la peau non intacte ou les muqueuses, mais n'y pénètre pas. ➤ Les articles qui entrent en contact avec le cérumen sont jugés semi-critiques en raison de la contamination potentielle par le sang et les liquides corporels.	Préférence accordée à la stérilisation ou à l'utilisation d'articles jetables/à usage unique. Nettoyage suivi d'une désinfection de niveau supérieur, au minimum.	Tout article qui entre dans le canal auditif : écouteurs à insertion, embouts de la sonde d'impédance, curettes et autre équipement de gestion du cérumen, embouts d'otoscope, tubes à sonde.
Non critique ➤ Articles qui entrent seulement en contact avec la peau intacte ou qui ne touchent pas directement au client.	Nettoyage, suivi par une désinfection de niveau inférieur	Écouteurs à insertion (sans l'embout en mousse), oscillateur à conduction osseuse, bouton de réponse du patient, stéthoscope d'écoute

1.3 Équipement semi-critique

Tout l'équipement audiolgique réutilisable jugé semi-critique doit être retraité à l'aide d'un pré-nettoyage, puis par la stérilisation ou la désinfection de niveau supérieur, au minimum. La technique de stérilisation de choix est la chaleur sous pression dans un

autoclave; malheureusement, la majorité des appareils utilisés par les audiologistes fonderaient dans de telles conditions.¹⁹ Il est également possible d'utiliser des solutions chimiques contenant du peroxyde d'hydrogène ou du glutaraldéhyde, aussi appelés stérilisants froids, pour effectuer la stérilisation ou la désinfection de niveau supérieur. Pour qu'un tel processus de stérilisation et/ou de désinfection soit efficace, les facteurs suivants doivent être en place :¹⁸

- Utilisation de solutions classifiées pour la stérilisation et/ou la désinfection de niveau supérieur uniquement. Les produits classifiés comme désinfectants de niveau intermédiaire ou inférieur ne sont pas adéquats.
- Articles stérilisés avec les propriétés physiques suivantes : relativement lisses, imperméables et d'une forme qui permet à toutes les surfaces d'être exposées à la solution.
- Exposition adéquate de toutes les surfaces, tant intérieures qu'extérieures. Les tubes doivent être entièrement remplis, et les articles doivent être nettoyés et placés dans la solution de façon à être totalement submergés, et ce, pour la durée prescrite.
- Utilisation de solutions efficaces. La solution doit être propre et fraîche. La majorité des produits sont vendus en deux parties qui doivent ensuite être combinées, un processus qu'on appelle « activer » la solution. La durée de conservation des solutions activées se trouve dans les directives d'utilisation des produits commerciaux. Elle est généralement d'une à quatre semaines.
- Rinçage. Les instruments, les implants et les tubes (tant l'intérieur que l'extérieur) doivent être rincés avec une solution saline stérile ou de l'eau stérile avant l'utilisation pour éviter d'endommager les tissus.
- Intégrité du retraitement. Les articles doivent être emballés, transportés et entreposés après le retraitement d'une façon qui maintienne leur intégrité jusqu'au point d'utilisation.

On recommande fortement que la stérilisation et/ou la désinfection de niveau supérieur soient effectués dans un endroit centralisé qui respecte toutes les exigences en termes de caractéristiques physiques et de ressources humaines. Il est peu probable qu'il soit possible de réaliser la stérilisation ou la désinfection de niveau supérieur de façon efficace dans un milieu clinique typique. De plus, en raison de la toxicité des stérilisants froids, ces solutions doivent être utilisées avec soin par un personnel formé et dans un endroit bien ventilé, avec le port d'équipement de protection individuelle approprié. L'équipement semi-critique **à usage unique** est donc recommandé comme alternative à l'équipement réutilisable dans les cas où un service de retraitement centralisé n'est pas disponible.

Le matériel d'audiologie est généralement étiqueté par le fabricant ou le fournisseur comme article à usage unique ou article réutilisable. Les articles jugés à usage unique ne devraient pas être retraités. Ils doivent être utilisés avec un seul client et ne peuvent être réutilisés avec ce client que pendant une courte période (p. ex., pendant la même visite). Les articles à usage unique ne devraient pas être utilisés, même avec le même client, s'il y a un liquide corporel visible sur la surface. Ces articles comprennent :

- les tubes de la sonde microphonique

- les spéculums de plastique pour l'otoscope
- les embouts de seringue en plastique pour l'empreinte d'oreille
- les embouts de mousse pour les écouteurs à insertion
- les embouts de sonde à usage unique pour les ÉOA
- les électrodes jetables pour les PÉATC
- les otoblocs

En décidant de retraiter l'équipement semi-critique ou d'utiliser des articles à usage unique seulement, il faut tenir compte de la gestion du risque et des coûts, qui varient d'un milieu de pratique à l'autre. C'est pourquoi les cliniciens doivent envisager ces facteurs avec attention dans la création des normes de retraitement de l'équipement semi-critique de leur établissement.

1.4 Équipement non critique

Tout article ou surface qui entre seulement en contact avec la peau intacte ou qui n'entre pas en contact avec la peau du patient est jugé non critique et peut être retraité grâce à un nettoyage suivi d'une désinfection de niveau inférieur. Les désinfectants de niveau inférieur comprennent les composés d'ammonium quaternaire, le peroxyde d'hydrogène 3% et l'eau de Javel diluée (1:1000). Le document *Laboratory Services: A Guide to Selection and Use of Disinfectants* (2003), publié par le CDC de la Colombie-Britannique (http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/EAA94ACF-02A9-4CF0-BE47-3F5817A25669/0/InfectionControl_GF_DisinfectntSelectnGuidelines_nov0503.pdf, en anglais seulement), fournit de plus amples renseignements sur les solutions chimiques pouvant être utilisées pour la désinfection de niveau inférieur.

L'équipement audiolgique non critique utilisé pour les soins directs aux patients doit être nettoyé et désinfecté entre chaque patient. Cet équipement comprend les appareils comme les otoscopes (à l'exception des embouts jetables), les écouteurs supra-auriculaires, les oscillateurs à conduction osseuse et les boutons de réponse du patient. Veuillez noter que certains désinfectants de niveau inférieur doivent demeurer humides pendant une période de trois à cinq minutes pour agir pleinement, alors il faut laisser suffisamment de temps passer avant de les utiliser avec le patient suivant.

2. Environnement clinique

On recommande d'établir un horaire de nettoyage et de désinfection régulier pour les surfaces de l'environnement général comme les comptoirs, les planchers, les téléphones et les claviers d'ordinateur. Le tableau suivant, adapté du document de l'OOAO (2006),¹⁵ donne une liste de vérification pour les audiologistes.

Tableau 4 : Liste de vérification sur le nettoyage et la désinfection des surfaces/l'entretien ménager

Aspects de la pratique	Quoi utiliser	Utilisation recommandée
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planchers ▪ Éviers ▪ Bureaux et comptoirs ▪ Étagères et bacs 	<p>* Nettoyer généralement avec de l'eau et du savon, du détergent ou un agent enzymatique pour enlever physiquement les souillures, la poussière ou les matières</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nettoyer tous les jours et quand les articles sont visiblement souillés ▪ Nettoyer les zones beaucoup utilisées plus fréquemment (p. ex.,

Aspects de la pratique	Quoi utiliser	Utilisation recommandée
<ul style="list-style-type: none"> d'entreposage ▪ Téléphones, ordinateurs, lecteurs de cartes de crédit ▪ Salles de bain (publiques et du personnel) ▪ Salles d'ajustement/de réparation ▪ Cabines d'audiométrie ▪ Jouets utilisés pour l'évaluation 	<p>étrangères.</p> <p>*Désinfection de niveau inférieur : composés d'ammoniac au quaternaire, iodophores, peroxyde d'hydrogène 3% ou eau de Javel diluée (5 ml d'eau de Javel/500 ml d'eau).</p> <p>Les jouets en peluche et les choses à lire (p. ex. les revues et les livres) qui sont manipulés mais ne peuvent pas être lavés devraient être jetés.</p>	<p>le comptoir de réception, la chaise dans la cabine d'audiométrie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir les étagères et les bacs nets, propres et sans poussière ▪ Nettoyer avant et après usage si on soupçonne une contamination ▪ Prendre soin d'enlever également les résidus du processus de nettoyage-même (p.ex., les détergents, les solvants, etc.) sur l'équipement ▪ Envisager de laminier le matériel de papier utilisé à répétition par les patients/clients pendant l'intervention pour pouvoir l'essuyer avec un produit désinfectant

Lessive

Le risque réel de transmission de maladie par le linge souillé est négligeable si le linge propre et souillé est manipulé, entreposé et traité de façon hygiénique.²

Le linge devrait être *recueilli et manipulé* avec un minimum d'agitation et de secouage. Il faut ensuite placer le linge souillé dans une corbeille à linge ou un sac résistant à l'eau (et non sur le plancher). À domicile et au bureau, tout le linge* souillé de sang ou de liquides corporels devrait être manipulé avec des gants. Il faut également éviter de le laisser toucher ses propres vêtements ou sa peau. Le linge très souillé devrait être roulé ou plié de façon à contenir la majorité de la souillure au centre du paquet.

Pour la prévention des infections, il n'est pas nécessaire que les chariots ou corbeilles à linge soient couverts; toutefois, ils devraient être nettoyés après chaque usage. Si on utilise un sac à linge en tissu pour entreposer ou transporter le linge souillé, le sac peut être lavé dans le même cycle que le linge qu'il contient.

Il est impossible de *nettoyer* le linge si des matières organiques sont présentes. Il faut enlever les saletés solides, les selles ou les caillots de sang avec une main gantée. Les pièces de linge peuvent ensuite être lavées ensemble avec du détergent, puis séchées dans une sècheuse à air chaud pour garantir la destruction des microorganismes. On peut laver à l'eau froide si on utilise un détergent à eau froide. Il faut passer les cycles de lavage et de rinçage complets. À domicile, il est acceptable de sécher le linge dans une sècheuse ou de le pendre sur une corde à linge.

Le linge propre doit être *entreposé* à part du linge souillé.

Si des vêtements souillés de sang ou de liquides corporels sont envoyés à un nettoyeur dans la communauté, ils doivent être adéquatement étiquetés.

Gestion des déchets

La manipulation des déchets implique trois catégories de déchets : généraux, biomédicaux et pathologiques. Les lois exigent que les déchets biomédicaux, y compris les **tranchants** comme les aiguilles et les lames, soient manipulés et jetés d'une façon qui prévient la transmission d'infections potentielles. Il est essentiel de respecter les règlements locaux, régionaux, provinciaux et fédéraux sur la ségrégation des déchets.

Les déchets contaminés par le sang, les écoulements d'oreille ou le cérumen contenant du sang ou des écoulements d'oreille peuvent être placés dans les corbeilles à déchets ordinaires. Toutefois, ils devraient être séparés des autres déchets pour éviter les contacts accidentels. On recommande de placer ces déchets contaminés dans de petits sacs de plastique ou de les emballer dans du papier avant de les jeter.

Les déchets de bureau généraux, les gants usés et l'équipement médical non tranchant peuvent être jetés dans une corbeille à déchets ordinaire. On recommande que les déchets soient placés dans un contenant anti-fuites qui peut être jeté (p. ex. un sac de plastique) ou nettoyé après avoir été vidé (p. ex. une corbeille à déchets de plastique ou une poubelle). Les déchets devraient être recueillis fréquemment et d'une façon qui les protège jusqu'au moment de la collecte.

Il faut porter une attention particulière aux déversements de sang et de liquides corporels et utiliser les précautions habituelles (gants, masque, protection oculaire). Il faut commencer par nettoyer le déversement avec des serviettes jetables, puis désinfecter avec un désinfectant de niveau inférieur, rincer et sécher la surface à l'aide de serviettes jetables. Tous les déchets doivent ensuite être jetés dans un contenant recouvert d'un sac de plastique. Une fois les déchets jetés, il faut se laver les mains immédiatement.¹¹

Dans le milieu de pratique, il faut jeter immédiatement tout **article tranchant** dans un contenant antiperforant clairement identifié. Le contenant devrait avoir un couvercle étanche qui prévient les fuites.

Pratiques pour un milieu de travail sain

Adapté du document du Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (CCRA) (2007)² (<http://www.ccar-ccra.com/french/pdfs/HygieneGuideFormat-FR-AUG08FINAL.pdf>)

Les pratiques pour un milieu de travail sain comprennent plusieurs volets :

L'immunisation : En raison de leur contact avec les patients, les audiologistes sont à risque d'être exposés à diverses maladies pouvant être prévenues par l'immunisation, ainsi que de les transmettre. L'utilisation d'agents d'immunisation protège tant les audiologistes que les patients contre les infections. Tout milieu de pratique où des soins directs sont donnés aux patients devrait faire en sorte que les audiologistes fournissant les soins directs aient accès aux vaccinations appropriées. On recommande aux

audiologistes de tenir compte entre autres de leurs propres antécédents de maladies infantiles contagieuses dans la prise de décisions sur l'immunisation. De plus, selon les politiques de l'employeur, tout le nouveau personnel devrait subir un test de Mantoux au début de sa période d'emploi, sauf s'il détient un résultat négatif documenté à ce test obtenu dans les 12 mois antérieurs.

Voici les immunisations recommandées pour tous les travailleurs des soins de santé, y compris les audiologistes :

- immunisation antigrippale annuelle
- rougeole, oreillons, rubéole (ROR), deux doses
- tétanos, diphtérie, polio (TDP)
- hépatite B
- varicelle – recommandée pour ceux qui pourraient y être susceptibles (antécédents négatifs, IgC négatif)
- méningocoque (si l'audiologiste travaille directement avec des patients qui ont la maladie)

Quand ne pas rentrer au travail : Il est important de savoir quand ne pas rentrer au travail pour prévenir les infections. Dans les cas où une alerte médicale est publiée, les audiologistes devraient suivre les lignes directrices du ministère de la Santé ou autres lignes directrices pertinentes.

On encourage les audiologistes à ne pas rentrer travailler dans les situations suivantes :

- maladie respiratoire fébrile
- dermatite des mains (consultez votre médecin pour savoir le risque que pose votre cas)
- herpès labial (feu sauvage) ou zona ne pouvant pas être couvert
- pendant les premiers jours d'une maladie respiratoire
- diarrhée
- infection oculaire, avant qu'elle ne soit traitée

La majorité des employeurs ont des politiques à ce sujet qui doivent être respectées. Les mêmes recommandations s'appliquent également aux clients, qui devraient être encouragés à repousser un rendez-vous s'ils sont dans une des situations ci-dessus (consultez la section sur l'Évaluation du risque).

Sensibilisation : Les audiologistes devraient connaître et utiliser des méthodes de travail qui réduisent le risque d'infection. Les pratiques d'un milieu de travail sain consistent notamment à faire preuve de leadership et à agir comme modèle pour les autres prestataires de soins, les clients et leurs familles en ce qui a trait à la prévention des infections. L'annexe A donne un aperçu des *Compétences de base en prévention des infections pour tous les prestataires de soins de santé*. Ces compétences touchent les domaines suivants : les habiletés d'évaluation critique, la compréhension des principes dont découlent les pratiques habituelles, la sécurité personnelle, l'utilisation des pratiques habituelles, le nettoyage, la désinfection, la stérilisation, la gestion des déchets et les précautions additionnelles.

Dans le cadre de leur session d'orientation après l'embauche, les employés et audiologistes devraient recevoir une formation sur la prévention des infections. Il est essentiel que tous les employés connaissent les pratiques de prévention des infections de leur employeur, y compris l'emplacement du manuel/matériel de prévention des infections, et les méthodes/pratiques de sécurité pour la désinfection/stérilisation de l'équipement. De plus, des mises à jour annuelles des connaissances sur les maladies infectieuses et la prévention des infections sont requises pour faire en sorte que les normes de pratique reflètent les changements dans le milieu de travail.

Gestion post-exposition : Les audiologistes devraient s'assurer de connaître les procédures de l'employeur relativement aux ponctions et aux expositions des muqueuses aux pathogènes transmis par le sang ou à d'autres agents infectieux. On recommande de consulter les lignes directrices de l'employeur après une exposition à tout agent potentiellement infectieux. Toutefois, si de telles lignes directrices n'existent pas, les directives suivantes visent à présenter les étapes à suivre pour minimiser la gravité de l'exposition. On présente les agents infectieux les plus souvent rencontrés dans la pratique de l'audiologie, mais d'autres agents pourraient causer un danger potentiel (par exemple, la grippe aviaire), et de plus amples renseignements sont disponibles sur le site de Santé Canada, à www.hc-sc.gc.ca.

1. **Hépatite B/hépatite C/virus de l'immunodéficience humaine [VIH]** : Le risque d'exposition aux pathogènes à diffusion hématogène par l'entremise des liquides corporels est minime en audiologie, mais la transmission est possible pendant les procédures comme la prise d'impressions d'oreille ou la gestion du cérumen. Même s'il utilise des gants, l'audiologiste peut tout de même entrer en contact avec les produits sanguins. Pour choisir la bonne façon de gérer l'exposition, il est important d'établir la différence entre l'exposition superficielle (sur la peau intacte) et les cas où le contact a pénétré la peau par le moyen d'une blessure ou de la peau non intacte. Si le contact est superficiel, aucune mesure n'est à prendre. Toutefois, si l'exposition a pénétré la peau non intacte, voici les mesures à suivre :
 - a. Hépatite B : Si l'audiologiste n'a pas été immunisé contre l'hépatite B, on recommande qu'il reçoive un vaccin contre ce virus dès que possible, préférablement dans les 24 heures suivant l'incident et pas plus de 7 jours suivant l'incident.
 - b. Hépatite C : Envisager de subir des tests pour établir la base dans les 7 à 14 jours suivant l'incident, puis en suivi dans les 4 à 6 mois après l'incident.
 - c. VIH : À moins que le patient avec qui l'incident a eu lieu ait une infection connue du VIH ou soit jugé à risque élevé, aucune action n'est généralement requise.

Si l'exposition est jugée invasive plutôt que superficielle ou sur la peau non intacte, on recommande que l'audiologiste communique IMMÉDIATEMENT avec l'Agence de la santé publique du Canada, leur service de santé au travail ou leur

médecin pour connaître les mesures de gestion post-exposition les plus récentes.

2. **Tuberculose** : Après un traitement à proximité d'un patient qui a un diagnostic de tuberculose, il faut suivre les lignes directrices établies par l'hôpital ou la province, qui comprendront généralement un test de Mantoux, puis un traitement si l'audiologiste à un résultat positif décelant la présence de la bacille de Koch.
3. **Grippe** : On recommande à tous les audiologistes d'obtenir l'immunisation grippale annuelle s'ils travaillent directement avec les patients, mais il est possible (et très probable) qu'il y ait une éclosion de grippe atypique nécessitant des stratégies de gestion additionnelles. Les audiologistes devraient communiquer avec leur centre provincial de contrôle de la maladie pour obtenir de l'information précise durant les éclosions atypiques.
4. **Méningococcie** : Si un contact intense et non protégé (sans port de masque) se produit, l'audiologiste devrait recevoir une prophylaxie antimicrobienne après l'exposition.

CONCLUSION

Le but et la portée des présentes lignes directrices sont de fournir aux audiologistes de l'information succincte et pratique sur la prévention des infections qui s'applique à divers milieux de pratique. On encourage les audiologistes à se familiariser avec les *Compétences de base en prévention des infections pour tous les prestataires de soins de santé* (annexe A), à envisager leurs propres connaissances sur la prévention des infections et à les comparer à ces compétences, ainsi qu'à réfléchir sur leur propre pratique pendant la lecture de ces lignes directrices. On a fourni un exemple d'un formulaire de vérification de la mise en œuvre des pratiques de prévention des infections (annexe B) pour vous aider à mettre ces recommandations en pratique. Notre intention est que la mise en pratique de ces directives et l'établissement de mesures de surveillance propres à l'audiologie permettront d'assurer un environnement de pratique sécuritaire en termes de prévention des infections tant pour les audiologistes que pour les clients que nous servons.

ANNEXE A

Compétences de base en prévention des infections pour tous les prestataires de soins de santé

Source : Community and Hospital Infection Control Association (2006)

Public cible : Les personnes chargées de maintenir la qualité des soins de santé offerts au Canada.

DOMAINE DE COMPÉTENCE	COMPÉTENCE DE BASE DÉTAILLÉE
Habiletés d'évaluation critique <i>Ces habiletés sous-tendent les cinq autres compétences de base</i>	<ul style="list-style-type: none">• Habiletés d'évaluation critique relativement à l'exposition aux agents infectieux, la connaissance des éclosons locales et l'utilisation de protocoles propres aux maladies infectieuses
Compréhension des principes dont découlent les pratiques habituelles	<ul style="list-style-type: none">• Comprend la microbiologie de base et la façon dont les infections peuvent être transmises dans les milieux de soins de santé
Sécurité personnelle	<ul style="list-style-type: none">• Sait comment gérer les objets tranchants, le sang et les liquides corporels et reconnaît les mesures de premiers soins appropriées suite à l'exposition au sang et aux liquides corporels• Comprend le rôle des vaccins pour prévenir certaines infections, y compris les immunisations antigrippales annuelles pour les travailleurs en soins de santé
Pratiques habituelles	<ul style="list-style-type: none">• Comprend l'importance du lavage des mains• Comprend les activités des pratiques habituelles/précautions standard• Utilise l'étiquette respiratoire• Connaît et choisit l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié pour son travail• Démontre une utilisation appropriée de l'ÉPI
Nettoyage, désinfection, stérilisation et gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none">• Maintient un environnement propre• Comprend l'importance d'utiliser l'ÉPI pendant la manipulation du linge souillé• Reconnaît que l'équipement réutilisable qui est entré en contact direct avec un client doit être nettoyé et retraité avant d'être utilisé avec un autre client• Comprend la différence entre les articles propres, désinfectés (niveau inférieur, intermédiaire et supérieur) et stériles• Connaît la différence entre les déchets ordinaires et posant un danger pour l'organisme
Précautions additionnelles	<ul style="list-style-type: none">• Comprend les précautions contre la transmission (précautions additionnelles) : quand et comment les utiliser

ANNEXE B

(Adaptation de l'Annexe III – Outil de vérification du document *Pratiques exemplaires de la prévention et du contrôle des infections pour les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires, y compris les bureaux de soins de santé et les cliniques de soins ambulatoires* publié par le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (CCRA))

Liste/outil de vérification de la mise en œuvre des pratiques de prévention des infections (s'applique aux milieux de pratique publique et privée)

Date de la vérification :

Effectuée par :

Zone et éléments	Entièrement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre	Pas mis en œuvre	Non pertinent	Commentaires
SALLE D'ATTENTE					
Affiches sur la prévention des infections à l'entrée					
Affiches sur la prévention des infections au comptoir de la réception					
Distributrice de gel désinfectant à base d'alcool avec affiche explicative					
Boîtes de mouchoir					
Corbeilles à déchets					
Bacs à jouets propres et à jouets souillés (ou s'il n'y a aucun jouet ou aucune revue, une affiche indiquant pourquoi)					
RÉCEPTION					
Équipement de protection individuelle (masques, gants) accessible					
Le personnel de la réception peut maintenir une distance d'un mètre des patients					
Protocole de dépistage au téléphone créé et mis en œuvre					
SALLES DE TRAITEMENT					
Gel désinfectant à base d'alcool dans toutes les salles OU éviers avec savon pour le lavage de mains dans					

Zone et éléments	Entièrement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre	Pas mis en œuvre	Non pertinent	Commentaires
toutes les salles					
Fournitures essentielles dans toutes les salles					
Procédures documentées pour la décontamination des salles de traitement entre les patients et à la fin de chaque journée					
PROCÉDURES DE NETTOYAGE					
Procédure documentée pour le nettoyage des bureaux fournie par le (ou au) personnel de nettoyage					
Produits de désinfection approuvés et appropriés pour les surfaces touchées par les patients					
Procédure de désinfection approuvée et appropriée pour l'équipement et les instruments					
ÉTABLISSEMENT DE PROTOCOLES ET FORMATION DU PERSONNEL					
Formation annuelle du personnel ou mise à jour annuelle au sujet de la prévention des infections					
Formation annuelle du personnel sur l'utilisation appropriée de l'ÉPI					
DÉSINFECTION / STÉRILISATION DES APPAREILS MÉDICAUX					
Respect des directives du fabricant					
Processus de nettoyage des appareils semi-critiques et critiques, y compris des protocoles documentés pour : le désassemblage le triage et le trempage l'enlèvement physique des matières organiques le rinçage le séchage l'inspection physique l'emballage					

GLOSSAIRE

Bactérie : Forme biologique formée d'une seule molécule d'ADN suspendue dans le cytoplasme et encapsulée dans une mince paroi cellulaire. La bactérie est capable d'exécuter indépendamment toutes les fonctions et tous les processus dont elle a besoin pour survivre et peut potentiellement causer la maladie.¹

Champignon : Groupe d'organismes divers qui prolifèrent ou croissent dans des zones mouillées ou humides et causent la maladie.¹

Classification Spaulding : Stratégie pour le retraitement d'appareils médicaux contaminés. Ce système divise les appareils médicaux en trois catégories : critique, semi-critique et non critique, selon le risque que la contamination d'un appareil nuise à la sécurité d'un client. Le système établit également trois niveaux d'activité germicide (stérilisation, désinfection de niveau supérieur et désinfection de niveau inférieur) applicables aux trois classes d'appareils médicaux (critique, semi-critique et non critique).¹⁵

Colonisation : Présence de microorganismes dans ou sur un hôte, avec croissance et multiplication, mais sans invasion des tissus ou altérations cellulaires.¹²

Désinfection : Processus consistant à tuer un certain pourcentage de microbes.¹

Désinfection de niveau inférieur : Niveau de désinfection requis pour nettoyer et désinfecter les appareils médicaux non critiques et les surfaces environnementales. La désinfection de niveau inférieur ne tue pas les mycobactéries ou les spores bactériennes, mais détruit la majorité des bactéries végétatives et certains champignons.^{15, 16}

Désinfection de niveau supérieur : Niveau de désinfection requis pour traiter l'équipement/les appareils médicaux semi-critiques. Les processus de désinfection de niveau supérieur détruisent les bactéries végétatives, les mycobactéries, les champignons et les virus enveloppés (lipidiques) et non enveloppés (non lipidiques), mais pas nécessairement les spores bactériennes. L'équipement/les appareils médicaux doivent être soigneusement nettoyés avant de procéder à la désinfection de niveau supérieur.^{6, 12}

Équipement critique : Appareil médical qui pénètre les tissus stériles, y compris le système vasculaire. Ces appareils présentent un risque d'infection élevé si l'appareil est contaminé par des microorganismes, y compris les spores bactériennes. Ils comprennent, entre autres, les aiguilles, les seringues, les scalpels et les instruments invasifs/chirurgicaux, tous les appareils implantables, les pinces à biopsie et tous les instruments utilisés pour les soins des pieds.¹⁶

Équipement de protection individuelle (ÉPI) : Équipement ou vêtements spécialisés utilisés par les travailleurs des soins de santé pour se protéger contre l'exposition

directe au sang, aux tissus ou aux liquides corporels des clients. Cet équipement peut comprendre les gants, les blouses, les tabliers résistant aux liquides, les calottes et les chaussettes, les écrans faciaux et les masques, les protections oculaires et les appareils de ventilation (p. ex., embouchures, sacs à insufflateurs, masques de poche).^{15,16} Il incombe au travailleur des soins de santé de porter l'équipement de protection individuelle approprié dans toute situation où il est susceptible d'être exposé au sang, aux liquides corporels, aux excréments et aux sécrétions.

Équipement non critique : Appareil médical qui touche seulement la peau intacte (et ne touche pas les muqueuses) ou qui ne touche pas directement le client. La peau intacte agit comme barrière efficace contre la majorité des microorganismes; c'est pourquoi la stérilité des articles qui entrent en contact avec la peau est « non critique ».¹⁶

Équipement semi-critique : Appareil médical qui entre en contact avec les muqueuses ou la peau non intacte, mais n'y pénètre pas. Comprend, entre autres, les écouteurs à insertion, les embouts de la sonde à impédance et les embouts d'otoscope.¹⁵

Gestion des déchets : Toutes les activités, tant administratives qu'opérationnelles, requises pour produire, manipuler, traiter, conditionner, entreposer, transporter et éliminer les déchets produits par les établissements de soins de santé. Il existe trois catégories de déchets : généraux (p. ex., gants usagés, abaisse-langue), biomédicaux (p. ex., tranchants) et pathologiques (tissus et liquides corporels).¹¹

Hiérarchie des mesures de prévention : Cadre comprenant trois niveaux de prévention : les mesures d'ingénierie, les mesures administratives et les mesures de protection individuelle.

1. Les *mesures d'ingénierie* sont intégrées directement au design des établissements de soins de santé (salles de bain privées, chambres privées, systèmes CVCA). Les professionnels de la prévention des infections devraient participer au design et à la planification des nouveaux établissements. Il faudrait mener une analyse des risques infectiologiques pour évaluer et mitiger les risques potentiels de transmission de microorganismes par les voies atmosphériques, aquatiques et environnementales.
2. Les *mesures administratives* comprennent les protocoles pour le lavage des mains, l'immunisation des résidents et des soignants lors d'une éclosion et les protocoles des soins donnés aux patients qui ont des maladies infectieuses.
3. *L'équipement de protection individuelle* est la façon la moins souhaitable de maîtriser les risques, étant donné qu'il ne les élimine pas mais ne fait que les contenir, et que tout dépend de son usage approprié par un personnel éduqué et bien informé.²

(Adapté du document sur les éclosions respiratoires publié par le BC Centre for Disease Control)

Infection liée aux soins de santé : Aussi appelée infection nosocomiale et infection acquise en milieu hospitalier. Il s'agit d'une infection acquise à l'hôpital par un patient

admis pour une raison autre que cette infection. Une infection présente chez un patient dans un établissement de soins de santé qui n'était pas présente ou en incubation au moment de l'admission. Comprend les infections acquises à l'hôpital, mais également les infections apparaissant après le congé et les infections professionnelles chez le personnel de l'établissement.⁶

Lavage des mains : Processus consistant à enlever les souillures et les microorganismes transitoires des mains. Peut se faire avec de l'eau et du savon ou à l'aide d'un gel désinfectant à base d'alcool. Les gels désinfectants devraient contenir au moins 60 à 90 % d'alcool. Consultez le document de l'Organisation mondiale de la santé (2009) intitulé *WHO Guidelines on Hand Health Hygiene in Health Care*¹² (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf) pour de plus amples renseignements.

Microorganisme : Tout organisme (animal ou végétal) de taille microscopique.¹

Milieu de pratique clinique : Peut comprendre, entre autres, les cliniques de soins ambulatoires et communautaires (y compris les milieux de pratique privée); les garderies et écoles; les établissements de soins de longue durée (p. ex., les foyers de soins, les résidences pour personnes âgées, les maisons de retraite et les foyers de groupe); les foyers privés et les hôpitaux (soit les unités ou services de soins des patients).

Nettoyage : Enlèvement physique des matières étrangères (p. ex., la poussière, les souillures et les matières organiques comme le sang, les sécrétions, les excréments et les microorganismes). Le nettoyage enlève physiquement les microorganismes, mais ne les détruit pas. On l'accomplit avec de l'eau, des détergents et une action mécanique. Un nettoyage soigneux et méticuleux doit être réalisé avant que tout équipement/appareil ne puisse être décontaminé, désinfecté et/ou stérilisé.¹⁶

Parasite : Organisme qui grandit, se nourrit et s'abrite dans ou sur un organisme différent sans contribuer quoi que ce soit à la survie de son hôte.²

Pratiques habituelles : Terme utilisé par Santé Canada/l'Agence de la santé publique du Canada pour décrire l'ensemble des pratiques de prévention des infections recommandées par le Canada pour prévenir la transmission des microorganismes dans les milieux de soins de santé. L'utilisation uniforme des pratiques habituelles avec tous les clients/résidents/patients est essentielle pour prévenir la transmission des microorganismes d'un client à l'autre et d'un client au personnel. Pour consulter une description exhaustive des pratiques habituelles visant à prévenir la transmission des pathogènes nosocomiaux, visitez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99vol25/25s4/index_f.html.^{5,16} La feuille de renseignements sur les pratiques habituelles du CCPMI est disponible à : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/pidac/fact_sheet/fs_routine_010107f.pdf¹⁶

Précautions additionnelles : Interventions mises en œuvre en présence de certains pathogènes ou de certaines présentations cliniques en plus des précautions habituelles pour la prévention des infections, dans le but de réduire le risque de transmission des microorganismes d'un patient à l'autre, du patient au travailleur des soins de santé et du travailleur des soins de santé au patient.¹⁶ <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/02pdf/28s1e.pdf>

Précautions contre la transmission par contact : Précautions s'ajoutant aux précautions habituelles pour réduire la transmission des maladies propagées par contact.¹⁵

Précautions contre la transmission par gouttelettes : Précautions s'ajoutant aux précautions habituelles pour réduire la transmission des maladies propagées par gouttelettes. Ces précautions sont le port, par le travailleur des soins de santé, d'un masque chirurgical ou procédural résistant à l'eau et d'une protection oculaire ou d'un écran facial.^{5, 15}

Précautions contre la transmission par voies aériennes : Précautions s'ajoutant aux précautions habituelles pour réduire la transmission des maladies propagées par voie aérienne.¹⁵

Précautions standard : Terme utilisé par l'Organisation mondiale de la santé pour décrire l'ensemble des pratiques de prévention des infections qui devraient être utilisées avec tous les patients et en tout temps, peu importe leur état infectieux connu ou soupçonné. Elles comprennent : le lavage des mains, l'évaluation du risque, les stratégies de réduction du risque, le nettoyage de l'environnement, la désinfection et la stérilisation, la gestion des déchets et la lessive, et les pratiques pour un milieu de travail sain.⁴

Prévention des infections : Pratiques et procédures fondées sur les données probantes qui, uniformément mises en œuvre dans les établissements de soins de santé, peuvent prévenir la transmission des microorganismes au personnel des soins de santé, aux clients et aux visiteurs, ou en réduire le risque.^{1, 16}

Respirateur ajusté : Masque qui a été ajusté grâce à un processus de sélection du respirateur d'une taille et d'un type approprié pour la personne qui le portera et de formation du clinicien sur l'utilisation appropriée (p. ex., masque N95).²

Stérilisation : Niveau de retraitement requis pour l'équipement/les appareils médicaux critiques. Le processus de stérilisation permet de détruire toutes les formes de vie microbienne, y compris les bactéries, les virus, les spores et les champignons.¹⁷

Tranchants : Objets pouvant causer des ponctions ou des coupures (p. ex., les aiguilles, les seringues, les lames, le verre).^{15, 16}

Transmission par contact : Mode de transmission de la maladie où les microorganismes sont transférés à un hôte grâce au toucher ou au contact avec des objets potentiellement infectieux. La transmission de la maladie peut être directe, indirecte ou par gouttelettes.¹

Transmission par vecteur : Mode de transmission de la maladie où des insectes ou animaux porteurs d'un agent pathogène transfèrent la maladie en interagissant avec un hôte susceptible.¹

Transmission par véhicule : Quand la maladie est transmise par l'ingestion de substances contaminées ou l'exposition à ces substances, soit la nourriture, l'eau, le sang ou les substances corporelles.⁹

Transmission par voie aérienne : Mode de transmission de maladies par l'exposition aux microbes suspendus dans l'air sous forme de gouttelettes ou de particules de poussière.¹

Usage unique : Appareil pouvant être utilisé et réutilisé avec un même client, mais pas avec d'autres clients.¹

Virus : Un des nombreux agents inframicroscopiques qui se comportent en parasites et qui consistent d'un segment d'ADN et d'ARN entouré d'une couche de protéine. Parce que les virus ne peuvent pas se reproduire hors d'une cellule hôte, on ne les considère pas comme des organismes vivants dans les systèmes taxonomiques conventionnels. Néanmoins, on les estime « vivants » quand ils sont capables de se répliquer et de causer des maladies.⁸

RÉFÉRENCES

1. Bankaitis, A.U., Kemp, R. (2005). *Infection Control in the Audiology Clinic*. 2nd Ed. Chesterfield, MO: Aukse E. Bankaitis.
2. Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (juin 2007). *Pratiques exemplaires de la prévention et du contrôle des infections pour les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires, y inclut les bureaux de soins de santé et les cliniques de soins ambulatoires*. Consulté le 3 avril 2009 à :
<http://www.ccar-ccra.com/french/pdfs/HygieneGuideFormat-FR-AUG08FINAL.pdf>
3. Clark, J.G., Kemp, R.J. and Bankaitis, A.U. (2003). Infection Control in Audiological Practice. *Audiology Today*, volume 15 (5): p. 12-19.
4. Organisation mondiale de la santé (2004). *Practical guidelines for infection control in health care facilities*. Consulté le 14 avril 2009 à :
http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/006EF250-6B11-42B4-BA17-C98D413BE8B8/0/practical_guidelines_infection_control.pdf
5. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2004). *Preventing respiratory illnesses in community settings: Guidelines for infection control and surveillance for febrile respiratory illness (FRI) in community settings in non-outbreak conditions*. Consulté le 29 mai 2009 à :
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/sars/docs/docs3/guide_fri_comm_031104.pdf
6. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2005). *Infection prevention and control core competencies education*. Consulté le 29 mai 2009 à :
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/infect_prevent/ipccce_mn.html
7. Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté (2006). *Infection prevention and control core competencies for health care workers: A consensus document*. Consulté le 26 avril 2009 à :
<http://www.chica.org/pdf/corecompfinal.pdf>
8. Bankaitis, A.U., Kemp, R. (2003). *Infection Control in the Hearing Aid Clinic*. Chesterfield, MO: Aukse E. Bankaitis.
9. Frequently Asked Questions. Methods of Disease Transmission. Department of Microbiology. Mount Sinai Hospital. Consulté le 20 juin 2009 à :
<http://microbiology.mtsinai.on.ca/faq/transmission.shtml>.

10. Guidelines for Infection Prevention and Control in the Physician's Office. BC Centre for Disease Control. 2004. Consulté le 20 juin 2009 à : http://www.bccdc.org/downloads/pdf/lab/reports/Infection_Control_In_Physician_Office_Final.pdf.
11. Bankaitis, A.U. et Kemp, Robert J. (2003). *Infection Control in the Hearing Aid Clinic*. Chesterfield, MO: Aukse E. Bankaitis.
12. Organisation mondiale de la santé (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Consulté le 8 juillet 2009 à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
13. Agence de la santé publique du Canada (2009). *Lignes directrices provisoires : Mesures de prévention et de contrôle des infections*. Consulté le 17 août 2009 à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/hp-ps/a1-fra.php>
14. Occupational Health & Safety Agency for Healthcare in BC (OHSAH) (2008). *Home and community care risk assessment tool: Resource guide*. Consulté le 8 juillet 2009 à : http://www.ohsah.bc.ca/media/161-HB-Risk_Assessment_Tool.pdf
15. Ordre des audiologistes et orthophonistes de l'Ontario (2006). *Infection control for regulated professionals*. Consulté le 3 avril 2009 à : <http://www.caslpo.com/Portals/0/positionstatements/InfectionControlCASLPOEDITION.pdf>
16. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (avril 2008). *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation dans tous les établissements de soins de santé*. Consulté le 8 juillet 2009 à : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_cds_f.pdf
17. A Guide to Selection and Use of Disinfectants. 2003. BCCDC Laboratory Services. Consulté le 22 juin 2009 à : <http://www.bccdc.org/downloads/pdf/lab/reports/disinfectants.pdf>.
18. Duke University and Medical Center. Animal Care and Use Program. Guidelines for Sterilization and Disinfection. Consulté le 22 juin 2009 à : http://vetmed.duhs.duke.edu/guidelines_for_sterilization_disinfection.htm.
19. Kemp, Robert J., Bankaitis, Aukse. Infection Control in Audiology. *Audiology Online*. Consulté le 22 juin 2009 à : http://www.audiologyonline.com/articles/article_detail.asp?article_id=214

20. Best Practice Guidelines for the Cleaning, Disinfection and Sterilization of Medical Devices in Health Authorities, mars 2007. B.C. Patient Safety Branch, Ministry of Health
21. Fallis, P. (2004) Infection Prevention and Control in Office-Based Health Care and Allied Services, 2^e édition. Ontario: Canadian Standards Association.