

A decorative graphic on the right side of the page features three blue circles of varying sizes. A large circle is at the top, a medium one is below it, and a very large one is at the bottom right. Thin blue lines connect the top-left and bottom-left of the top circle to the top-left and bottom-left of the middle circle, and a line connects the top-right of the middle circle to the top-right of the bottom circle.

GUIDE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

« PRATIQUES DE BASE
ET PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES »

Table régionale en prévention
des infections nosocomiales (TRPIN)
de la Capitale-Nationale

Avril 2012

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU GUIDE ET PRINCIPES GÉNÉRAUX	1
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	2
TERMINOLOGIE	2
FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE SANTÉ	3
ÉLÉMENTS RELATIFS À LA TRANSMISSION DES MICROORGANISMES.....	4
PRATIQUES DE BASE.....	7
1. HYGIÈNE DES MAINS.....	9
1.1. INDICATIONS.....	10
1.2. RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'HYGIÈNE DES MAINS	11
2. HYGIÈNE ET ÉTIQUETTE RESPIRATOIRE	12
2.1. INDICATIONS.....	12
2.2. RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'HYGIÈNE ET L'ÉTIQUETTE RESPIRATOIRE.....	12
3. PORT DE L'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION PERSONNELLE (EPP)	13
3.1. GANTS	13
3.1.1. <i>Indications</i>	13
3.1.2. <i>Recommandations relatives au port des gants</i>	13
3.2. BLOUSE.....	14
3.2.1. <i>Indications</i>	14
3.2.2. <i>Recommandations relatives au port de la blouse</i>	14
3.3. MASQUE	15
3.3.1. <i>Indications</i>	15
3.3.2. <i>Recommandations relatives à l'utilisation du masque</i>	15
3.4. PROTECTION OCULAIRE	15
3.4.1. <i>Indications</i>	15
3.4.2. <i>Recommandations relatives à l'utilisation de la protection oculaire</i>	16
4. PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT	16
4.1. HYGIÈNE ET SALUBRITÉ	16
4.1.1. <i>Définition</i>	16
4.1.2. <i>Recommandations relatives à l'hygiène et salubrité</i>	17
4.2. NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DE L'ÉQUIPEMENT ET DES INSTRUMENTS DE SOINS	18
4.2.1. <i>Définition</i>	18
4.2.2. <i>Recommandations relatives à l'entretien de l'équipement de soins</i>	19
4.2.3. <i>Procédures suggérées selon le type d'équipement de soins</i>	20
4.3. MANIPULATION DE LA LINGERIE.....	20
4.3.1. <i>Définition</i>	20
4.3.2. <i>Recommandations relatives à la lingerie</i>	21

5.	GESTION DES VISITEURS	21
5.1.	DÉFINITION.....	21
5.2.	RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX VISITEURS.....	22
6.	PRATIQUES DE TRAVAIL SÉCURITAIRE.....	22
6.1.	MANIPULATION ET DISPOSITION DU MATÉRIEL PIQUANT OU TRANCHANT	22
6.2.	TRANSPORT DES SPÉCIMENS DE LABORATOIRE.....	23
6.3.	DÉVERSEMENT ACCIDENTEL DE SANG ET DE LIQUIDES BIOLOGIQUES	23
6.4.	GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX INFECTIEUX	23
6.5.	MANIPULATION SÉCURITAIRE DES SOLUTIONS ET MÉDICAMENTS INJECTABLES.....	24
7.	PRATIQUES LIÉES AUX INTERVENTIONS À DOMICILE	25
7.1.	DÉFINITION.....	25
7.2.	INDICATIONS.....	25
7.3.	RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX INTERVENANTS À DOMICILE.....	25
7.4.	RECOMMANDATIONS LIÉES À L'APPLICATION DES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES À DOMICILE	26
7.5.	ENTRETIEN DES ÉQUIPEMENTS, DU MATÉRIEL ET DE L'ENVIRONNEMENT	26
	PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES	29
1.	PRÉCAUTIONS CONTACT, CONTACT ALLÉGÉES ET CONTACT RENFORCÉES	33
1.1.	DÉFINITION.....	33
1.2.	INDICATIONS.....	34
1.3.	MODALITÉS	35
1.3.1.	<i>Choix de chambre</i>	<i>35</i>
1.3.2.	<i>Mesures de PCI et équipement de protection personnelle.....</i>	<i>36</i>
1.3.3.	<i>Déplacement de l'usager en précautions CONTACT, CONTACT ALLÉGÉES ET CONTACT RENFORCÉES.....</i>	<i>37</i>
1.3.4.	<i>Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement.....</i>	<i>38</i>
1.4.	ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	38
1.5.	GESTION DES VISITEURS	39
1.6.	AUTRES PARTICULARITÉS POUR LES PRÉCAUTIONS CONTACT RENFORCÉES ET CONTACT ALLÉGÉES.....	39
1.6.1.	<i>Précautions CONTACT RENFORCÉES.....</i>	<i>39</i>
1.6.2.	<i>Précautions CONTACT ALLÉGÉES.....</i>	<i>40</i>
1.6.3.	<i>Tableau synthèse des précautions de type CONTACT.....</i>	<i>41</i>
2.	PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES.....	43
2.1.	DÉFINITION.....	43
2.2.	INDICATIONS.....	43
2.3.	MODALITÉS	44
2.3.1.	<i>Choix de chambre</i>	<i>44</i>
2.3.2.	<i>Mesures de PCI et équipement de protection personnelle.....</i>	<i>45</i>
2.3.3.	<i>Déplacement de l'usager faisant l'objet de précautions GOUTTELETTES</i>	<i>45</i>
2.3.4.	<i>Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement.....</i>	<i>46</i>

2.4.	ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	47
2.5.	GESTION DES VISITEURS	47
2.6.	AUTRES PARTICULARITÉS POUR LES PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES	47
2.6.1.	<i>Consultation externes et en soins ambulatoires.....</i>	47
2.6.2.	<i>Protection personnelle lors de procédures générant des aérosols</i>	48
3.	PRÉCAUTIONS « GOUTTELETTES/CONTACT »	49
3.1.	DÉFINITION.....	49
3.2.	INDICATIONS.....	49
3.3.	MODALITÉS	50
3.3.1.	<i>Choix de chambre</i>	50
3.3.2.	<i>Mesures de PCI et équipement de protection personnelle.....</i>	51
3.3.3.	<i>Déplacement de l'usager faisant l'objet de précautions GOUTTELETTES/CONTACT</i>	52
3.3.4.	<i>Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement.....</i>	52
3.4.	ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	53
3.5.	GESTION DES VISITEURS	53
3.6.	AUTRES PARTICULARITÉS POUR LES PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES/CONTACT.....	54
3.6.1.	<i>Consultations externes et soins ambulatoires.....</i>	54
3.6.2.	<i>Protection personnelle lors de procédures générant des aérosols</i>	54
4.	PRÉCAUTIONS AÉRIENNES	55
4.1.	DÉFINITION.....	55
4.2.	INDICATIONS.....	55
4.2.1.	<i>Immunité face aux maladies à transmission aérienne obligatoire.....</i>	56
4.3.	MODALITÉS	56
4.3.1.	<i>Choix de chambre</i>	57
4.3.2.	<i>Mesures de PCI et équipement de protection personnelle.....</i>	58
4.3.3.	<i>Déplacement de l'usager faisant l'objet de précautions AÉRIENNES.....</i>	58
4.3.4.	<i>Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement.....</i>	59
4.4.	ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	59
4.5.	GESTION DES VISITEURS	59
4.6.	AUTRES PARTICULARITÉS POUR LES PRÉCAUTIONS AÉRIENNES.....	60
4.6.1.	<i>Consultations externes et soins ambulatoires.....</i>	60
4.6.2.	<i>Programme de protection respiratoire.....</i>	60
4.6.3.	<i>Autres aspects au regard de la tuberculose pulmonaire</i>	61
5.	PRÉCAUTIONS AÉRIENNES/CONTACT.....	63
5.1.	DÉFINITION.....	63
5.2.	INDICATIONS.....	63
5.2.1.	<i>Immunité face aux maladies à transmission AÉRIENNES/CONTACT</i>	63
5.3.	MODALITÉS	64
5.3.1.	<i>Choix de chambre</i>	64
5.3.2.	<i>Mesures de PCI et équipement de protection personnelle.....</i>	65
5.3.3.	<i>Déplacement de l'usager faisant l'objet de précautions AÉRIENNES/CONTACT.....</i>	66
5.3.4.	<i>Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement.....</i>	66

5.4.	ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	67
5.5.	GESTION DES VISITEURS	67
5.6.	AUTRES PARTICULARITÉS POUR LES PRÉCAUTIONS AÉRIENNES/CONTACT	68
5.6.1.	<i>Consultations externes et soins ambulatoires</i>	68
5.6.2.	<i>Programme de protection respiratoire</i>	68
5.6.3.	<i>Précautions AÉRIENNES/CONTACT RENFORCÉES</i>	69
6.	PRÉCAUTIONS DE PROTECTION	71
6.1.	DÉFINITION.....	71
6.2.	INDICATIONS.....	71
6.3.	MODALITÉS	71
6.3.1.	<i>Choix de chambre</i>	72
6.3.2.	<i>Mesures de PCI et équipements de protection personnelle</i>	73
6.3.3.	<i>Déplacement de l'usager faisant l'objet de précautions de PROTECTION</i>	74
6.3.4.	<i>Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement</i>	74
6.4.	ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	75
6.5.	GESTION DES VISITEURS	75
6.6.	AUTRES PARTICULARITÉS DE PRÉVENTION POUR LES USAGERS EN PRÉCAUTIONS DE PROTECTION.....	76
	LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS	79
	INDEX - LISTE DES AGENTS INFECTIEUX.....	135
	LES OUTILS D'APPLICATION	139
	ANNEXE 1 - TECHNIQUE DU LAVAGE DES MAINS HYGIÉNIQUE	139
	ANNEXE 2 - TECHNIQUE DE LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE.....	140
	ANNEXE 3 – AFFICHETTES ILLUSTRANT LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES	141
	ANNEXE 4 - ÉLIMINATION DES CONTAMINANTS AÉROPORTÉS	150
	RÉFÉRENCES	151

AUTEURS

M^{me} Hélène Amyot, CSSS de Portneuf
M^{me} Claire Bégin, CSSS A. Desjardins-HDL
M^{me} Hélène Beaulieu, IUCPQ
M^{me} Nathalie Boissonneault, CHUQ-HSFA
M^{me} Maud Cadieux, IRDPQ
M^{me} Valérie Dancause, CHA
M^{me} Jacinthe Desjardins, CHUQ-HDQ
M^{me} Sylvie Douville, IUSMQ
M^{me} Kathleen Gagnon, CSSS Charlevoix
M^{me} Danielle Goulet, CHUQ
M^{me} Dominique Grenier, CHUQ-CHUL
M^{me} Raymonde Lambert, IUSMQ
M^{me} Isabelle Langlois, CSSS V-Capitale
M^{me} Julie Lavoie, CSSS Qc-Nord
D^r Yves Longtin, IUCPQ
M^{me} Myrance Mailhot, CHUQ
M^{me} Bianka Paquet-Bolduc, IUCPQ
M^{me} Marie-Paule Parent, Jeff-SBH
D^{re} Marie-Claude Roy, CHA
D^{re} Claude Tremblay, CHUQ
D^r Jasmin Villeneuve, DRSP

Avec la collaboration des membres de la table régionale en prévention des infections nosocomiales de la Capitale-Nationale.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les anciens membres de groupe de travail des régions 03-12 qui ont participé à la mise à jour de ce guide au cours des dernières années. Nos remerciements également aux professionnels en PCI qui ont créé la première version de ce guide ainsi que ceux des équipes actuelles qui ont généreusement apporté leurs commentaires tout au long du processus.

MISE EN PAGES

M^{me} Suzanne Couture, agente administrative, CHUQ
M^{me} Johanne Paquet, agente administrative, IUSMQ

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CH	Centre hospitalier
DACD	Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>
EPP	Équipement de protection personnelle
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
FHA	Friction hydro-alcoolique
GVH	Graft versus host disease ou maladie du greffon contre l'hôte
H ₂ O	Eau
HEPA	High Efficiency Particulate Air
IVRS	Infections des voies respiratoires supérieures
MRSI	Maladies respiratoires sévères infectieuses
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N95	Respirateur ou masque à haut pouvoir filtrant
NDM-I	New Delhi métallobêta-lactamase
OMS	Organisation mondiale de la santé
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SHA	Solution hydro-alcoolique
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TCT	Test cutané à la tuberculine
URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables
VRS	Virus respiratoire syncytial

PRÉSENTATION DU GUIDE ET PRINCIPES GÉNÉRAUX

INTRODUCTION

Paru initialement en 1999, le guide de prévention des infections « Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé », élaboré par un regroupement de professionnels des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches, est rapidement devenu un outil prisé par plusieurs établissements à travers le Québec. Ce guide a permis d'uniformiser et d'actualiser les pratiques en matière de prévention et contrôle des infections et de les adapter aux réalités du système de santé québécois.

Depuis cette première version, de nombreux événements internationaux, nationaux et provinciaux ont permis de générer une somme importante de résultats probants qui influencent maintenant les normes de pratiques en prévention et contrôle des infections. La progression des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et autres bactéries résistantes aux antibiotiques chez la clientèle hospitalisée ; la recrudescence des infections causées par la bactérie *Clostridium difficile* ; l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et plus récemment, la pandémie de grippe A (H1N1) ont permis d'approfondir certaines notions liées à la transmission des pathogènes tout en soulignant la nécessité de poursuivre les efforts pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Par ailleurs, une version révisée des lignes directrices américaines émises par les « Centers for Disease Control » (CDC) a été publiée en 2007 afin de mettre à jour les recommandations émises en 1996 concernant les pratiques de base et les précautions additionnelles. Ces premières lignes directrices, tout comme celles publiées par Santé Canada, ayant servi de base à l'élaboration du guide régional, il semblait important pour le groupe de travail, de réactualiser cet outil régional afin de répondre à la réalité, en constante évolution, des maladies infectieuses.

Ce document se veut un outil de référence qui s'adresse principalement aux travailleurs de la santé qui offrent des soins directs à une clientèle diversifiée. Il se divise en quatre parties :

- Les pratiques de base en prévention et contrôle des infections.
- Les précautions additionnelles pour prévenir la transmission des infections.
- La liste des symptômes, agents infectieux et diagnostics.
- Les outils d'application.

OBJECTIFS

Les objectifs de ce guide pour la prévention et le contrôle des infections sont de :

- Fournir des recommandations adaptées aux différents milieux de soins.
- Réaffirmer l'importance des pratiques de base comme étant les principes fondamentaux à respecter pour prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins.
- Réaffirmer l'importance d'instaurer des précautions additionnelles basées sur le mode de transmission des microorganismes en fonction de la présentation clinique d'un cas et sur les pathogènes les plus susceptibles d'être la cause de cette présentation, ceci en attente d'un diagnostic infectieux plus précis.
- Fournir des recommandations basées sur la littérature scientifique.
- Harmoniser les pratiques de prévention et de contrôle des infections au niveau régional et suprarégional.

TERMINOLOGIE

Les termes suivants ont été ajoutés ou clarifiés par rapport à la version antérieure de ce document :

- Le cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec publié par le MSSS en 2006 définit le terme infections nosocomiales comme suit : « Infections acquises au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés ». Cette définition rejoint celle retenue au début des années 2000 par le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) afin de tenir compte des modifications apportées à l'organisation de la prestation des soins de santé (virage ambulatoire).
- Une nouvelle pratique de base a fait son apparition depuis l'ancienne version du guide soit l'hygiène et l'étiquette respiratoire. Cette pratique de base, en plus de s'appliquer au personnel soignant qui administre des soins, concerne également tous les individus qui entrent dans un milieu de soins incluant les usagers et les visiteurs. Les recommandations concernant l'hygiène et l'étiquette respiratoire émanent des observations notées lors de l'épidémie de SRAS en 2003. Les manquements à instaurer les pratiques de base par le personnel, les usagers de même que les visiteurs, a pu contribuer à la transmission du virus associé au SRAS dans les milieux de soins.
- Le mode de transmission par contact étant le plus fréquent des modes de transmission, des sous-catégories ont été créées pour ce type d'isolement afin de mieux répondre aux différents besoins des milieux de soins. Par exemple, la recrudescence des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, a favorisé l'émergence de précautions de

type « CONTACT RENFORCÉES » en raison de la persistance des spores dans l'environnement de l'usager. D'un autre côté, la mission des établissements où le type de soins offerts dans un contexte particulier tel une approche « milieu de vie », ont mis en évidence certains besoins pour des précautions de type « CONTACT ALLÉGÉES ».

- Une nouvelle catégorie de précautions additionnelles a été ajoutée sous l'appellation précautions de « PROTECTION ». Les précautions de « protection » incluent les mesures environnementales (filtration à haute efficacité (HEPA), pression positive, ventilation etc.) nécessaires pour réduire le risque d'infections fongiques invasives chez les usagers allogreffés de moelle ou de cellules souches hématopoïétiques. Ces précautions incluent des stratégies pour prévenir la transmission d'infections du travailleur de la santé vers l'usager et des recommandations pour minimiser les risques d'exposition à des poussières pouvant provenir de travaux de construction afin d'assurer une qualité d'air pour ces usagers à risque élevé d'infections opportunistes.
- Le terme « zone de soins » désigne l'endroit où les trois éléments suivants sont réunis, soit l'usager, le personnel soignant et les soins donnant lieu à un contact physique.
- Les infections liées aux interventions dispensées à l'extérieur des milieux de soins constituent une nouvelle réalité au regard de la transmission des infections. Afin de préciser certaines particularités d'application pour ce type de soins et services, une section portant sur les « pratiques liées aux interventions à domicile » a été ajoutée aux pratiques de base.

FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE SANTÉ

Plusieurs facteurs contribuent à augmenter les risques de transmission des infections. Ces risques sont différents selon le type d'installation où sont administrés les soins de santé et selon les caractéristiques des usagers. Parmi ceux-ci, notons :

- L'immunosuppression
- L'âge
- Les maladies concomitantes
- L'intensité des soins
- L'exposition aux sources environnementales
- La durée de séjour
- La fréquence des interactions entre le personnel soignant et les usagers
- L'épidémiologie locale de certains pathogènes.

Tous ces facteurs doivent être évalués avec minutie lorsqu'il s'agit d'adapter les pratiques de prévention et contrôle des infections.

ÉLÉMENTS RELATIFS À LA TRANSMISSION DES MICROORGANISMES

Les mécanismes de propagation des infections comprennent quatre éléments : un hôte, un agent infectieux, une source ou un réservoir et un mode de transmission. Ils se définissent ainsi :

Hôte

Individu qui est réceptif à l'infection et qui la contracte. L'infection est le résultat des interrelations complexes qui existent entre l'hôte et l'agent infectieux.

Agent infectieux

Bactérie, virus, champignon, parasite ou prion.

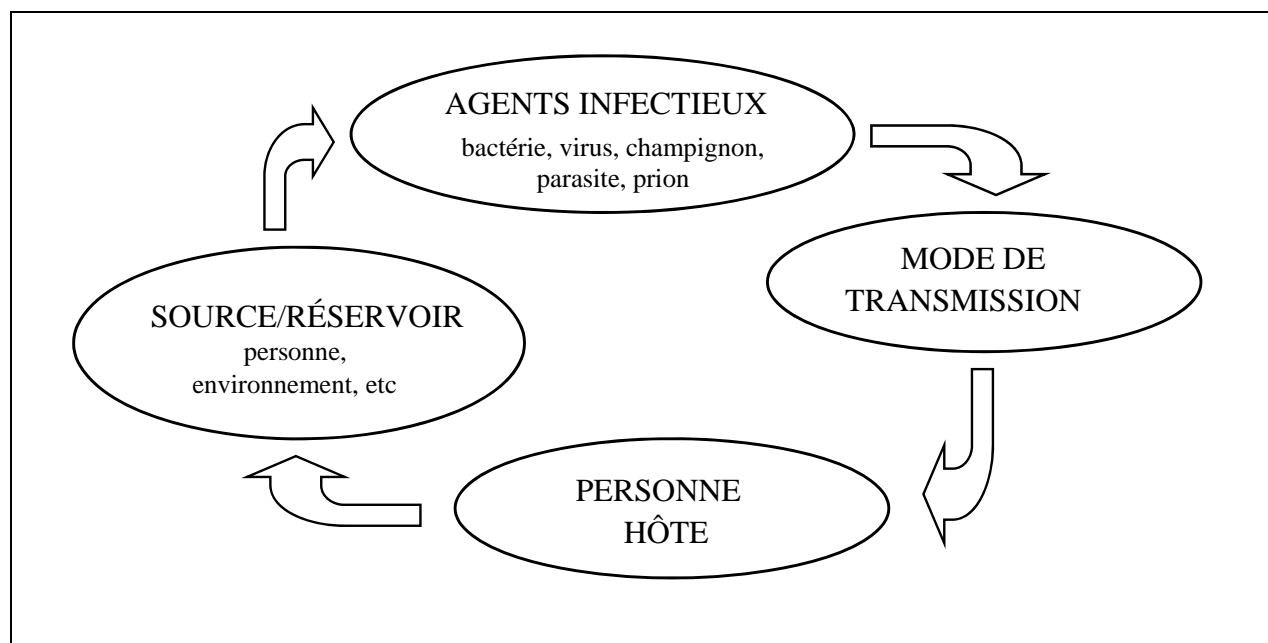
Source ou réservoir

Usager, personnel ou visiteur pouvant présenter une infection active, être asymptomatique ou en période d'incubation d'une maladie infectieuse ou être colonisé transitoirement ou de façon chronique par un microorganisme pathogène. L'environnement inanimé constitue également une source d'infections nosocomiales.

Mode de transmission

Moyen que prend le microorganisme infectieux, en partant de la source, pour atteindre l'hôte réceptif. On distingue la transmission par contact, par gouttelettes, par voie aérienne, par un véhicule commun et par un vecteur. Le mode de transmission varie selon le type de microorganisme. De plus, certains agents infectieux peuvent être transmis par plus d'un mode.

Ces quatre éléments constituent ce que l'on appelle la chaîne de transmission des infections. Ils sont résumés dans le schéma suivant :



The cover features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes and two thin blue lines. One line starts from the top left and extends towards the center, while another starts from the top right and extends towards the center. The circles are positioned at the top, middle, and bottom right of the page.

**GUIDE DE PRÉVENTION
ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

PRATIQUES DE BASE

Avril 2012

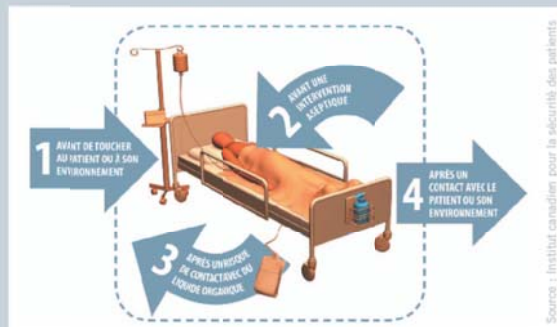
PRATIQUES DE BASE

Les pratiques de base reposent sur le principe selon lequel tous les usagers sont potentiellement infectieux, même s'ils sont asymptomatiques. Des pratiques de base sécuritaires doivent toujours être appliquées avec tous les usagers en vue d'empêcher toute exposition à du sang ou d'autres liquides organiques, aux sécrétions et aux excréments afin de prévenir la propagation des infections. Les travailleurs de la santé doivent être en mesure d'évaluer le risque d'exposition et de déterminer les pratiques de base qui aideront à diminuer la transmission des microorganismes.

Ces pratiques de base, décrites dans la section qui suit, sont regroupées sous les thèmes suivants :

- Hygiène des mains
- Hygiène et étiquette respiratoire
- Port de l'équipement de protection personnelle (EPP)
- Protection de l'environnement
- Gestion des visiteurs
- Pratiques de travail sécuritaire.

HYGIÈNE DES MAINS



4 moments pour l'hygiène des mains

HYGIÈNE ET ÉTIQUETTE RESPIRATOIRE



PRATIQUES DE BASE

Prévention et contrôle des infections

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION PERSONNELLE



Les gants



La blouse



Le masque



Protection oculaire

GESTION DES VISITEURS



PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT



PRATIQUES DE TRAVAIL SÉCURITAIRE



Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nord
Québec

TABLE RÉGIONALE EN PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

AVRIL 2012

1. HYGIÈNE DES MAINS

L'hygiène des mains, tout en étant la mesure la plus simple, représente la pierre angulaire de la prévention des infections. En effet, de nombreuses recherches démontrent que les mains demeurent l'agent de transmission de microorganismes le plus important. Une hygiène des mains efficace et au bon moment permet de diminuer considérablement la probabilité de transmission de microorganismes.

**L'HYGIÈNE DES MAINS
est le moyen le plus simple et le plus efficace pour prévenir la
transmission des infections**

Le terme « hygiène des mains » est une expression générique qui inclut toutes les actions posées pour rendre les mains plus propres. Il existe différents types d'hygiène des mains selon la technique et le produit utilisé.

- Le lavage hygiénique (eau et savon sans agent antiseptique).
- Le lavage antiseptique (eau et savon avec agent antiseptique).
- La friction hydro-alcoolique (FHA) avec une solution hydro-alcoolique (SHA).
- L'antisepsie chirurgicale (eau et savon antiseptique ou SHA).

La peau est normalement recouverte d'une flore microbienne, c'est-à-dire un ensemble de microorganismes qui la colonise sans provoquer de maladie. La technique et le produit utilisé pour l'hygiène des mains auront un impact différent sur cette flore ainsi que sur la réduction des microorganismes qui la composent. Les deux types de flore composant la peau (flore transitoire et flore résidente) ainsi que le type d'hygiène des mains requis pour les éliminer sont décrits ci-dessous.

La flore transitoire

La flore transitoire est constituée de microorganismes contaminant récemment la peau et provenant de contacts avec les personnes, les objets ou l'environnement. Les microorganismes qui la composent sont généralement faciles à éliminer lors de l'hygiène des mains. Ces microorganismes pathogènes peuvent se transmettre de personne à personne en l'absence d'une hygiène des mains adéquate.

Le lavage hygiénique des mains permet d'éliminer la majeure partie de la flore transitoire. Une quantité suffisante de savon, l'action mécanique du lavage et du rinçage ainsi qu'un séchage approprié réduisent la charge microbienne de façon significative.

La flore résidente

La flore résidente est constituée de microorganismes implantés de façon permanente sur la peau et elle se retrouve en partie sur la couche superficielle de celle-ci. Ces microorganismes sont habituellement peu virulents et ils jouent un rôle important dans la résistance à la colonisation par d'autres microorganismes potentiellement plus pathogènes. Cependant, certains d'entre eux peuvent causer une infection très sévère lorsqu'ils sont introduits dans l'organisme suite à une procédure invasive impliquant une cavité stérile, une muqueuse ou suite à un bris cutané.

Le lavage antiseptique des mains est recommandé lorsqu'une réduction des microorganismes de la flore résidente est nécessaire. L'agent le plus couramment utilisé est le gluconate de chlorhexidine qui, en plus d'assurer une destruction de la flore transitoire, agit sur la flore résidente et laisse une activité antibactérienne résiduelle sur la peau.

La friction hydro-alcoolique est également très efficace pour l'antisepsie des mains. Il est reconnu que les SHA ont une activité antimicrobienne supérieure au savon régulier et au savon antiseptique. Les SHA sont pratiques, rapides d'utilisation et sont moins asséchantes pour la peau que les savons.

1.1. Indications

Bien qu'il soit très important de procéder à l'hygiène des mains suite à certaines activités quotidiennes telles que manipuler des aliments, se nourrir ou encore avoir satisfait des besoins hygiéniques personnels (ex. : aller aux toilettes ou se moucher), les indications spécifiques suivantes s'adressent aux travailleurs de la santé dans l'exercice de leurs fonctions.

Ces indications se nomment **les 4 moments pour l'hygiène des mains**, soit :

1. Avant tout contact avec un usager ou son environnement.
2. Avant une procédure aseptique.
3. Après un risque de contact avec des liquides biologiques ou lors du retrait des gants.
4. Après tout contact avec un usager ou son environnement.

L'hygiène des mains doit être réalisée au « point de soins¹ » c'est-à-dire à l'endroit où sont réunis l'usager, le travailleur de la santé et l'exécution d'un soin.

¹ Traduction française de l'expression anglaise « Point of care ».

Les 4 moments pour l'hygiène des mains

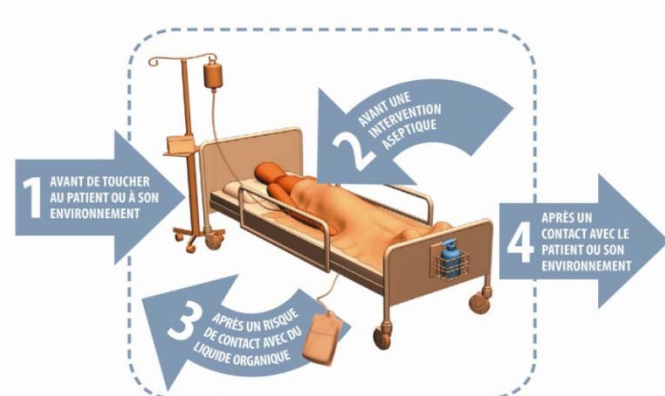


Image de l'Institut Canadien pour la sécurité des soins (ICSP) © reproduit avec l'autorisation du gouvernement de l'Ontario

Les étapes relatives à l'exécution du lavage des mains (annexe 1) et de la friction hydro-alcoolique (annexe 2) sont présentées dans la section Outils d'application.

1.2. Recommandations relatives à l'hygiène des mains

- Utiliser préférentiellement la friction hydro-alcoolique pour procéder à l'hygiène des mains lorsque celle-ci est disponible, sauf dans les situations suivantes :
 - Se laver les mains à l'eau et au savon lorsque celles-ci sont visiblement souillées et après être allé aux toilettes.
 - Se laver les mains à l'eau et au savon antiseptique si un contact avec un usager ou un environnement contaminé par des pathogènes générant des spores est suspecté (ex. : *Clostridium difficile*). L'action mécanique de frottage et de rinçage aide à se débarrasser des spores.
- Privilégier une eau tiède car l'eau trop chaude ou trop froide favorise les dermatites.
- Assécher complètement les mains avant d'utiliser la friction hydro-alcoolique car les SHA perdent de leur effet antimicrobien si elles sont diluées dans l'eau.
- Garder les ongles courts et exempts de vernis pour favoriser une bonne hygiène des mains.
- Éviter le port d'ongles artificiels (faux ongles) lorsque vous entrez en contact direct avec les usagers. Des épidémies liées à leur utilisation ont été rapportées dans la littérature.

La présence de bijoux (bagues et les bracelets) ne doit pas nuire à l'hygiène des mains et au port de gants lorsque cela est requis. La contamination des mains est augmentée par le port de bagues et le retrait de celles-ci est suggéré.

2. HYGIÈNE ET ÉTIQUETTE RESPIRATOIRE

L'hygiène et l'étiquette respiratoire sont des mesures destinées à réduire le risque de transmission de pathogènes respiratoires dans les milieux de soins. Elles ciblent toutes les personnes (usagers, travailleurs de la santé, visiteurs, etc.) qui entrent dans un établissement de soins et qui présentent des symptômes compatibles avec une infection respiratoire transmissible ou potentiellement transmissible.

Elles consistent en l'application de mesures pour contenir les sécrétions respiratoires à la source et le respect de l'hygiène des mains.

2.1. Indications

La mise en place de l'hygiène et l'étiquette respiratoire est encouragée en tout temps, et ce, même en période de faible circulation des virus car plusieurs infections respiratoires circulent tout au long de l'année (ex. : coqueluche). L'hygiène et l'étiquette respiratoire demeurent un excellent rempart contre la transmission des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) comme l'a démontré l'expérience du SRAS en 2003.

2.2. Recommandations relatives à l'hygiène et l'étiquette respiratoire

- Effectuer un triage actif, dans tous les milieux de soins, des usagers pouvant présenter une MRSI (ex. : influenza aviaire).
- Éduquer et encourager tous les individus (usagers, travailleurs de la santé, visiteurs, etc.) à appliquer les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire.
- Installer des affiches aux entrées et aux endroits stratégiques de l'établissement (ascenseurs, salles d'attente, cafétéria, etc.) pour rappeler le respect des mesures.
- Fournir le matériel nécessaire pour l'hygiène des mains, soit des distributeurs de SHA ou des lavabos équipés de savon et de papier à main.
- Offrir des masques aux personnes présentant des symptômes respiratoires.
- Fournir des papiers mouchoirs, ainsi que des poubelles sans contact pour disposer des mouchoirs utilisés.
- Assurer une distance \geq à 2 mètres, en l'absence de barrières physiques, entre les personnes présentant des symptômes compatibles avec une infection respiratoire transmissible ou potentiellement transmissible et les autres usagers asymptomatiques.

3. PORT DE L'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION PERSONNELLE (EPP)

3.1. Gants

L'utilisation de gants non stériles et à usage unique pour prévenir la transmission d'agents pathogènes est une mesure de protection additionnelle à l'hygiène des mains pour protéger, à la fois l'utilisateur et le travailleur, de l'exposition à du matériel infectieux pouvant être transporté par les mains.

Deux principes fondamentaux sont inhérents à l'utilisation des gants :

- 1- Le port de gants ne remplace en aucun temps l'hygiène des mains, ceci dû aux risques de contamination lorsqu'on enlève les gants et à la présence possible de microfissures non apparentes qui peuvent laisser passer des microorganismes.
- 2- Les gants doivent être enfilés le plus près possible de l'intervention à exécuter et retirés immédiatement après celle-ci.

3.1.1. Indications

Le port de gants est indiqué pour tout contact direct anticipé avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments, des muqueuses ou à de la peau non intacte autant chez l'utilisateur que le personnel. Les gants doivent également être portés lors de la manipulation d'objets piquants ou tranchants.

3.1.2. Recommandations relatives au port des gants

- Changer de gants entre chaque usager afin d'éviter la transmission de microorganismes et procéder à l'hygiène des mains.
- Changer de gants lors de soins impliquant différents sites corporels chez un même usager, afin d'éviter la contamination croisée entre les différentes parties du corps (ex. : soins reliés à un site de stomie et ceux reliés aux soins d'une plaie).
- Changer de gants lors du passage d'un environnement contaminé à un environnement propre.
- Éviter le port de bijoux, pouvant nuire à l'intégrité des gants.
- Respecter l'ordre de mise en place de l'équipement de protection personnelle, car les gants doivent être le dernier équipement à être mis et le premier à être enlevé.
- Ne pas laver ni désinfecter les gants pour une utilisation ultérieure car l'intégrité de ceux-ci ne peut être assurée.

- Retirer les gants avant de quitter la zone de soins de l'utilisateur.
- Différer, hors de la zone de soins, le retrait des gants lorsque du matériel souillé doit être disposé dans un lieu approprié (ex. utilité souillée). Ne toucher à aucune surface autre que le matériel transporté. Une fois le matériel souillé déposé, retirer les gants et pratiquer l'hygiène des mains.

Les gants ne sont pas nécessaires pour les activités liées aux soins courants lorsque la peau de l'utilisateur et celle du personnel est intacte (ex. : habillement).

3.2. Blouse

La blouse de protection protège les bras et les vêtements des travailleurs de la santé contre les éclaboussures ou les souillures de sang, des liquides organiques et d'autres matières potentiellement infectieuses. Elle est aussi utilisée pour réduire le transfert des microorganismes aux personnes ou à l'environnement.

3.2.1. Indications

Le choix d'une blouse de protection doit être approprié à la tâche à effectuer. Elle doit assurer une protection de la peau et prévenir les souillures ou la contamination des vêtements durant la procédure ou les activités de soins lorsqu'un contact avec du sang ou des liquides organiques peut être anticipé. Les attaches au cou et à la taille (fermeture au dos) permettent d'empêcher la contamination accidentelle.

3.2.2. Recommandations relatives au port de la blouse

- Utiliser une blouse à manches longues comme équipement de protection lorsqu'un contact avec du sang ou des liquides organiques est anticipé (ex. : changer un pansement où il y a un écoulement abondant, manipuler du matériel de soins souillé).
- Éviter de réutiliser les blouses à usage unique. Dans le cadre des pratiques de base, la blouse de protection lavable pourrait être réutilisée pour le même usager, en l'absence de souillures visibles.
- Retirer la blouse avant de quitter la zone de soins afin de prévenir une possible contamination de l'environnement à l'extérieur de cette zone.

Les sarraus et autres vêtements portés par-dessus les vêtements personnels pour le confort ou dans un but d'identification ne sont pas considérés comme équivalents au port d'une blouse dans le cadre des pratiques de base.

3.3. Masque

Les muqueuses de la bouche, du nez et des yeux sont des portes d'entrée pour les microorganismes infectieux. Par conséquent, le masque est une composante importante des pratiques de base.

Les masques, qu'ils soient de procédure ou de type chirurgical, avec ou sans écran facial ont la propriété d'assurer une barrière mécanique pour prévenir la contamination des muqueuses.

3.3.1. Indications

Le masque doit être porté lorsque des activités de soins risquent de générer des éclaboussures de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions.

Le masque doit également être porté par le personnel ou toute autre personne qui présente des symptômes d'infections des voies respiratoires (toux, fièvre, rhinorrhée, etc.), conformément à l'application de l'hygiène et l'étiquette respiratoire.

3.3.2. Recommandations relatives à l'utilisation du masque

- Procéder à l'hygiène des mains avant de mettre le masque et après l'avoir enlevé. Éviter de repositionner ou de toucher le masque pendant une procédure.
- Retirer le masque par les élastiques ou les cordons après avoir accompli la tâche. Éviter de garder le masque accroché au cou ou pendu à une oreille.
- Changer le masque lorsque celui-ci devient humide, lorsqu'il est souillé par des éclaboussures ou s'il est endommagé. Le changement du masque n'est pas guidé par une notion de temps.
- Ne pas réutiliser un masque jetable. Le masque ne doit être porté qu'une seule fois.

3.4. Protection oculaire

La protection oculaire est utilisée (en plus du masque) pour protéger les yeux ou tout le visage des éclaboussures potentielles. Le terme « protection oculaire » comprend les lunettes de protection et les écrans faciaux.

3.4.1. Indications

La protection oculaire doit être portée en plus d'un masque, dans le cadre d'une intervention ou d'une activité de soins qui risque de provoquer des éclaboussures de sang, d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions.

3.4.2. Recommandations relatives à l'utilisation de la protection oculaire

- Choisir des lunettes de protection ou des écrans faciaux qui assurent le maintien de l'acuité visuelle.
- S'assurer que la protection oculaire choisie forme une barrière contre les éclaboussures latérales en plus de la projection directe. Les lunettes personnelles et les lentilles cornéennes ne sont pas considérées comme des dispositifs de protection oculaire.
- Éviter de réutiliser les protections oculaires à usage unique.
- Nettoyer et désinfecter les protections oculaires réutilisables après chaque utilisation.

4. PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

La protection de l'environnement est un élément important des pratiques de base en prévention et contrôle des infections. Elle inclut trois (3) éléments principaux, soit l'hygiène et la salubrité, le nettoyage et la désinfection de l'équipement et des instruments de soins et la manipulation de la lingerie.

4.1. Hygiène et salubrité

Le nettoyage et la désinfection de l'environnement font partie intégrante des pratiques de base puisque les microorganismes peuvent demeurer viables sur des objets inanimés, de quelques heures à plusieurs jours. À cet égard, le lien entre la qualité du travail en hygiène et salubrité et la prévention et le contrôle des infections est d'une grande importance.

Dans les établissements de santé, la fréquence du nettoyage et de la désinfection peut varier selon le type de surface à nettoyer, le nombre de personnes dans un espace et l'activité qui y règne, la vulnérabilité des usagers et le degré de souillure rencontré. Les procédures détaillées et adaptées aux clientèles et aux infrastructures de chaque établissement doivent être disponibles auprès des services d'hygiène et salubrité. Les procédures spécifiques à appliquer lors des précautions additionnelles doivent également être déterminées.

4.1.1. Définition

Définition des principaux termes utilisés en hygiène et salubrité.

Nettoyage

Opération qui consiste à enlever les saletés, poussières et autres substances pouvant héberger des microorganismes. L'action mécanique du frottage et l'utilisation d'un détergent sont essentielles pour assurer un bon nettoyage. Le nettoyage est primordial pour assurer une désinfection efficace.

Rinçage

Étape de l'entretien qui permet d'enlever les résidus de matières organiques et de produits de nettoyage.

Désinfection

Traitement qui permet d'éliminer la plupart des agents pathogènes présents sur un objet ou une surface. Le respect du temps de contact du produit avec la surface est essentiel pour assurer une désinfection adéquate.

Surface à potentiel élevé de contamination « High touch »

Les surfaces à potentiel élevé de contamination sont celles pouvant être en contact fréquent avec l'utilisateur, celles susceptibles d'être contaminées par du sang ou des liquides biologiques et celles fréquemment touchées par les divers intervenants. Ces surfaces sont habituellement situées à l'intérieur d'un mètre autour de l'utilisateur (ex. : ridelles de lit, table de chevet), mais ne sont pas exclusives à ce périmètre. Le lavabo, la robinetterie, la poignée de la chasse d'eau et autres peuvent être des surfaces « High touch » bien que ces éléments ne soient pas situés dans le périmètre immédiat de l'utilisateur.

Surface à faible potentiel de contamination « Low touch »

Les surfaces à faible potentiel de contamination sont celles peu susceptibles d'être en contact avec un usager et celles non fréquemment touchées par les intervenants. Le haut des murs, les grilles de ventilation et les toiles de fenêtre en sont des exemples. Une surface « Low touch » peut cependant devenir une surface « High touch » par effet cumulatif dans le temps.

4.1.2. Recommandations relatives à l'hygiène et salubrité

- Établir une politique et des procédures pour l'entretien régulier et spécifique des surfaces environnementales selon le niveau d'utilisation et le degré de souillure.
- Enlever toutes les souillures visibles avant de débiter le nettoyage et la désinfection.
- Effectuer le nettoyage et la désinfection en commençant par les surfaces les moins souillées vers les surfaces les plus souillées.
- Nettoyer et désinfecter plus fréquemment les surfaces pouvant facilement être

contaminées par des pathogènes, notamment celles à proximité de l'usager (ex. : ridelles, table de lit) et celles fréquemment touchées dans l'environnement immédiat de l'usager (ex. : poignée de porte, surfaces de la salle de toilette).

- S'assurer de respecter le temps de contact recommandé pour chacun des produits désinfectants utilisés.
- Utiliser de nouveaux linges pour chaque zone de soins afin de respecter l'environnement immédiat d'un usager.
- Ne pas retremper ou essorer un linge déjà utilisé dans la solution préparée.
- Utiliser du matériel dédié pour l'entretien des salles de bains et n'entrer dans les chambres que le matériel nécessaire.
- Dans les établissements dispensant des soins aux enfants ou ayant des salles d'attente avec des jouets, établir une politique et des procédures pour le nettoyage et la désinfection des jouets selon un calendrier régulier.

4.2. Nettoyage et désinfection de l'équipement et des instruments de soins

L'équipement de soins se définit comme tout article, appareil ou instrument pouvant être utilisé pour l'administration des soins aux usagers. Ces différents équipements peuvent être jetables ou réutilisables. Tout équipement de soins réutilisable, qu'il soit visiblement souillé ou uniquement en contact avec une peau saine, nécessite un entretien. Si l'hygiène des mains est essentielle pour diminuer l'impact du transfert des microorganismes, le nettoyage et la désinfection des équipements sont fondamentaux, afin de réduire la transmission des infections nosocomiales dans les milieux de soins.

Il est important de manipuler prudemment l'équipement de soins souillé de sang ou de liquides organiques de manière à prévenir l'exposition des muqueuses et de la peau, la contamination des vêtements et le transfert de microorganismes à d'autres personnes ou à l'environnement.

4.2.1. Définition

Les équipements et instruments de soins peuvent être jetables, à usage unique ou réutilisables.

Matériel jetable ou à usage unique

Le matériel jetable ou à usage unique a été conçu pour être utilisé une seule fois ou plusieurs fois mais pour un seul usager.

Matériel réutilisable

Le matériel réutilisable se divise en trois catégories : critique, semi-critique et non critique².

- **Matériel critique**

Ce matériel comprend tout instrument ou appareil prévu pour être en contact avec les zones stériles de l'organisme telles que les cavités stériles et le système circulatoire (ex. : pince à biopsie, arthroscopie, instruments chirurgicaux).

- **Matériel semi-critique**

Ce matériel comprend tout instrument ou appareil prévu pour être en contact avec des muqueuses intactes (ex. : bronchoscope, gastroscopie, circuit respiratoire).

- **Matériel non critique**

Ce matériel comprend tout instrument ou appareil prévu pour être en contact avec la peau saine (ex. : bassin de lit, chaise roulante, stéthoscope).

4.2.2. Recommandations relatives à l'entretien de l'équipement de soins

- Établir une politique et des procédures pour l'entreposage, le transport et la manutention de l'équipement de soins réutilisable qui a été contaminé par du sang ou des liquides biologiques.
- Réserver les haricots, les urinaux, les bassins de lit et les chaises d'aisance à un seul usager et s'assurer que ceux-ci soient nettoyés et désinfectés après usage.
- Inclure dans les procédures de nettoyage et désinfection, l'entretien spécifique des équipements électroniques à usages multiples, particulièrement l'équipement mobile qui entre et sort fréquemment de la chambre de l'usager.
- S'assurer de déterminer et de répartir les responsabilités de nettoyage et de désinfection des équipements de soins.
- Traiter tout le matériel souillé ou contaminé le plus rapidement possible, qu'il y ait ou non présence de matières organiques visibles.
- S'assurer que les procédures de décontamination soient accessibles dans les aires de décontamination (utilités souillées).
- Apporter à la chambre de l'usager, uniquement le matériel requis pour ses soins car l'accumulation de matériel représente un risque de contamination accidentelle à l'insu du personnel.

² Selon la classification de Spaulding établie en 1968 qui se base sur le niveau de destruction microbienne requis pour que le matériel soit réutilisable pour un autre usager.

- Revêtir l'équipement de protection personnelle convenant à la tâche effectuée (ex. : masque, protection oculaire, gants) pour le nettoyage et la désinfection de l'équipement de soins.

4.2.3. Procédures suggérées selon le type d'équipement de soins

TYPE DE MATÉRIEL	PROCÉDURES SUGGÉRÉES	
Matériel jetable ou à usage unique	Mettre à la poubelle ou dans un contenant biorisque selon le type de déchets.	
Matériel réutilisable	Matériel critique	Acheminer le matériel dans un contenant sécuritaire à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (URDM) de l'établissement.
	Matériel semi-critique	Procéder au nettoyage et à la désinfection de l'instrument dans une aire de décontamination conçue pour cette tâche. L'entretien peut être manuel ou automatisé.
	Matériel non critique	Intervention ponctuelle entre les usagers : Procéder au nettoyage et à la désinfection directement au point de soins ou transporter le matériel de façon sécuritaire dans une aire de décontamination (utilité souillée). Intervention planifiée Procéder au nettoyage et à la désinfection de façon planifiée et selon un horaire préétabli (hebdomadaire, mensuel, annuel) à moins de souillures visibles.

4.3. Manipulation de la lingerie

Le linge souillé peut contenir différentes quantités de microorganismes pathogènes. Le risque de transmission d'une infection à partir de la lingerie est négligeable si la lingerie est manipulée, transportée et entreposée selon les normes en vigueur.

4.3.1. Définition

La lingerie comprend la literie, les serviettes et les vêtements des usagers. Elle peut aussi inclure les uniformes des employés ou d'autres vêtements fournis par l'établissement.

4.3.2. Recommandations relatives à la lingerie

- Établir une politique et des procédures relatives à la manutention, la disposition, la collecte, le transport, les méthodes de lavage et de séchage de la lingerie souillée.
- Manipuler la lingerie propre avec des mains propres.
- Transporter et entreposer le linge propre de façon à prévenir la contamination par la poussière et d'autres particules en suspension dans l'air afin d'éviter la contamination croisée.
- Maintenir une séparation entre le linge propre et le linge souillé durant le transport et l'entreposage.
- Manipuler le linge souillé en portant des gants et en évitant le contact avec la peau, les vêtements personnels ou les uniformes.
- Éviter de déposer le linge souillé sur un meuble ou sur le sol pour éviter la contamination des surfaces et du plancher.
- S'assurer qu'aucun objet piquant ou tranchant ne se retrouve dans le lit de l'utilisateur ou dans le linge souillé.
- Attacher solidement les sacs avant de les acheminer vers la chute à linge sans trop les remplir. Les sacs hydrosolubles et les emballages doubles ne sont pas recommandés.
- Effectuer le lavage du linge selon les pratiques de buanderie de base. Dans la très grande majorité des cas, il n'est pas nécessaire de manipuler de façon spéciale le linge des usagers faisant l'objet de précautions additionnelles.

5. GESTION DES VISITEURS

5.1. Définition

L'évaluation du risque infectieux associé à la présence de visiteurs, incluant les enfants, est nécessaire afin de prévenir l'introduction de maladie infantile ou encore d'infections communautaires. Cette évaluation est particulièrement importante dans les unités de soins où séjournent des usagers hautement réceptifs aux agents infectieux ainsi que ceux à risque de complications.

Les visiteurs sont définis comme étant toutes personnes se présentant pour une courte période auprès de l'utilisateur et qui ne participent pas aux soins. Même si ceux-ci peuvent être un vecteur pour la transmission des infections, le risque est inférieur à celui du personnel de soins en raison de la nature des interactions avec l'utilisateur.

5.2. Recommandations relatives aux visiteurs

- Établir une politique pour la gestion des visiteurs et établir les modalités relatives aux visites (heure, nombre, fréquence).
- Informer les visiteurs des directives concernant les mesures de lutte contre les infections avant qu'ils ne rendent visite à leur proche. Dans les cas où il y a un risque de contamination pour l'utilisateur, inviter le visiteur à reporter la visite.
- Encourager les visiteurs à respecter les indications relatives à l'hygiène des mains avant et après les visites ainsi que les mesures liées à l'hygiène et l'étiquette respiratoire.

6. PRATIQUES DE TRAVAIL SÉCURITAIRE

Les pratiques de travail sécuritaire visent principalement à prévenir l'exposition des travailleurs à des pathogènes transmissibles par le sang notamment lors de la manipulation et de la disposition du matériel piquant ou tranchant, du transport des spécimens de laboratoire et lors de déversement accidentel de sang et de liquides biologiques.

Elles visent également à prévenir la contamination croisée par une gestion adéquate des déchets biomédicaux infectieux ainsi que la manipulation sécuritaire des solutions et médicaments injectables.

6.1. Manipulation et disposition du matériel piquant ou tranchant

La manipulation du matériel piquant ou tranchant représente un risque d'expositions accidentelles à des maladies pouvant être transmises par le sang et par les liquides biologiques, comme le VIH, l'hépatite B et C, chez le personnel des établissements de santé.

La manipulation sécuritaire du matériel piquant ou tranchant inclut le respect de règles de base comme ne jamais rengainer une aiguille souillée ou encore ne jamais plier ni briser un objet pointu.

Lors d'une exposition percutanée accidentelle, le port de gants diminue le risque de transmission d'agents pathogènes véhiculés par le sang. La lumière de l'aiguille étant partiellement obstruée par le matériel du gant, la quantité de sang pouvant être introduite dans la blessure est réduite d'environ 50 %, ceci même si l'aiguille passe à travers le gant. En cas d'exposition accidentelle, référer au protocole post-exposition aux liquides biologiques de l'établissement.

6.2. Transport des spécimens de laboratoire

Le transport des spécimens de laboratoire est une activité qui comporte un risque potentiel de contamination. Tous les établissements de santé doivent se doter de règles rigoureuses pour assurer la sécurité des individus impliqués dans ces processus. L'intégrité et la qualité du spécimen doivent être préservées, tout en éliminant les risques d'exposition aux liquides biologiques pour les travailleurs.

L'application des pratiques de base, en tout temps et pour tous les usagers, élimine le besoin d'apposer des étiquettes signalant un échantillon infectieux sur les spécimens de laboratoire. Le sang et les liquides organiques de tous les usagers sont considérés comme potentiellement infectieux.

6.3. Déversement accidentel de sang et de liquides biologiques

Afin de prévenir une contamination importante de l'environnement ainsi que l'exposition des travailleurs, tout déversement de sang et de liquide organique doit être nettoyé et désinfecté immédiatement en prenant soin de ne pas faire d'éclaboussures et de ne pas produire d'aérosols.

En cas de déversement accidentel, référer au protocole local de l'établissement pour les mesures spécifiques à appliquer, incluant le port de l'équipement recommandé, les produits à utiliser et la procédure à respecter.

6.4. Gestion des déchets biomédicaux infectieux

Les établissements de santé génèrent deux types de déchets : les déchets domestiques et les déchets biomédicaux. Dans les milieux de soins, les objets piquants et tranchants sont les principaux déchets responsables de la transmission d'infections.

Le règlement sur les déchets biomédicaux découle de la Loi sur la qualité de l'environnement du Québec et régit la collecte, l'entreposage et le transport de ces déchets. Les déchets biomédicaux requièrent un mode de traitement particulier et chaque établissement doit établir une politique de gestion des déchets conforme aux exigences réglementaires.

Des précautions spéciales pour la gestion des déchets sont requises en présence d'usagers présentant certaines maladies rares (ex. : fièvre hémorragique, maladie de Creutzfeldt-Jakob). En cas de doute, contacter votre équipe de prévention des infections.

6.5. Manipulation sécuritaire des solutions et médicaments injectables

Plusieurs éclosions ont permis de démontrer le potentiel de transmission des virus de l'hépatite B et C lors de manipulation de solutions et de médicaments injectables. Les pratiques sécuritaires incluent l'utilisation d'aiguilles et de seringues stériles à usage unique pour chaque injection afin de prévenir la contamination croisée.

L'adhésion à des principes de base d'asepsie pour la préparation et l'administration de solutions ou de médicaments injectables prévient les infections. Parmi les pratiques d'asepsie recommandées, notons :

- L'hygiène des mains avant la manipulation et l'administration des solutions ou des médicaments injectables.
- L'utilisation préférentielle de fioles à dose unique plutôt que l'utilisation de fioles multidoses.
- La désinfection du diaphragme de la fiole avec un tampon d'alcool, que l'on laisse sécher à l'air libre avant d'y insérer l'aiguille.
- L'élimination de toute fiole dont la stérilité ou la stabilité est compromise.

7. PRATIQUES LIÉES AUX INTERVENTIONS À DOMICILE

7.1. Définition

Certains facteurs favorisent la transmission d'infections à l'extérieur des milieux de soins. Parmi ceux-ci, le nombre important d'actes invasifs réalisés en clinique ambulatoire dont certains suivis sont effectués à domicile ainsi que le raccourcissement de la durée des séjours hospitaliers, sont des éléments à considérer dans la prise en charge de ces usagers dans la communauté.

Les infections liées aux interventions dispensées à l'extérieur des milieux de soins ne sont pas exceptionnelles mais actuellement leur fréquence est probablement sous-estimée en raison de l'absence d'un système de surveillance épidémiologique structuré. Puisque les usagers porteurs de bactéries multirésistantes acquises lors d'un séjour hospitalier le demeurent après leur sortie de l'hôpital, la transmission croisée par l'intermédiaire des soignants peut expliquer la présence de ces microorganismes chez des usagers n'ayant pas eu de contact avec un milieu hospitalier.

7.2. Indications

Les pratiques suivantes s'adressent à tous les intervenants qui prodiguent des soins et services à domicile. Comme pour tous les usagers, les pratiques de base s'appliquent en tout temps qu'il y ait présence ou non d'un microorganisme.

7.3. Recommandations relatives aux intervenants à domicile

Les particularités à appliquer lors d'intervention à domicile sont :

- Procéder à l'hygiène des mains en utilisant une solution hydro-alcoolique ou de l'eau et du savon liquide. Essuyer les mains avec du papier jetable.
- Éviter d'utiliser une serviette personnelle de l'utilisateur pour s'essuyer les mains.
- Laisser les effets personnels (ex. : manteau, bottes, etc.) à l'entrée de la résidence.
- Apporter seulement le matériel d'intervention nécessaire pour prodiguer les soins requis. Éviter les réserves de matériel qui excèdent un maximum de deux visites et les ranger dans un contenant fermé et un endroit propre.
- Disposer du matériel jetable directement au domicile de l'utilisateur ou le déposer dans un contenant biorisque si requis.
- Privilégier le matériel à usage unique et les contenants unidoses.
- Dédier le matériel de soins réutilisable à l'utilisateur, si possible, et le laisser à domicile.

- S'assurer qu'aucun animal ne circule dans la pièce lors des soins.
- S'assurer qu'il n'y ait pas de courant d'air lors des soins (ex. : ventilateur).
- Donner à l'utilisateur ou jeter tout matériel non utilisé (ex. : pansement) qui est demeuré au domicile.
- Placer tout le matériel, trousse, équipement dans le coffre de la voiture. Les contenants biorisques doivent être déposés dans un contenant fermé hermétique.

7.4. Recommandations liées à l'application des précautions additionnelles à domicile

- Revêtir l'équipement de protection personnelle (EPP) tel que recommandé pour chacune des précautions additionnelles.
- Visiter l'utilisateur en dernier.

Référer à l'annexe 3 pour visualiser les étapes de mise en place et de retrait de l'équipement de protection personnelle.

7.5. Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement

Équipement et matériel de soins

- Favoriser l'utilisation du matériel à usage unique.
- Procéder rapidement à votre retour à l'établissement, au nettoyage et à la désinfection du matériel réutilisable selon la procédure établie.
- Rapporter à l'utilité souillée de l'établissement, tout équipement ou matériel souillé (ex. : marchette, banc de bain, etc.) réutilisable, dans un contenant ou un sac en plastique fermé.

Entretien de l'environnement

Informez l'utilisateur de l'entretien ménager requis selon le type de précautions additionnelles à appliquer et que cela peut s'effectuer avec les produits de nettoyage domestique courants en insistant sur les surfaces fréquemment touchées, incluant les toilettes.

The cover features three large, semi-transparent blue circles of varying sizes. Two thin blue lines cross the page diagonally, one from the top-left to the bottom-right, and another from the top-right to the bottom-left. The text is centered and in a clean, sans-serif font.

GUIDE DE PRÉVENTION
ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES

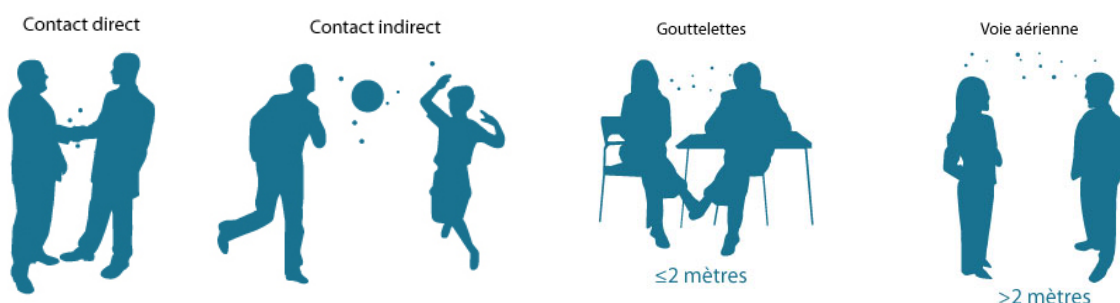
Avril 2012

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES

En adoptant les pratiques de base décrites précédemment à tous les usagers, sans référence à un statut infectieux quelconque, le risque de transmission de plusieurs pathogènes se trouve grandement diminué. Toutefois, dans certaines circonstances ou en présence de certains pathogènes, des précautions additionnelles sont requises pour prévenir ou interrompre la transmission.

Les précautions additionnelles s'ajoutent toujours aux pratiques de base.

Les précautions additionnelles sont basées sur le mode de transmission de chaque microorganisme. Les modes de transmission les plus fréquents sont les contacts directs ou indirects, la projection de gouttelettes et la voie aérienne.



Les précautions additionnelles sont donc un ensemble de mesures qui sont appliquées simultanément, selon le ou les modes de transmission **connus ou présumés** du microorganisme visé, tout en tenant compte des caractéristiques personnelles de l'utilisateur et du type de soins impliqués.

Le diagnostic d'une infection nécessite généralement la confirmation de la présence d'un pathogène par un laboratoire de microbiologie. Comme les tests de laboratoire, particulièrement ceux qui dépendent des techniques de culture, requièrent un minimum de temps avant d'être complétés, **les précautions additionnelles doivent être mises en place de façon empirique, selon la présentation clinique et les pathogènes les plus probables, en attendant les résultats définitifs des analyses microbiologiques.** L'application des précautions additionnelles appropriées, dès qu'une infection transmissible est suspectée, diminue grandement la possibilité de transmission.

Les précautions additionnelles doivent être mises en place le plus tôt possible,

que l'infection soit soupçonnée ou documentée.

Les précautions additionnelles demeurent en vigueur pour des périodes de temps limitées, c'est-à-dire tant que le risque de transmission persiste. Pour la plupart des maladies infectieuses, cette durée reflète des schémas connus de persistance ou d'excrétion de microorganismes, selon l'histoire naturelle du processus infectieux, que celui-ci soit traité ou non. Néanmoins, pour certaines clientèles comme par exemple les usagers immunosupprimés, l'excrétion peut persister pendant des périodes prolongées allant de plusieurs semaines à plusieurs mois. Dans certaines circonstances, les précautions doivent être maintenues pour la durée de la maladie ou de l'état de porteur.

Afin d'identifier le type de précautions à appliquer dans chacune des situations cliniques, consulter la liste des précautions additionnelles recommandées selon les symptômes, agents infectieux ou diagnostics rencontrés dans la troisième partie du présent guide.

Afin de faciliter la consultation des recommandations, cette section du guide a été conçue pour que chaque type de précautions additionnelles constitue un document complet, détachable et indépendant des autres.

Pour chaque type de précautions, les éléments suivants seront exposés :

- Définition
- Indications
- Modalités :
 - Affichette
 - Choix de chambre
 - Mesures de prévention et équipements de protection personnelle
 - Déplacement de l'utilisateur
 - Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement.
- Enseignement à la clientèle
- Gestion des visiteurs
- Autres particularités.

Les types de précautions additionnelles sont illustrés et identifiés sur les affichettes suivantes.



CONTACT

PRÉCAUTIONS CONTACT CONTACT ALLÉGÉES CONTACT RENFORCÉES

1. PRÉCAUTIONS CONTACT, CONTACT ALLÉGÉES ET CONTACT RENFORCÉES

1.1. Définition

Les précautions de type contact sont recommandées pour les usagers porteurs ou présumés porteurs d'un agent infectieux ou d'un ensemble de symptômes représentant une infection qui peut se transmettre par contact direct et indirect.

La transmission par contact direct implique un contact peau à peau et le transfert physique de microorganismes d'une personne infectée ou colonisée à une personne hôte, par exemple lors d'une poignée de main, lors d'activités de soins comportant un contact physique (laver un usager, l'aider à se mobiliser, toucher une plaie ou un site d'insertion de cathéter, etc.).

La transmission par contact indirect implique le contact de la personne hôte avec un objet ou une surface contaminée de l'environnement de l'usager source. Cet environnement peut être proche de l'usager, comme par exemple dans l'espace-lit ou dans la salle de bain, ou encore éloigné, comme par exemple le matériel entreposé dans un lieu commun de l'unité et partagé par plusieurs usagers sans désinfection adéquate.

Le mode de transmission par contact étant le plus fréquent des modes de transmission, les mesures de prévention recommandées conviennent à un large éventail de pathogènes et de clientèle. Malgré cela, en présence de certains pathogènes particuliers qui nécessitent des interventions spécifiques, ou encore, lorsque le type de soins ou de clientèle le requièrent, plusieurs établissements ont adopté des précautions CONTACT **modifiées** pour mieux répondre aux différents besoins.

Les précautions CONTACT **modifiées** comprennent :

- Les précautions CONTACT ALLÉGÉES.
- Les précautions CONTACT RENFORCÉES.

Les adaptations des précautions CONTACT en **précautions ALLÉGÉES ou RENFORCÉES** ont pour objectifs :

- D'identifier une mesure préventive spécifique à appliquer face à un pathogène particulièrement virulent comme par exemple l'utilisation d'un produit différent pour faire la désinfection de la pièce ou encore l'utilisation préférentielle de l'eau et du savon pour procéder à l'hygiène des mains.
- D'adapter les mesures de prévention afin de respecter la mission de soins d'un établissement (ex. : centre de réadaptation, milieu de vie).
- D'adapter les mesures de prévention en fonction de l'intensité anticipée de contacts entre le professionnel et l'utilisateur (ex. : soins ambulatoires).

1.2. Indications

Les précautions CONTACT, CONTACT ALLÉGÉES et CONTACT RENFORCÉES s'ajoutent toujours aux pratiques de base. Elles sont indiquées entre autres :

- Pour certains pathogènes, en raison de leur grande capacité infectieuse malgré une dose infime (ex. : Rotavirus).
- Pour les infections transmissibles par contact direct avec l'utilisateur (ex. : la gale).
- Pour les pathogènes dotés d'une grande capacité de survie dans l'environnement (ex. : *Clostridium difficile*).
- Pour les usagers soupçonnés d'être colonisés ou infectés par des microorganismes épidémiologiquement importants et facilement transmissibles par contact direct ou indirect comme les bactéries multirésistantes telles que le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)³.

³ La majorité des établissements possède une politique ou une procédure propre à ces pathogènes (SARM, ERV et autres bactéries multirésistantes) qui indique les modalités spécifiques à respecter.

1.3. Modalités

Choisir l'affichette appropriée selon le type de précautions CONTACT à appliquer (voir l'annexe 3 pour consulter les affichettes correspondantes).



1.3.1. Choix de chambre

1^{er} choix

L'utilisateur doit être placé dans une chambre privée, idéalement avec une salle de bain privée.

La porte de la chambre peut demeurer ouverte.

Prioriser l'attribution des chambres privées aux usagers présentant des conditions pouvant favoriser la transmission (ex. : hygiène inadéquate).

2^e choix

Placer dans la même chambre, les usagers infectés ou colonisés avec le même microorganisme.

Lorsque deux usagers partagent la même chambre et sont porteurs du même microorganisme, il est essentiel de changer de gants et de procéder à l'hygiène des mains entre chaque usager. Le changement de blouse n'est habituellement pas requis.

3^e choix (pour soins de longue durée ou les milieux de vie)

S'il devient nécessaire de placer un usager nécessitant des précautions CONTACT ou CONTACT ALLÉGÉES avec un usager qui n'est pas colonisé ou infecté au même germe :

- Éviter de choisir comme voisin de chambre un usager ayant des conditions pouvant augmenter le risque d'acquérir le microorganisme (ex. : plaie ouverte, immunosupprimé).
- S'assurer que les deux usagers ont, entre eux, une distance d'au moins un 1,5 à 2 mètres et tirer le rideau séparateur pour minimiser les opportunités de contact direct.
- Éviter le partage de la salle de bain ainsi que le partage d'objets communs.
- Apposer une affichette supplémentaire dans la zone de soins de l'usager.

1.3.2. Mesures de PCI et équipement de protection personnelle



Avant d'entrer dans la chambre ou dans la zone de soins

- Procéder à l'hygiène des mains.
- Revêtir une blouse propre, non stérile et à manches longues. La blouse doit recouvrir les bras et le devant du corps et être fermée au dos.
- Enfiler des gants après avoir revêtu la blouse et s'assurer que ceux-ci recouvrent les poignets.

À la sortie de la chambre ou de la zone de soins

- Retirer d'abord les gants et ensuite retirer la blouse.
- Procéder à l'hygiène des mains avec une SHA ou avec un savon antiseptique et de l'eau au lavabo en privilégiant la technique spécifiée sur l'affichette.

Référer à l'annexe 3 pour consulter l'affichette correspondante.

1.3.3. Déplacement de l'utilisateur en précautions CONTACT, CONTACT ALLÉGÉES ET CONTACT RENFORCÉES

- Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre ou de la zone de soins à ceux requis dans le cadre du plan de soins (ex. : examens diagnostiques, traitements).
- S'assurer que les précautions soient maintenues lors du déplacement dont le port de l'équipement de protection personnelle.
- Demander à l'utilisateur d'effectuer l'hygiène des mains en quittant sa chambre et, l'assister au besoin. Recouvrir l'utilisateur d'un drap propre.
- Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles.
- S'assurer que le personnel du service receveur et le brancardier porte les équipements de protection personnelle (blouse et gants) et décontamine tout matériel utilisé ou surface de travail venu en contact direct ou indirect avec l'utilisateur.
- Retirer l'EPP dès que le transport est terminé et procéder à l'hygiène des mains.
- Désinfecter la civière ou la chaise roulante ayant servi au transport de l'utilisateur dès son retour.

1.3.4. Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement

Équipement et matériel de soins

- Limiter au strict minimum le matériel de soins dans la chambre.
- Dédier exclusivement le matériel réutilisable à l'usager ou favoriser l'utilisation de matériel à usage unique (ex. : stéthoscope, thermomètre, etc.).
- Éviter d'entrer le dossier de l'usager dans la chambre en tout temps.
- Désinfecter le matériel réutilisable en sortant de la chambre ou de la zone de soins et avant de l'entreposer ou de s'en servir pour un autre usager.

Entretien de l'environnement

- **Entretien quotidien**
 - Procéder quotidiennement à l'entretien de la chambre ou de la zone de soins et plus souvent, si l'environnement est fortement contaminé.
- **Entretien terminal, au départ ou à la levée des précautions CONTACT, CONTACT RENFORCÉES et CONTACT ALLÉGÉES :**
 - Laisser l'affichette en place tant que l'entretien terminal de la chambre ou de la zone de soins est en cours.
 - Jeter le matériel de soins à usage unique, même s'il n'a pas été utilisé.
 - Nettoyer et désinfecter tout le matériel de soins et l'équipement de soins réutilisables, soit dans la chambre ou dans l'utilité souillée en prenant soin de ne pas contaminer l'environnement lors du transport.
 - Changer, en tout temps, les rideaux séparateurs.
 - Effectuer l'entretien terminal des surfaces selon les modalités prévues dans l'établissement.

1.4. Enseignement à la clientèle

L'usager et ses proches doivent être informés des raisons de la mise en place des précautions additionnelles, du matériel infectieux et des mesures à prendre pour limiter la transmission.

- Insister sur l'importance de l'hygiène des mains.
- Demander à l'usager de demeurer à sa chambre.

1.5. Gestion des visiteurs

- Le nombre de visiteurs qui entre dans la chambre doit être limité.
- Les visiteurs doivent recevoir de l'information sur l'hygiène des mains et sur les recommandations appropriées pour le port de l'équipement de protection personnelle.
- Les enfants en bas âge ne devraient pas rendre visite à un usager en précautions CONTACT sauf en présence de considérations humanitaires.

Il n'y a pas de consensus concernant le port de l'EPP par les visiteurs en présence de pathogènes se transmettant par contact et les recommandations peuvent varier selon les établissements, les unités de soins et la situation épidémiologique.

1.6. Autres particularités pour les précautions **CONTACT RENFORCÉES** et **CONTACT ALLÉGÉES**

1.6.1. Précautions **CONTACT RENFORCÉES**

Les précautions CONTACT RENFORCÉES exigent l'application de mesures supplémentaires en raison du potentiel élevé de contamination de l'environnement par certains pathogènes comme par exemple le *Clostridium difficile*.

En plus des mesures décrites précédemment, les précautions CONTACT RENFORCÉES requièrent de :

- **Procéder à l'hygiène des mains à l'eau et au savon antiseptique après tout contact** avec l'usager et son environnement et au retrait des gants. Les SHA ont une faible activité microbienne contre les bactéries sporulées (ex. : *Clostridium difficile*).
- Procéder à l'hygiène des mains et porter l'EPP **dès l'entrée dans la chambre**.
- Respecter une procédure rigoureuse pour la désinfection de l'environnement et du matériel de soins qui peut inclure des étapes supplémentaires et/ou des produits spécifiques à la situation (ex. : désinfection au chlore en trois étapes pour le *Clostridium difficile*).



1.6.2. Précautions CONTACT ALLÉGÉES

Les précautions CONTACT ALLÉGÉES visent principalement à préserver la mission de soins comme par exemple les soins de réadaptation, les soins de longue durée et les soins psychiatriques. Elles sont également appropriées dans un contexte de soins ambulatoires, en cliniques externes et en soins palliatifs. Ces précautions ne sont cependant pas suffisantes pour prévenir la transmission dans les cliniques externes spécialisées telles que les cliniques d'hémodialyse et les cliniques d'oncologie.

La mise en place des précautions CONTACT ALLÉGÉES est préconisée si l'usager :

- A une hygiène personnelle adéquate.
- Porte une culotte de protection en cas d'incontinence.
- Est apte à procéder à l'hygiène des mains.
- Évite de toucher les objets des autres usagers.
- Porte un pansement propre et occlusif s'il présente des plaies.
- Évite de visiter la chambre d'un autre usager.

Les mesures de prévention CONTACT ALLÉGÉES incluent de :

- Procéder à l'hygiène des mains avant et après tout contact avec l'usager.
- Porter l'EPP lors de contacts physiques importants (corps à corps) avec l'usager.
- Désinfecter l'environnement et le matériel qui a été en contact étroit avec l'usager dans la zone de soins.

1.6.3. Tableau synthèse des précautions de type CONTACT

MESURES DE PCI POUR LE PERSONNEL SOIGNANT	CONTACT RENFORCÉES	CONTACT	CONTACT ALLÉGÉES
Hygiène des mains			
Avant le contact avec l'utilisateur ou l'environnement	SHA		
		SHA	SHA
Après le contact avec l'utilisateur ou l'environnement	Eau et savon antiseptique *		
EPP			
Blouse à manches longues	Dès l'entrée dans la chambre ou dans la zone de soins	Dès l'entrée dans la chambre ou dans la zone de soins	Avant un contact physique important (corps à corps)
Gants	Dès l'entrée dans la chambre ou dans la zone de soins	Dès l'entrée dans la chambre ou dans la zone de soins	Avant un contact physique important (corps à corps)
Hygiène et salubrité	Protocole de désinfection rehaussée	Protocole de désinfection régulière	Protocole de désinfection régulière
Matériel dédié ou à usage unique	OUI	OUI	OUI
Choix de chambre	Chambre privée avec toilette privée	Chambre privée ou cohorte	Chambre privée ou cohorte ou chambre partagée

* Utiliser une SHA en première intention si l'évier est trop éloigné du point de soins

GOUTTELETTES

PRÉCAUTIONS
GOUTTELETTES

2. PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES

2.1. Définition

Les précautions GOUTTELETTES sont recommandées pour les usagers atteints ou potentiellement atteints d'une infection pouvant être transmise par de grosses gouttelettes infectieuses (plus grandes ou égales à 5 microns).

Les gouttelettes peuvent se propager lorsque la personne parle, tousse, éternue, ou encore lors de procédures pratiquées sur les voies respiratoires (ex. : succion, bronchoscopie ou traitement d'inhalothérapie). Lorsqu'elles sont expulsées avec force lors d'une toux ou d'un éternuement, les gouttelettes peuvent être projetées sur une distance pouvant atteindre deux mètres.

Compte tenu de leur taille, les gouttelettes ne restent pas en suspension dans l'air. Cependant, elles peuvent contaminer une personne en se déposant dans les yeux, sur la muqueuse nasale ou buccale de la personne exposée ainsi que sur une surface à proximité.

2.2. Indications

Les précautions GOUTTELETTES s'ajoutent toujours aux pratiques de base. Elles sont indiquées, entre autres :

- Pour les infections respiratoires virales aiguës confirmées.
- Pour les cas présumés ou confirmés de méningite ou de sepsis accompagnée d'une éruption pétéchiale.
- Pour les cas présumés ou confirmés de coqueluche, de rubéole ou d'oreillons.

2.3. Modalités

Choisir l'affichette appropriée (se référer à l'annexe 3 pour consulter l'affichette correspondante).



2.3.1. Choix de chambre

1^{er} choix

- Installer l'utilisateur dans une chambre privée, idéalement avec une salle de bain privée.
- La porte de la chambre peut demeurer ouverte.

2^e choix

- Regrouper, en cohorte, les usagers ayant une infection confirmée par le même agent infectieux.
- Maintenir une séparation spatiale d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : tirer le rideau séparateur).

3^e choix

S'il devient nécessaire de placer un usager en précautions GOUTTELETTES dans une chambre avec un usager qui ne présente pas le même pathogène, les indications suivantes doivent être respectées :

- Éviter d'héberger dans la même chambre un usager présentant un risque élevé de complications s'il contractait l'infection (ex. : immunosupprimé, porteur de cardiopathie congénitale sévère, maladie pulmonaire chronique, post-opératoire immédiat).

- Maintenir une séparation spatiale d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : tirer le rideau séparateur).
- Éviter le partage de la salle de bain ainsi que le partage d'objets communs.

2.3.2. Mesures de PCI et équipement de protection personnelle



Avant d'entrer dans la chambre ou dans la zone de soins

- Procéder à l'hygiène des mains.
- Porter un masque (procédure ou chirurgical) à deux mètres ou moins de l'utilisateur. Le masque doit couvrir le nez et la bouche.

À la sortie de la chambre ou de la zone de soins

- Retirer le masque en détachant les cordons à l'arrière ou en saisissant la bande élastique par les côtés (considérés propres).
- Procéder à l'hygiène des mains.

Référez à l'annexe 3 pour consulter l'affichette correspondante.

2.3.3. Déplacement de l'utilisateur faisant l'objet de précautions **GOUTTELETTES**

- Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre ou de la zone de soins à ceux requis dans le cadre du plan de soins (ex. : examens diagnostiques, traitements).
- S'assurer que les précautions soient maintenues lors du déplacement dont le port du masque par l'utilisateur et par le brancardier.

- Demander à l'usager d'effectuer l'hygiène des mains en quittant sa chambre et, l'assister au besoin.
- Aviser le service receveur que l'usager nécessite des précautions additionnelles.
- S'assurer que le personnel du service receveur porte le masque à moins de deux mètres et décontamine tout matériel, appareil utilisé ou surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager.
- Retirer le masque dès que le transport est terminé et procéder à l'hygiène des mains.
- Désinfecter la civière ou la chaise roulante ayant servi au transport de l'usager dès son retour.

2.3.4. Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement

Équipement et matériel de soins

- Limiter au strict minimum le matériel de soins dans la chambre.
- Dédier exclusivement le matériel réutilisable à l'usager ou favoriser l'utilisation de matériel à usage unique (ex. : stéthoscope, thermomètre).
- Éviter d'entrer le dossier de l'usager dans la chambre en tout temps.
- Désinfecter le matériel réutilisable en sortant de la chambre ou de la zone de soins et avant de l'entreposer ou de s'en servir pour un autre usager.

Entretien de l'environnement

Entretien quotidien :

- Procéder quotidiennement à l'entretien de la chambre ou de la zone de soins et plus souvent si l'environnement est fortement contaminé.

Entretien terminal, au départ ou à la levée des précautions GOUTTELETES :

- Laisser l'affichette en place tant que l'entretien terminal de la chambre ou de la zone de soins est en cours.
- Nettoyer et désinfecter tout le matériel de soins et l'équipement de soins réutilisables, soit dans la chambre ou dans l'utilité souillée, en prenant soin de ne pas contaminer l'environnement lors du transport.
- Changer les rideaux séparateurs si présence de souillures visibles.
- Effectuer l'entretien terminal selon les modalités prévues dans l'établissement.

Le port du masque n'est pas requis si l'utilisateur n'est plus dans la pièce pendant l'entretien.

2.4. Enseignement à la clientèle

L'utilisateur et ses proches doivent être informés des raisons de la mise en place des précautions additionnelles, du matériel infectieux et des mesures à prendre pour limiter la transmission.

- Insister sur l'importance de l'hygiène des mains.
- Demander à l'utilisateur de demeurer à sa chambre.

2.5. Gestion des visiteurs

- Le nombre de visiteurs qui entre dans la chambre doit être limité.
- Les visiteurs doivent recevoir de l'information sur l'hygiène des mains et sur les recommandations appropriées pour le port de l'équipement de protection personnelle. Les visiteurs se trouvant dans un rayon de deux mètres de l'utilisateur doivent porter un masque.
- Les enfants en bas âge ne devraient pas rendre visite à un utilisateur en précautions GOUTTELETTES sauf en présence de considérations humanitaires.

2.6. Autres particularités pour les précautions **GOUTTELETTES**

2.6.1. Consultation externes et en soins ambulatoires

Les modalités à appliquer pour le maintien des précautions GOUTTELETTES dans les aires de soins communes sont :

- Distance minimale de deux mètres avec les autres usagers, en l'absence de barrière physique.
- Présence d'un rideau tiré pour isoler la zone de soins.
- Possibilité d'effectuer une hygiène des mains adéquate.
- Possibilité d'assurer le nettoyage et la désinfection de la zone de soins dès que l'utilisateur a quitté.

2.6.2. Protection personnelle lors de procédures générant des aérosols

De manière générale, les précautions GOUTTELETTES suffisent à interrompre la transmission des pathogènes transmis de cette façon. Cependant, certains d'entre eux, peuvent parfois se transmettre selon le mode aérien lors de procédures qui génèrent des aérosols.

Par exemple, l'influenza qui se transmet habituellement par gouttelettes pourrait, dans des circonstances particulières (ex. : lors d'intubation, de bronchoscopie, de ventilation non invasive), se transmettre par la voie aérienne. Ce type de transmission aérienne est dit **opportuniste**.

Procédures pouvant générer des aérosols :

- Intubation endotrachéale et extubation
- Réanimation cardiorespiratoire
- Bronchoscopie
- Aspiration des sécrétions respiratoires en circuit ouvert.

Dans ces circonstances, le travailleur devrait porter :

- Un masque de type N95
- Des gants, une blouse et une protection oculaire.

GOUTTELETTES/
CONTACT

PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES/CONTACT

3. PRÉCAUTIONS « GOUTTELETTES/CONTACT »

3.1. Définition

Les précautions GOUTTELETTES/CONTACT sont recommandées pour les usagers atteints ou potentiellement atteints d'une infection pouvant être transmise par deux modes de transmission distincts et simultanés, soit les grosses gouttelettes infectieuses et les contacts directs ou indirects avec l'utilisateur et son environnement.

Par exemple, certains virus respiratoires se transmettant par la projection de gouttelettes peuvent se déposer dans l'environnement de l'utilisateur et demeurer viables pendant un certain temps sur des objets. Ces microorganismes peuvent, par la suite, se retrouver sur les mains du personnel et être transmis par contact.

3.2. Indications

Les précautions GOUTTELETTES/CONTACT s'ajoutent toujours aux pratiques de base. Elles sont indiquées, entre autres :

- Pour les infections respiratoires virales suspectées (ex. : les épidémies d'influenza, le virus respiratoire syncytial chez l'enfant).
- Pour les cas présumés ou confirmés d'infection invasive au Streptocoque du Groupe A.
- Pour les cas confirmés de pneumonie à SARM.
- Lors d'épidémies associées à certains virus de gastro-entérite ou d'infections respiratoires, chez des clientèles vulnérables.

3.3. Modalités

Choisir l'affichette appropriée, soit :



3.3.1. Choix de chambre

1^{er} choix

L'utilisateur doit être placé dans une chambre privée, idéalement avec une salle de bain privée.

La porte de la chambre peut demeurer ouverte.

Prioriser l'attribution des chambres privées aux usagers présentant des conditions pouvant favoriser la transmission (ex. : hygiène inadéquate).

2^e choix

Regrouper, en cohorte, les usagers ayant une infection confirmée par le même agent infectieux.

Lorsque deux usagers partagent la même chambre et sont porteurs du même microorganisme, il est essentiel de changer de gants et de procéder à l'hygiène des mains entre chaque usager. Le changement de blouse n'est habituellement pas requis.

3^e choix

S'il devient nécessaire de placer un usager nécessitant des précautions GOUTTELETTES/CONTACT avec un usager qui n'est pas colonisé ou infecté au même germe :

- Éviter d'héberger dans la même chambre, un usager présentant des conditions pouvant augmenter le risque d'acquérir le microorganisme (ex. : plaie ouverte, immuno-supprimé).

- Maintenir une séparation spatiale d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : tirer le rideau séparateur).
- Éviter le partage de la salle de bain ainsi que le partage d'objets communs.

3.3.2. Mesures de PCI et équipement de protection personnelle



Avant d'entrer dans la chambre ou dans la zone de soins

- Procéder à l'hygiène des mains.
- Porter un masque (procédure ou chirurgical) à deux mètres ou moins de l'utilisateur. Le masque doit couvrir le nez et la bouche.
- Revêtir une blouse à manches longues propre, non stérile. La blouse doit recouvrir les bras et le devant du corps et être fermée au dos.
- Enfiler des gants après avoir revêtu la blouse et s'assurer que ceux-ci recouvrent les poignets.

À la sortie de la chambre ou de la zone de soins

- Retirer d'abord les gants et ensuite retirer la blouse.
- Retirer le masque, en détachant les cordons à l'arrière ou en saisissant la bande élastique par les côtés (considérés propres).
- Procéder à l'hygiène des mains.

Référer à l'annexe 3 pour consulter l'affichette correspondante.

3.3.3. Déplacement de l'utilisateur faisant l'objet de précautions

GOUTTELETTES/CONTACT

- Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre ou de la zone de soins à ceux requis dans le cadre du plan de soins (ex. : examens diagnostiques, traitements).
- S'assurer que les précautions soient maintenues lors du déplacement dont le port de l'équipement de protection personnelle.
- Demander à l'utilisateur de porter un masque pendant le transport, s'il le tolère et d'effectuer l'hygiène des mains en quittant sa chambre et, l'assister au besoin.
- Recouvrir l'utilisateur d'un drap propre.
- Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles.
- S'assurer que le personnel du service receveur et le brancardier portent le masque et décontaminent tout appareil utilisé ou surface de travail venu en contact direct ou indirect avec l'utilisateur.
- Retirer l'EPP dès que le transport est terminé et procéder à l'hygiène des mains.
- Désinfecter la civière ou la chaise roulante ayant servi au transport de l'utilisateur dès son retour.

3.3.4. Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement

Équipement et matériel de soins

- Limiter au strict minimum le matériel de soins dans la chambre.
- Dédier exclusivement le matériel réutilisable à l'utilisateur ou favoriser l'utilisation de matériel à usage unique (ex. : stéthoscope, thermomètre).
- Éviter d'entrer le dossier de l'utilisateur dans la chambre en tout temps.
- Désinfecter le matériel réutilisable en sortant de la chambre ou de la zone de soins et avant de l'entreposer ou de s'en servir pour un autre usager.

Entretien de l'environnement

Entretien quotidien :

- Procéder quotidiennement à l'entretien de la chambre ou de la zone de soins au moins une fois par jour et plus souvent si l'environnement est fortement contaminé.

Entretien terminal, au départ ou à la levée des précautions de GOUTTELETTES/CONTACT :

- Laisser l'affichette en place tant que l'entretien terminal de la chambre ou de la zone de soins est en cours.
- Jeter le matériel à usage unique même s'il n'a pas été utilisé.
- Nettoyer et désinfecter tout le matériel de soins et l'équipement de soins réutilisables, soit dans la chambre ou dans l'utilité souillée en prenant soin de ne pas contaminer l'environnement lors du transport.
- Changer, en tout temps, les rideaux séparateurs.
- Effectuer l'entretien terminal des surfaces selon les modalités prévues dans l'établissement.

3.4. Enseignement à la clientèle

L'utilisateur et ses proches doivent être informés des raisons de la mise en place des précautions additionnelles, du matériel infectieux et des mesures à prendre pour limiter la transmission.

- Insister sur l'importance de l'hygiène des mains.
- Demander à l'utilisateur de demeurer à sa chambre.

3.5. Gestion des visiteurs

- Le nombre de visiteurs qui entre dans la chambre doit être limité.
- Les visiteurs doivent recevoir de l'information sur l'hygiène des mains et sur les recommandations appropriées pour le port de l'équipement de protection personnelle. Les visiteurs se trouvant dans un rayon de deux mètres de l'utilisateur doivent porter un masque.
- Les enfants en bas âge ne devraient pas rendre visite à un usager en précautions GOUTTELETTES/CONTACT sauf en présence de considérations humanitaires.

Il n'y a pas de consensus concernant le port de l'EPP par les visiteurs et les recommandations peuvent varier selon les établissements, les unités de soins et la situation épidémiologique.

3.6. Autres particularités pour les précautions **GOUTTELETTES/CONTACT**

3.6.1. Consultations externes et soins ambulatoires

Les modalités à appliquer pour le maintien des précautions **GOUTTELETTES/CONTACT** dans les aires de soins communes sont :

- Distance minimale de deux mètres avec les autres usagers, en l'absence de barrière physique.
- Présence d'un rideau tiré pour isoler la zone de soins.
- Possibilité d'assurer le retrait sécuritaire de la blouse et des gants et d'effectuer une hygiène des mains adéquate.
- Possibilité d'assurer le nettoyage et la désinfection de la zone de soins dès que l'utilisateur a quitté.

3.6.2. Protection personnelle lors de procédures générant des aérosols

De manière générale, les précautions **GOUTTELETTES/CONTACT** suffisent à interrompre la transmission des pathogènes transmis de cette façon. Cependant, certains d'entre eux, peuvent parfois se transmettre selon le mode aérien lors de procédures qui génèrent des aérosols.

Par exemple, l'influenza qui se transmet habituellement par gouttelettes pourrait, dans des circonstances particulières (ex. : lors d'intubation, de bronchoscopie, de ventilation non invasive), se transmettre par la voie aérienne. Ce type de transmission aérienne est dit **opportuniste**.

Procédures pouvant générer des aérosols :

- Intubation endotrachéale et extubation
- Réanimation cardiorespiratoire
- Bronchoscopie
- Aspiration des sécrétions respiratoires en circuit ouvert.

Dans ces circonstances, le personnel soignant devrait porter les EPP appropriés pour prévenir la transmission, soit :

- Un masque de type N95
- Des gants, une blouse et une protection oculaire.

AÉRIENNES

PRÉCAUTIONS AÉRIENNES

4. PRÉCAUTIONS AÉRIENNES

4.1. Définition

Les précautions AÉRIENNES préviennent la transmission d'agents infectieux qui demeurent en suspension dans l'air pour de longues périodes et sur de longues distances sous forme de microgouttelettes (< 5 microns).

Pour ces raisons, les personnes exposées n'ont pas à avoir eu de contact face à face avec la personne atteinte pour être considérées avoir été exposées. La notion de distance parcourue par les microgouttelettes est importante et bien différente des précautions gouttelettes. Pour prévenir la transmission, le port d'un masque à haut pouvoir filtrant est au centre de ce type de précautions. L'utilisation d'une chambre à pression négative est l'autre élément important.

4.2. Indications

Les précautions AÉRIENNES s'ajoutent toujours aux pratiques de base. Les infections qui se transmettent par voie aérienne sont :

- Tuberculose pulmonaire ou laryngée
- Rougeole.

La tuberculose ainsi que la rougeole sont des maladies à transmission aérienne **obligatoire**, c'est-à-dire que la transmission se fait seulement par la voie aérienne.

Par ailleurs, la varicelle et le zona disséminé sont deux autres infections qui peuvent se transmettre par voie aérienne. Puisque ces infections sont également transmissibles

par contact via les lésions cutanées, les précautions appropriées à ces infections sont présentées dans la section précautions AÉRIENNES/CONTACT. On parle alors de transmission aérienne **préférentielle**.

4.2.1. Immunité face aux maladies à transmission aérienne obligatoire

Tuberculose

Aucun individu n'est considéré immun contre la tuberculose, même si la personne a déjà fait la maladie ou a une infection tuberculeuse latente (infection démontrée par un TCT positif). Ainsi tout travailleur qui entre dans l'environnement d'un usager isolé pour une tuberculose doit porter le masque N95.

Rougeole

L'immunité contre la rougeole s'acquiert lorsque la personne a fait la maladie dans le passé (immunité naturelle) ou par l'administration d'un nombre suffisant de doses d'un vaccin anti-rougeoleux.

Dans le cas des maladies à transmission aérienne évitables par la vaccination (par exemple la rougeole et la varicelle), il est recommandé d'affecter seulement les travailleurs immuns aux soins de cette clientèle.

Ainsi, les personnes immunes contre la rougeole pourraient ne pas être tenues de porter le masque N95. Cependant, l'immunité d'un individu peut être incertaine comme le démontre les données observées lors de la recrudescence de la rougeole au Québec ayant débuté en 2011 (Bureau de surveillance et de vigie, MSSS septembre 2011). En effet, près d'un cas sur cinq, considéré immun soit par un nombre de doses suffisantes de vaccin ou en raison de leur année de naissance, a tout de même développé la maladie. Il est donc recommandé que tous les intervenants portent le masque N95.

4.3. Modalités

Choisir l'affichette appropriée (référer à l'annexe 3).



4.3.1. Choix de chambre

L'utilisateur doit être placé dans une chambre privée à pression négative.

- La porte de la chambre et la fenêtre doivent demeurer fermées en tout temps.
- Si la chambre est munie d'une antichambre, la première porte doit être complètement refermée avant d'ouvrir la deuxième porte qui donne accès à la chambre.
- La surveillance de la pression négative doit être faite quotidiennement.
- La chambre doit contenir un minimum de six changements d'air par heure, être munie de filtres HEPA⁴ ou avoir une sortie d'air dirigé vers l'extérieur de l'édifice et loin de toute source d'approvisionnement en air.

Si un usager nécessitant des précautions additionnelles de type AÉRIENNES n'a pas été hébergé dans une chambre à pression négative, il faut allouer un temps prédéterminé avant de pouvoir admettre à nouveau un autre usager dans cette chambre (voir tableau à l'annexe 4 de la section « Outils »). Si la chambre ou salle n'a aucun changement d'air par heure, un appareil portatif muni d'un filtre HEPA peut être installé temporairement et ainsi filtrer l'air contaminé.

Le regroupement (cohorte) de un ou plusieurs usagers souffrant de tuberculose est à proscrire.

En l'absence ou en attente d'une chambre à pression négative, il est conseillé de :

- Faire porter un masque de type chirurgical ou de procédure à l'utilisateur tant que celui-ci n'est pas transféré dans une pièce privée.
- Transférer l'utilisateur en chambre privée ou dans une salle où il peut demeurer seul et apposer l'affichette précautions AÉRIENNES.
- Fermer la porte et considérer l'ouverture des fenêtres pour favoriser la circulation de l'air vers l'extérieur.
- Demander un transfert vers un établissement qui possède une chambre à pression négative pour une investigation ou une hospitalisation au besoin.

⁴ (High efficiency particulate air), qui filtrent 99,9 % des particules de 0,3 microns.

4.3.2. Mesures de PCI et équipement de protection personnelle



Avant d'entrer dans la chambre

- Procéder à l'hygiène des mains.
- Porter un masque N95 ajusté à votre visage et vérifier l'étanchéité.

À la sortie de la chambre

- Retirer le masque N95.
- Procéder à l'hygiène des mains.

Référez-vous à l'annexe 3 pour consulter l'affichette correspondante.

4.3.3. Déplacement de l'utilisateur faisant l'objet de précautions **AÉRIENNES**

- Éviter les déplacements et privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, bronchoscopie, etc.).
- Limiter les déplacements à ceux identifiés comme essentiels au plan de traitement. Dans la mesure du possible, planifier les examens et procédures en fin de programme et respecter le temps d'attente pour le renouvellement d'air avant d'accueillir un autre utilisateur dans cet espace.
- Faire porter un masque de type chirurgical ou de procédure à l'utilisateur qui doit quitter sa chambre et lui demander de procéder à l'hygiène des mains.
- Aviser le service receveur que l'utilisateur est sous précautions additionnelles.
- S'assurer que le personnel du service receveur et le brancardier portent le masque N95 pendant le transport et pendant toute la durée de la présence du patient.

- Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements.

4.3.4. Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement

Équipement et matériel de soins

Les maladies à transmission aérienne obligatoire (tuberculose et rougeole) ne nécessitent aucun entretien particulier des équipements et du matériel de soins. Les procédures habituelles, comme pour les usagers sans aucune précaution additionnelle, sont suffisantes.

Entretien de l'environnement

Entretien quotidien :

- Procéder selon le protocole habituel, comme pour les usagers sans aucune précaution additionnelle.

Entretien terminal, au départ ou à la levée des précautions AÉRIENNES :

- Respecter le délai d'attente pour l'élimination des particules aéroportées avant de procéder à l'entretien de la pièce.
- Laisser l'affichette en place tant que le délai d'attente pour l'élimination des particules aéroportées n'est pas complété.
- Procéder selon le protocole habituel à l'entretien des surfaces comme pour les usagers sans aucune précaution additionnelle.

4.4. Enseignement à la clientèle

L'utilisateur et ses proches doivent être informés des raisons de la mise en place des précautions additionnelles, du matériel infectieux et des mesures à prendre pour limiter la transmission.

- Insister sur l'importance de l'hygiène des mains.
- Interdire à l'utilisateur de quitter sa chambre.

4.5. Gestion des visiteurs

- Le nombre de visiteurs qui entre dans la chambre doit être limité.
- Les visiteurs doivent porter un masque N95 (même s'ils n'ont pas effectué de

test d'étanchéité) et doivent être informés du risque de transmission de la maladie. Les contacts domiciliaires (vivant sous le même toit) ne sont pas tenus de porter le masque N95 pour rendre visite à l'usager s'ils ont déjà été exposés et investigués par la Santé publique.

- Les visiteurs doivent recevoir de l'information sur l'hygiène des mains et sur les recommandations appropriées pour le port de l'équipement de protection personnelle.
- Les enfants en bas âge ne devraient pas rendre visite à un usager en précautions AÉRIENNES sauf en présence de considérations humanitaires.

4.6. Autres particularités pour les précautions AÉRIENNES

4.6.1. Consultations externes et soins ambulatoires

Les modalités à appliquer pour le maintien des précautions AÉRIENNES en consultation externe et soins ambulatoires sont :

- Isoler immédiatement l'usager dans un local fermé et disposant idéalement d'une pression négative et d'un nombre élevé de changements d'air à l'heure.
- Procéder immédiatement aux interventions prévues.
- Retourner l'usager à la maison dès que possible en lui demandant d'éviter les lieux publics de l'établissement et de porter le masque jusqu'à sa sortie à l'extérieur.

4.6.2. Programme de protection respiratoire

- Un test d'ajustement et d'étanchéité est nécessaire pour s'assurer que le personnel porte le bon type et la bonne grandeur de masque. Tous les établissements doivent avoir un programme de protection respiratoire pour leurs employés et médecins.
- Le masque N95 n'assure aucune protection chez les hommes portant la barbe car l'étanchéité ne peut être assurée dans ce cas.
- La fréquence des tests d'ajustement et d'étanchéité est laissée à la discrétion de chaque établissement. Cependant ceux-ci doivent être refaits si la morphologie du visage change (ex. : gain ou perte de poids de façon appréciable, chirurgie ou traumatisme maxillo-facial).

4.6.3. Autres aspects au regard de la tuberculose pulmonaire

- Il est toujours préférable de procéder à trois cultures d'expectorations pour confirmer ou infirmer un diagnostic de tuberculose plutôt que de procéder à une bronchoscopie.
- Un cas de tuberculose pulmonaire est plus contagieux si le frottis est positif sur les expectorations, si l'usager tousse, expectore, ou éternue, ou si la radiographie pulmonaire démontre une cavité.
- L'application des précautions additionnelles AÉRIENNES au bloc opératoire nécessite des dispositions particulières. Consulter l'équipe de prévention des infections pour plus de détails.
- Sauf de rares exceptions, les cas de tuberculose non respiratoire sont considérés non contagieux; par contre, il faut toujours s'assurer qu'il n'y a pas de tuberculose pulmonaire concomitante.

Bien que la majorité des cas de tuberculose non respiratoires soit considérée non contagieuse, des interventions en lien avec une lésion tuberculeuse sont à risque de générer des aérosols. Il peut être alors nécessaire d'appliquer des précautions AÉRIENNES (ex. : biopsie sous endoscopie d'une lésion intestinale tuberculeuse, intervention chirurgicale pour une tuberculose rénale ou ostéo-articulaire).

**AÉRIENNES/
CONTACT**

PRÉCAUTIONS AÉRIENNES/CONTACT AÉRIENNES/CONTACT RENFORCÉES

5. PRÉCAUTIONS AÉRIENNES/CONTACT

5.1. Définition

Les précautions AÉRIENNES/CONTACT préviennent la transmission d'agents infectieux qui demeurent en suspension dans l'air pour de longues périodes et sur de longues distances sous forme de microgouttelettes (< 5 microns) et qui sont aussi transmissibles par contact, notamment par les lésions cutanées.

5.2. Indications

Les précautions AÉRIENNES/CONTACT s'ajoutent toujours aux pratiques de base. Les infections qui se transmettent par ces voies sont :

- La varicelle
- Le zona disséminé ou susceptible de se disséminer (ex. : zona localisé chez un usager immunosupprimé). Le zona est une maladie virale due à une réactivation du virus de la varicelle chez une personne qui a déjà fait cette maladie.

5.2.1. Immunité face aux maladies à transmission AÉRIENNES/CONTACT

Un individu est considéré immun pour la varicelle et le zona s'il a fait la varicelle. Une histoire antérieure de varicelle doit être certaine et personnelle car une histoire familiale

ne suffit pas.

Comme le vaccin contre la varicelle n'assure pas une immunité complète, le port du masque N95 est recommandé pour les travailleurs qui n'ont pas fait la maladie. En contrepartie, les personnes qui ont fait la maladie ne sont pas tenues de porter le masque N95.

Par ailleurs, dans le cas des maladies à transmission aérienne évitables par la vaccination comme dans le cas de la varicelle, il est recommandé d'affecter seulement les travailleurs immuns aux soins de cette clientèle.

5.3. Modalités

Choisir l'affichette appropriée (référer à l'annexe 3).



5.3.1. Choix de chambre

L'utilisateur doit être placé dans une chambre privée à pression négative.

- La porte de la chambre et la fenêtre doivent demeurer fermées en tout temps.
- Si la chambre est munie d'une antichambre, la première porte doit être complètement refermée avant d'ouvrir la deuxième porte qui donne accès à la chambre.
- La surveillance de la pression négative doit être faite quotidiennement.
- La chambre doit contenir un minimum de six changements d'air par heure, être

munie de filtres HEPA⁵ ou avoir une sortie d'air dirigé vers l'extérieur de l'édifice et loin de toute source d'approvisionnement en air.

En l'absence ou en attente d'une chambre à pression négative, il est conseillé de :

- Faire porter un masque de type chirurgical ou de procédure à l'usager tant que celui-ci n'est pas transféré dans une pièce privée.
- Transférer l'usager en chambre privée ou dans une salle où il peut demeurer seul et apposer l'affichette précautions AÉRIENNES/CONTACT.
- Fermer la porte et considérer l'ouverture des fenêtres pour favoriser la circulation de l'air vers l'extérieur.

5.3.2. Mesures de PCI et équipement de protection personnelle



Avant d'entrer dans la chambre

- Procéder à l'hygiène des mains.
- Porter un masque N95, si nécessaire, ajusté à votre visage et vérifier l'étanchéité.
- Revêtir une blouse propre, non stérile et à manches longues. La blouse doit recouvrir les bras et le devant du corps et être fermée au dos.
- Enfiler des gants après avoir revêtu la blouse et s'assurer que ceux-ci recouvrent les poignets.

⁵ (High efficiency particulate air), qui filtrent 99.9 % des particules de 0.3 microns.

À la sortie de la chambre

- Retirer d'abord les gants et ensuite retirer la blouse.
- Retirer le masque N95.
- Procéder à l'hygiène des mains.

Référez-vous à l'annexe 3 pour consulter l'affichette correspondante.

5.3.3. Déplacement de l'utilisateur faisant l'objet de précautions AÉRIENNES/CONTACT

- Éviter les déplacements et privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, bronchoscopie, etc.).
- Limiter les déplacements à ceux identifiés comme essentiels au plan de traitement. Dans la mesure du possible, planifier les examens et procédures en fin de programme et respecter le temps d'attente pour le renouvellement d'air avant d'accueillir un autre usager dans cet espace.
- Faire porter un masque de type chirurgical ou de procédure à l'utilisateur qui doit quitter sa chambre et lui demander de procéder à l'hygiène des mains.
- Recouvrir l'utilisateur d'un drap propre.
- Aviser le service receveur que l'utilisateur est sous précautions additionnelles.
- S'assurer que le personnel du service receveur et le brancardier portent le masque N95 pendant le transport et pendant toute la durée de la présence du patient.
- Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements.

5.3.4. Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement

Équipement et matériel de soins

- Limiter au strict minimum le matériel de soins dans la chambre.
- Dédier exclusivement le matériel réutilisable à l'utilisateur ou favoriser l'utilisation de matériel à usage unique (ex. : stéthoscope, thermomètre, etc.).
- Éviter d'entrer le dossier de l'utilisateur dans la chambre en tout temps.
- Désinfecter le matériel réutilisable en sortant de la chambre ou de la zone de soins et avant de l'entreposer ou de s'en servir pour un autre usager.

Entretien de l'environnement

Entretien quotidien :

- Procéder quotidiennement à l'entretien de la chambre ou de la zone de soins une fois par jour et plus souvent si l'environnement est fortement contaminé.

Entretien terminal, au départ ou à la levée des précautions AÉRIENNES/CONTACT :

- Respecter le délai d'attente pour l'élimination des particules aéroportées avant de procéder à l'entretien de la pièce.
- Laisser l'affichette en place tant que l'entretien terminal de la chambre ou de la zone de soins est en cours.
- Jeter le matériel à usage unique même s'il n'a pas été utilisé.
- Nettoyer et désinfecter tout le matériel de soins et l'équipement de soins réutilisables, soit dans la chambre ou dans l'utilité souillée en prenant soin de ne pas contaminer l'environnement lors du transport.
- Changer, en tout temps, les rideaux séparateurs.
- Effectuer l'entretien terminal des surfaces selon les modalités prévues dans l'établissement.

5.4. Enseignement à la clientèle

L'utilisateur et ses proches doivent être informés des raisons de la mise en place des précautions additionnelles, du matériel infectieux et des mesures à prendre pour limiter la transmission.

- Insister sur l'importance de l'hygiène des mains.
- Demander à l'utilisateur de demeurer à sa chambre.

5.5. Gestion des visiteurs

- Le nombre de visiteurs qui entre dans la chambre doit être limité.
- Les visiteurs non immuns pour la varicelle doivent porter un masque N95 (même s'ils n'ont pas effectué de test d'étanchéité) et doivent être informés du risque de transmission de la maladie.

- Les visiteurs doivent recevoir de l'information sur l'hygiène des mains et sur les recommandations appropriées pour le port de l'équipement de protection personnelle.
- Les enfants en bas âge qui ne sont pas immuns pour la varicelle ne devraient pas rendre visite à un usager en précautions AÉRIENNES/CONTACT sauf en présence de considérations humanitaires.

5.6. Autres particularités pour les précautions AÉRIENNES/CONTACT

5.6.1. Consultations externes et soins ambulatoires

Les modalités à appliquer pour le maintien des précautions AÉRIENNES/CONTACT en consultation externe et soins ambulatoires sont :

- Isoler immédiatement l'usager dans un local fermé et disposant idéalement d'une pression négative et d'un nombre élevé de changements d'air à l'heure.
- Procéder sans délai aux interventions prévues.
- Retourner l'usager à la maison dès que possible en lui demandant d'éviter les lieux publics de l'établissement et de porter le masque jusqu'à sa sortie à l'extérieur.

5.6.2. Programme de protection respiratoire

- Un test d'ajustement et d'étanchéité est nécessaire pour s'assurer que le personnel porte le bon type et la bonne grandeur de masque. Tous les établissements doivent avoir un programme de protection respiratoire pour leurs employés et médecins.
- Le masque N95 n'assure aucune protection chez les hommes portant la barbe car l'étanchéité ne peut être assurée dans ce cas.
- La fréquence des tests d'ajustement et d'étanchéité est laissée à la discrétion de chaque établissement. Cependant, ceux-ci doivent être refaits si la morphologie du visage change (ex. : gain ou perte de poids de façon appréciable, chirurgie ou traumatisme maxillo-facial).

5.6.3. Précautions AÉRIENNES/CONTACT RENFORCÉES

Actuellement, un système de surveillance actif pour les maladies respiratoires sévères ou émergentes est en place (ex. : virus influenza d'origine aviaire). L'objectif de cette vigie est de prévenir des épidémies d'infections respiratoires associées à une morbidité et à une mortalité élevées en mettant en place des mesures de contrôle appropriées.

Tout cas suspect de MRSI exige l'application de mesures supplémentaires en raison du potentiel élevé de contamination et de sa capacité à pouvoir générer une pandémie. Les précautions AÉRIENNES/CONTACT RENFORCÉES sont alors requises.

Les précautions AÉRIENNES/CONTACT RENFORCÉES requièrent de :

- Isoler immédiatement l'utilisateur dans un local disposant d'une pression négative et d'un nombre élevé de changements d'air à l'heure.
- Procéder à l'hygiène des mains avant et après tout contact avec l'utilisateur.
- Porter l'EPP dès l'entrée dans la chambre incluant la protection oculaire.

Le médecin ou l'infirmière responsable de l'utilisateur doit informer immédiatement l'équipe de prévention et contrôle des infections selon les procédures locales en vigueur.

Advenant tout changement dans la situation épidémiologique au pays ou dans le monde, les objectifs et recommandations seront ajustés en conséquence.



PROTECTION

PRÉCAUTIONS
PROTECTION

6. PRÉCAUTIONS DE PROTECTION

6.1. Définition

Les précautions de PROTECTION visent à protéger les usagers très vulnérables, contre toute acquisition exogène de microorganismes transmissibles.

6.2. Indications

Les précautions de PROTECTION s'ajoutent toujours aux pratiques de base. Elles sont indiquées pour :

- Les **allogreffés de moelle osseuse ou de cellules souches hématopoïétiques**, qu'ils soient en phase de neutropénie (≤ 500 neutrophiles $\times 10^9/l$), pendant les 100 premiers jours après la greffe ou encore en GVH (réaction greffon vs hôte) aiguë ou chronique.
- Les usagers présentant une **neutropénie profonde** à ≤ 500 neutrophiles $\times 10^9/l$, et ce, pendant toute la durée de la neutropénie, quelle qu'en soit la cause.

6.3. Modalités

Choisir l'affichette appropriée (référer à l'annexe 3).



La même affichette est utilisée pour toutes les indications de précautions de « PROTECTION ».

6.3.1. Choix de chambre

Les caractéristiques de la chambre ne sont pas les mêmes pour un allogreffé, qu'il soit neutropénique ou non, et pour un neutropénique non allogreffé.

Caractéristiques de la chambre	Allogreffé de moelle ou de cellules souches hématopoïétiques	Usager neutropénique
Chambre privée	Oui*	Oui
Salle de bain privée	Oui*	Oui
Chambre à pression positive	Oui*	Non
Monitoring continu de la pression positive	Oui*	Non
Filtration HEPA de l'air qui entre dans la chambre	Oui*	Non
≥ 12 changements d'air par heure	Oui*	Non
Chambre bien scellée afin de prévenir toute entrée d'air non filtré de l'extérieur	Oui*	Non
Ouverture de fenêtre extérieure	Non	Non

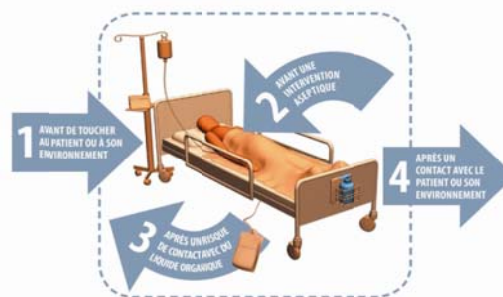
* Le regroupement de ces caractéristiques d'hébergement forme « **l'environnement de protection** » nécessaire aux allogreffés de moelle osseuse ou de cellules souches hématopoïétiques. Ce type de chambre a pour but de minimiser la quantité de spores fongiques dans l'air et de réduire le risque d'infections fongiques invasives d'origine environnementale.

L'attribution des chambres correspondant à l'environnement de protection doit tenir compte du degré d'immunosuppression des greffés. Si une telle chambre n'est pas disponible, une chambre privée avec filtre HEPA portatif, bien que moins bien étudiée, peut pallier à un manque de chambres possédant les critères recherchés.

6.3.2. Mesures de PCI et équipements de protection personnelle

Hygiène des mains

- Insister sur l'hygiène des mains pour le personnel, les visiteurs et l'utilisateur.
- Proscrire le port d'ongles artificiels pour tout membre du personnel donnant des soins aux immunosupprimés.



Équipements de protection personnelle dans la chambre ou l'unité de greffe

- Retirer les sarraus à l'entrée de la chambre ou à l'entrée de l'unité de greffe.
- Porter un masque de procédure lors de la saison grippale ou en présence de symptômes respiratoires.
- Porter la blouse, le masque et les gants tel que recommandé dans le cadre des pratiques de base et autres précautions additionnelles. Le port de ces équipements de protection de façon systématique n'a pas été démontré comme étant efficace pour réduire la transmission des infections même chez les greffés (autres que dans le cadre des précautions additionnelles).



6.3.3. Déplacement de l'utilisateur faisant l'objet de précautions de PROTECTION

- Éviter les déplacements et privilégier les examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur.
- Limiter les déplacements à ceux identifiés comme essentiels au plan de traitement (ex. : examens diagnostiques, traitements).
- Aviser le service receveur que l'utilisateur est sous précautions de PROTECTION afin que les précautions soient maintenues.
- Faire porter le masque N95 par l'utilisateur lorsque celui-ci circule dans l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement en présence de chantiers de construction à proximité afin de prévenir l'inhalation de spores fongiques.

Le bienfondé de porter un masque N95 à l'extérieur de l'environnement de protection et en l'absence de construction n'a pas été évalué. Il n'y a pas de consensus sur la pertinence d'effectuer un test d'étanchéité (« fit-testing ») pour le port du masque N95 chez cette clientèle.

6.3.4. Entretien des équipements, du matériel et de l'environnement

Équipement et matériel de soins

- Dédier, le plus possible, le matériel réutilisable à l'utilisateur faisant l'objet de précautions de PROTECTION ou favoriser l'utilisation de matériel à usage unique (ex. : stéthoscope, thermomètre, etc.).

Entretien de l'environnement

Entretien quotidien :

- Procéder quotidiennement à l'entretien de la chambre ou de la zone de soins avec les produits habituels.
- Procéder à l'entretien des surfaces de façon à éliminer la formation de poussières à l'aide de linges, de vadrouilles humidifiées, ou d'un aspirateur muni d'un filtre HEPA, etc.

Entretien terminal, au départ ou à la levée des précautions de PROTECTION :

- Effectuer l'entretien terminal selon les modalités prévues dans l'établissement en incluant le changement de rideaux pour tous les usagers greffés.

6.4. Enseignement à la clientèle

L'usager et ses proches doivent être informés de la raison de l'application des précautions de PROTECTION pour prévenir la contamination, notamment :

- Utiliser de l'eau embouteillée ou stérile pour l'hygiène buccale et la consommation (incluant la glace).
- Utiliser de l'eau stérile pour les soins respiratoires.
- Insister sur l'importance d'une bonne hygiène buccale.
- Respecter les consignes du milieu pour la douche et le bain
- Suivre les recommandations de la nutritionniste.
- Ne pas porter de tampons hygiéniques lors des périodes de neutropénie.
- Porter le masque N95 à chaque sortie de la chambre en présence de chantier de construction à proximité.
- Insister sur l'importance de l'hygiène des mains.
- Demander à l'usager de demeurer à sa chambre.

6.5. Gestion des visiteurs

- Il est très important d'évaluer le risque infectieux chez tout membre de la famille et visiteur qui se rend sur une unité d'immunosupprimés.
- Le nombre de visiteurs qui entre dans la chambre doit être limité.
- Les visiteurs doivent recevoir de l'information sur l'hygiène des mains et sur les recommandations appropriées quant aux mesures à appliquer (ex. : port du masque en saison grippale).
- Les membres de la famille et les contacts étroits d'un usager immunosupprimé doivent recevoir certains vaccins pour éviter la transmission d'infections chez celui-ci.
- Il n'y a pas d'âge minimal à respecter concernant la présence d'enfants sur une unité où séjournent des usagers immunosupprimés, si ceux-ci comprennent bien les consignes. Se référer à la politique de l'établissement concernant les visiteurs.

6.6. Autres particularités de prévention pour les usagers en précautions de **PROTECTION**

- Il est recommandé de s'assurer de l'entretien régulier de la machine à glace.
- Offrir à l'usager une diète faible en microorganismes (référer au service de nutrition pour plus de détails).
- Éviter la prise de douche si présence de *Legionella* dans l'eau de l'établissement (référer aux lignes directrices pour la prévention des pneumonies et de la Légionellose pour plus de détails).
- Éviter la prise de température rectale et les touchers rectaux.
- Retirer toutes plantes, fleurs séchées et fleurs coupées dans la chambre d'un usager en précaution de PROTECTION en raison de l'association à des éclosions d'*Aspergillus* et d'autres microorganismes (référer aux lignes directrices sur la prévention des pneumonies et celles sur la gestion des travaux de construction et de rénovation).

The cover features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes and several thin blue lines that intersect and cross the page. One large circle is at the top right, a medium one is in the center, and another large one is at the bottom right. Lines connect the circles and extend across the page.

GUIDE DE PRÉVENTION
ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX

Avril 2012

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
ABCÈS	<i>Staphylococcus aureus</i> Streptocoque du Gr. A Nombreuses autres bactéries							
Suppuration peu importante ou limitée		Écoulement purulent	Contact direct et indirect	Variable selon l'agent infectieux	Tant que l'écoulement persiste	Pratiques de base		Le pansement couvre la plaie et contient adéquatement le pus où la région infectée est circonscrite.
Suppuration importante		Écoulement purulent	Contact direct et indirect	Variable selon l'agent infectieux	Tant que l'écoulement persiste	Contact	Jusqu'à cessation de l'écoulement ou jusqu'à ce que celui-ci puisse être contenu dans un pansement	Suppuration importante: écoulement qui ne peut être contenu par un pansement.
ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRÉSISTANT	Bacille non-fermentaire multirésistant associé aux infections nosocomiales	Sécrétions respiratoires Plaies Aïnes	Contact direct et indirect	Inconnue	Tant que l'individu demeure porteur	Contact ou Contact renforcé selon l'épidémiologie locale	Tant que l'individu est porteur	<i>Acinetobacter baumannii</i> multirésistant a aussi été décrit chez les soldats blessés de retour d'Afghanistan, de l'Iraq ou du Koweït.
ACTINOMYCOSE (<i>Actinomyces sp.</i>)	Infection cervico-faciale, thoracique ou abdominale	Écoulement des lésions	Pas de transmission de personne à personne	Variable de plusieurs jours à plusieurs années		Pratiques de base		Provient de la flore endogène du patient, qui devient pathogène sous différents facteurs, notamment après extraction ou manipulation dentaires pour la forme cervico-faciale.
ADÉNOVIRUS								
Souche respiratoire	Infection respiratoire des nourrissons et des jeunes enfants	Sécrétions respiratoires Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral) Gouttelettes	2 à 14 jours	Tant que l'agent infectieux est présent, une excrétion prolongée est possible	Gouttelettes/Contact *	Durée de la maladie	* Lors d'immunosuppression, prolonger la durée des précautions.
	Infection respiratoire chez les adultes	Sécrétions respiratoires Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral) Gouttelettes	2 à 14 jours	Tant que l'agent infectieux est présent, une excrétion prolongée est possible	Pratiques de base		
Souche entérique	Diarrhée	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	3 à 10 jours	Tant que l'agent infectieux est présent, une excrétion prolongée est possible	Pratiques de base ou Contact chez l'enfant, l'immunosupprimé et l'incontinent	Durée des symptômes	Voir DIARRHÉE
Souche conjonctivale	Conjonctivite	Sécrétions oculaires	Contact direct et indirect	4 à 12 jours	Tant que l'agent infectieux est présent	Gouttelettes-Contact	Durée des symptômes	Mesures essentielles pour éviter la propagation : <ul style="list-style-type: none"> • Lavage des mains. • Désinfection de l'instrumentation ophtalmique. • Non partage de la médication ophtalmique.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
AMIBIASE (<i>Entamoeba histolytica</i>)	Abcès	Écoulement purulent si drainage Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	Quelques jours à plusieurs mois	Tant que l'écoulement persiste	Pratiques de base		Les abcès peuvent se retrouver au foie (plus fréquent), sur la peau, au cerveau, aux poumons, au péricarde et au tractus génito-urinaire. Déclaration obligatoire par le laboratoire.
	Dysenterie	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral) Transmission de personne à personne rare	2 à 4 semaines	Tant que des kystes sont présents dans les selles	Pratiques de base Contact pour enfants et adultes incontinents	Durée des symptômes	Provient de l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Déclaration obligatoire par le laboratoire.
ANKYLOSTOMIASE (Ver) (<i>Necator americanus</i> , <i>Ancylostoma duodenale</i>)	Habituellement asymptomatique	Sol contaminé par des selles	Pas de transmission de personne à personne	Quelques semaines à quelques mois		Pratiques de base		Les larves pénètrent par la peau des pieds et vont se loger dans différents organes, en l'espace d'une semaine à quelques mois. Voir CHARBON (MALADIE DU)
ANTHRAX								
ARTHRITE AIGUË SUPPURÉE	Nombreuses bactéries telles que : <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> de type B possible chez les enfants non immuns de moins de 5 ans	Liquide articulaire	Habituellement pas de transmission de personne à personne	Inconnue	Variable	Adultes : Pratiques de base Enfants : Gouttelettes si <i>Haemophilus influenzae</i> de type B est soupçonné	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace si <i>Haemophilus influenzae</i> de type B	
ARTHROPODES (Maladies transmises par) (Arbovirus)	Encéphalite, fièvre, éruptions cutanées	Parfois le sang	Pas de transmission de personne à personne Rarement par transfusion Virus du Nil occidental : Transmission par transplantation d'organe lait maternel et transmission verticale	Variable selon l'agent étiologique		Pratiques de base		Les arthropodes sont des insectes impliqués dans la transmission des encéphalites virales (de l'Est, de l'Ouest, équine du Venezuela, St-Louis, californienne, de Powassan), du virus du Nil occidental et des fièvres virales (dengue, fièvre jaune, fièvre du Colorado). Déclaration obligatoire d'une encéphalite virale transmise par arthropodes par le médecin et le laboratoire.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
ASCARIDIOSE (Ver) (<i>Ascaris lumbricoides</i>)	Habituellement asymptomatique	Sol contaminé par des selles humaines	Pas de transmission de personne à personne	4 à 8 semaines		Pratiques de base		S'acquiert par ingestion d'aliments provenant de sols contaminés.
ASPERGILLOSE (<i>Aspergillus spp.</i>)	Infection des poumons, des sinus, de la peau, d'une plaie ou du système nerveux central	Spores en suspension dans l'air	Pas de transmission de personne à personne	Inconnue		Pratiques de base Aériennes/contact lors d'une infection des tissus mous avec drainage abondant nécessitant des irrigations fréquentes.		Des éclosions sont survenues lors de rénovations dans les hôpitaux, par inhalation des spores d' <i>Aspergillus</i> transportées dans l'air. Lors de telles rénovations, protéger les patients immunodéficients tels : • Patients greffés. • Patients neutropéniques. • Patients sous traitement de chimiothérapie. • Patients VIH positif.
ASTHME + FIÈVRE (Chez l'enfant de moins de 2 ans)						Gouttelettes/Contact *	Tant que l'étiologie virale n'est pas exclue	*Port du masque à moins de deux mètres du patient, s'il tousse. Voir BRONCHIOLITE
ASTROVIRUS	Diarrhée	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	1 à 4 jours	Durée des symptômes	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée de la maladie (minimum de 7 jours)	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être ** Les pratiques courantes peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
BABESIOSE	Fièvre	Sang	Pas de transmission de personne à personne Transmissions transplacentaires et périnatales décrites Rarement par transfusion	1 semaine à plusieurs mois		Pratiques de base		Maladie transmise par des tiques. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES	Gastro-intestinale	Selles	Contact direct et indirect	Variable	Variable	Contact	À déterminer par l'équipe de prévention des infections (PCI)	Les germes multirésistants sont : • Les bacilles à gram négatif résistant à plusieurs antibiotiques (ex. : Stenotrophomonas maltophilia). • Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM). • Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ou aux aminosides. Autres bactéries résistantes considérées importantes cliniquement et épidémiologiquement. Différents sites de l'organisme peuvent être infectés ou colonisés par des germes multirésistants. Il peut aussi y avoir colonisation de plusieurs sites à la fois. Pour tous les cas d'infection ou de colonisation à SARM ou à ERV, voir la politique plus détaillée en vigueur dans l'établissement.
	Respiratoire	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	Variable	Variable	Contact Gouttelettes/Contact si pneumonie à SARM	À déterminer par l'équipe de (PCI)	
	Peau, plaie, brûlure	Exsudat purulent	Contact direct et indirect	Variable	Variable	Contact	À déterminer par l'équipe de (PCI)	
	Urinaire	Urine	Contact direct et indirect	Variable	Variable	Contact	À déterminer par l'équipe de (PCI)	
BARTONELLA HENSELAE	Dans la majorité des cas, agent étiologique de la maladie des griffures de chat. Adénopathies régionales et lésions cutanées. Chez le VIH : angiomatose bacillaire, splénite, péliose hépatique		Pas de transmission de personne à personne	Entre griffure de chats et lésion cutanée : 7 à 12 jours Entre lésion cutanée et adénopathie : 5 à 50 jours		Pratiques de base		
BCGite	Survient suite à l'instillation	Souche de <i>Mycobacterium</i>	Pas de transmission			Pratiques de base		L'instillation du BCG intra-vésical

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
	de BCG intra-vésical donné pour les tumeurs vésicales : fièvre et symptômes de cystite, peut aller jusqu'au sepsis, hépatite granulomateuse, pneumonie	<i>bovis</i> vivante atténuée	de personne à personne					demande des précautions. Le patient qui souffre de BCGite ne requiert quant à lui, aucune précaution particulière. Référer au protocole de l'établissement.
BÉTA LACTAMASES A SPECTRE ÉLARGI (BLSE)	Entérobactéries résistantes aux antibiotiques par l'expression d'une enzyme de résistance (Béta lactamase à spectre étendu)	Selon le site infecté ou colonisé	Contact direct et indirect	Inconnue	Inconnue	Contact	Tant que la bactérie est présente	
BLASTOCYSTIS HOMINIS	Porteur asymptomatique ou diarrhée	Selles	Fécal-oral	Inconnue		Adultes : Pratiques de base Enfants : Contact *	Durée des symptômes	* Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.
BLASTOMYCOSE (<i>Blastomyces dermatitidis</i>)	Pneumonie, lésions cutanées	Spores	Pas de transmission de personne à personne	30 à 45 jours		Pratiques de base		L'infection, de présentation cutanée ou pulmonaire, s'acquiert par inhalation des spores présentes dans le sol et les poussières. Risque de transmission professionnelle pour les employés du laboratoire de microbiologie. Prendre soin d'inscrire les cas de blastomycose soupçonnés ou confirmés sur les réquisitions de tous les prélèvements envoyés au laboratoire de microbiologie.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
BOCAVIRUS HUMAIN	Infections respiratoires des voies supérieures et inférieures (bronchiolite chez l'enfant)	Sécrétions respiratoires				Gouttelettes/Contact		
BOTULISME (<i>Clostridium botulinum</i>)	Paralysie flasque, paralysie des nerfs crâniens	Aliments ou sols contaminés	Pas de transmission de personne à personne	Ingestion de toxines : 12 à 48 heures Exposition aux spores : 3 à 30 jours Contamination d'une plaie : 4 à 14 jours		Pratiques de base		S'acquiert par ingestion d'aliments contaminés par la toxine ou par les spores, ou encore par contact direct d'une plaie avec le sol contaminé. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Maladie à surveillance extrême.
BRONCHIOLITE	Virus respiratoire syncytial (VRS), virus parainfluenza, influenza, adénovirus, métapneumovirus	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect	Variable, selon l'agent étiologique	Selon l'agent étiologique	Gouttelettes/Contact * jusqu'à l'identification de l'agent étiologique, puis selon l'agent identifié	Voir l'agent identifié	* Limiter l'exposition des patients immunodéficients, des enfants atteints de maladie cardiaque ou pulmonaire chronique et des nouveau-nés.
BRUCELLOSE (<i>Brucella sp.</i>)	Avec lésions suppurantes	Écoulement des lésions	Transmission rare de personne à personne excepté par les dons de sperme ou un contact sexuel	Une semaine à quelques mois	Tant que l'écoulement persiste	Contact	Tant que l'écoulement persiste	Zoonose qui s'acquiert par contact direct avec un animal infecté, ses sécrétions, sa carcasse ou encore par ingestion de produits laitiers non pasteurisés. Prophylaxie antimicrobienne lors d'une exposition en laboratoire. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
	Autres (symptomatologie variée)					Pratiques de base		

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
BRÛLURES Non infectées								Il est important de prévenir la colonisation des brûlures. Si la surface corporelle atteinte dépasse 20 %, l'utilisation des barrières stériles maximales et une chambre individuelle sont recommandées.
Infectées ou colonisées	<i>Staphylococcus aureus</i> Streptocoque du Gr. A Nombreuses autres bactéries	Écoulement	Contact direct et indirect	Variable, selon l'agent infectieux	Tant que l'écoulement persiste	Mineures : Pratiques de base Majeures : Contact	Jusqu'à guérison des plaies	Mineure : Lorsque la surface corporelle atteinte est plus petite que 20 % et que l'écoulement est adéquatement contenu dans le pansement. Majeure : Lorsque la surface corporelle atteinte est plus grande que 20 % ou encore lorsque la surface corporelle est plus petite que 20 %, mais que l'écoulement est non adéquatement contenu dans le pansement.
BURKHOLDERIA CEPACIA (<i>B. Cepacia complex</i>) ► Suite page suivante	Exacerbation de maladie pulmonaire chez les patients atteints de fibrose kystique du pancréas (FKP) * * Syndrome <i>B. cepacia</i> : fièvre, bactériémie, détérioration pulmonaire rapide	Secrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	1 à 21 jours (9 jours)	Tant que l'agent infectieux est présent	Gouttelettes/ Contact	Habituellement porteur chronique A valider avec l'équipe de prévention des infections	Les patients atteints de FKP devraient, dans la mesure du possible, être hébergés dans une chambre privée avec toilette/douche privées sans égard à leur statut de porteur de <i>B. cepacia</i> . Les patients atteints de FKP ne devraient jamais partager la même chambre qu'un autre patient FKP, ni avec un nouveau-né, un immunosupprimé ou un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible.
BURKHOLDERIA CEPACIA (suite) (<i>B. Cepacia complex</i>)	Bactérie nosocomiale chez des patients autres que ceux atteints de FKP	Liquide biologique où on retrouve la bactérie	Contact direct et indirect			Pratiques de base		
Autres souches nosocomiales				1 à 21 jours (9 jours)		Pratiques de base		

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CALICIVIRUS	Diarrhée, vomissements	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	12 heures à 72 heures	5 à 7 jours pouvant aller jusqu'à 13 jours	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée des symptômes	<p>* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base.</p> <p>**Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.</p> <p>Port du masque en présence de vomissements et lors du nettoyage et de la désinfection des surfaces fortement contaminées. Rehausser la fréquence de nettoyage et de désinfection des surfaces souillées et principalement les toilettes.</p> <p>Cohorte de patients infectés avec toilettes désignées permet de limiter la transmission.</p>

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CAMPYLOBACTER JEJUNI	Diarrhée	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	1 à 7 jours (parfois plus long)	L'excrétion dure de 2 à 3 semaines Cette période est plus courte si le patient est traité	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée des symptômes	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. ** Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. S'acquiert le plus souvent par ingestion de nourriture, d'eau ou de lait contaminé. Pas de retrait du travail pour les employés d'hôpitaux asymptomatiques. Voir DIARRHÉE. Déclaration obligatoire par le laboratoire.
CANDIDIASE (<i>Candida sp.</i>)	Tableaux cliniques divers	Lésions Sécrétions	Contact direct et indirect	Variable Inconnue	Tant que l'agent infectieux est présent	Pratiques de base		La plupart des candidiases sont d'origine endogène.
CELLULITE (Avec suppuration)	<i>Staphylococcus aureus</i> Streptocoque du Gr. A Nombreuses autres bactéries SARM-AC	Écoulement	Contact direct et indirect	Variable selon l'agent infectieux	Tant que l'écoulement persiste	Pratiques de base ou Contact selon l'agent identifié		Voir ABCÈS ET AGENTS SPÉCIFIÉS.
Péριο-orbitaire ou autres, avec peau intacte, chez l'enfant	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>streptococcus du groupe A</i> ou <i>Haemophilus influenza</i> type B, chez les enfants non immuns	Sécrétions respiratoires	Contact direct Gouttelettes	Inconnue	Selon l'agent pathogène	Gouttelettes si <i>Haemophilus influenzae</i> B ou streptocoque du groupe A soupçonné Autrement : Pratiques de base	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CHANCRE MOU (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	Ulcères génitaux	Exsudat purulent	Infection transmissible sexuellement	3 à 10 jours	Tant que la lésion est présente	Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
CHARBON (Maladie du) ANTHRAX (<i>Bacillus anthracis</i>)	Présentation cutanée	Écoulement des lésions	Transmission de personne à personne lorsque contact avec lésions d'un patient non traité	1 à 12 jours		Pratiques de base Contact si écoulement abondant		Zoonose qui s'acquiert par contact avec un animal infecté ou ses produits (laine, poils, carcasses). Les spores de l'animal peuvent pénétrer la peau s'il y a lésion et causer une infection.
	Présentation pulmonaire	Sécrétions respiratoires	Pas de transmission de personne à personne	1-7 jours jusqu'à possibilité de 43 jours après l'exposition aux spores		Pratiques de base		La lingerie contaminée (litière, vêtements) devrait être stérilisée à la vapeur ou incinérée, en raison de la très grande résistance des spores.
	Présentation gastro-intestinale	Selles (Par ingestion de spores) rare par consommation de viande contaminée	Pas de transmission de personne à personne	15 à 72 heures		Pratiques de base		Le lavage des mains au lavabo est préférable au lavage antiseptique sans eau car l'alcool sans eau est non sporicide et l'action mécanique favorise l'élimination des bactéries sporulées. Les éclosions sont rares en milieu de soins. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Maladie à surveillance extrême.
CHIKUNGUNYA (<i>Fièvre de</i>)	Fièvre, rash, arthralgies/arthrite		Piqûre d'insecte Pas de transmission de personne à personne	2 à 4 jours		Pratiques de base		Virus indigène en Asie et Afrique
CHLAMYDIA PNEUMONIAE (SOUCHE TWAR) Chlamydia	Pneumonie	Sécrétions respiratoires	Contact direct	En moyenne 21 jours	Variable, l'excrétion peut être prolongée	Pratiques de base		Les oiseaux constituent le réservoir majeur. S'acquiert par inhalation de poussières fécales et de sécrétions d'oiseaux infectés. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	Infection génitale, lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	Sécrétions génitales	Infection transmissible sexuellement	7 à 14 jours parfois davantage	Inconnue	Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
	Conjonctivite néonatale ou adulte	Exsudat purulent	Lors de l'accouchement ou par contact direct	Nouveau-nés : 3 jours à 6 semaines Adultes : 6 à 19 jours	Jusqu'à 2 ans chez le nouveau-né ou 96 heures après le début d'un traitement efficace	Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CHLAMYDIA TRACHOMATIS (suite)	Pneumonie néonatale	Sécrétions génitales de la mère	Transmission verticale lors de l'accouchement	2 à 19 semaines après la naissance	Inconnue	Pratiques de base		Pas d'évidence de transmission autre que celle « mère-enfant ». Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
CHLAMYDOPHILA PSITTACI (Psittacose, ornithose, psittaci)	Pneumonie, fièvre, toux non productive, céphalée, malaise	Sécrétions des oiseaux et animaux	Pas de transmission de personne à personne Inhalation des sécrétions des oiseaux et animaux	5 à 14 jours jusqu'à 39 jours		Pratiques de base		Les oiseaux constituent le réservoir majeur. S'acquiert par inhalation de poussières et de sécrétions d'oiseaux infectés. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
CHOLERA (<i>Vibrio cholerae</i>)	Diarrhée, crampes abdominales, fièvre	Selles Vomissements Eau et aliments contaminés	Contact direct et indirect (fécal-oral)	Quelques heures à 5 jours	Jusqu'à la fin de l'excrétion	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée des symptômes	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. S'acquiert le plus souvent par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Voir DIARRHÉE. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Maladie à surveillance extrême.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CHORIOMÉNINGITE LYMPHOCYTAIRE	Méningite aseptique	Sang Liquide céphalo-rachidien Sécrétions naso-pharyngées Urine	Pas de transmission de personne à personne Transmission transplacentaire ou par transplantation d'organes infectés	6 à 13 jours (occasionnellement jusqu'à 3 semaines)		Pratiques de base		S'acquiert par inhalation de poussières ou ingestion de nourriture contaminées par les liquides des rongeurs et animaux domestiques infectés.
CINQUIÈME MALADIE								Voir PARVOVIRUS B-19
CLOSTRIDIUM DIFFICILE (TOXINE)	Diarrhée, colite pseudomembraneuse	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	Inconnue	Probablement la durée de la maladie	Contact Renforcé	Habituellement : Durée de la diarrhée et jusqu'à 72 heures après le retour des selles normales La durée peut varier selon le protocole local	Plus souvent associé à une antibiothérapie qui doit être reconsidérée. Le lavage des mains au lavabo est préférable au lavage antiseptique sans eau car l'alcool est non sporicide et l'action mécanique favorise l'élimination des bactéries sporulées. Nettoyage et désinfection de l'environnement avec un produit à base de chlore selon la procédure prévue pour les précautions contact renforcé (les bactéries sporulées persistent dans l'environnement). Ne pas utiliser de thermomètre électronique. En pédiatrie, les enfants de moins d'un an sont souvent porteurs asymptomatiques; l'isolement est nécessaire seulement si l'enfant est symptomatique. Référer au protocole de l'établissement. Voir DIARRHÉE

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CLOSTRIDIUM PERFRINGENS	Intoxication alimentaire : diarrhée	Nourriture contaminée	Pas de transmission de personne à personne	6 à 24 heures habituellement 8 à 12 heures		Pratiques de base		La Toxi-infection alimentaire est à déclaration obligatoire par le médecin.
C. PERFRINGENS ET AUTRES CLOSTRIDIUM	Gangrène gazeuse, abcès, myonécrose	Tissus nécrotiques Écoulement des lésions	Transmission de personne à personne rare	Inconnue	Tant que l'écoulement persiste	Pratiques de base *		* Précautions contact si écoulement abondant de la plaie.
COCCIDIOIDOMYCOSE (<i>Coccidioides immitis</i>)	Pneumonie, lésions cutanées, arthralgies, infections des os et du système nerveux central (SNC)	Spores en suspension dans l'air	Pas de transmission de personne à personne	10 à 16 jours (moins de 1 semaine à 1 mois)		Pratiques de base		L'infection, de présentation cutanée ou pulmonaire, s'acquiert par inhalation des spores présentes dans le sol et les poussières (endémique au Sud-Ouest des Etats-Unis). Risque de transmission professionnelle pour les employés du laboratoire de microbiologie. Prendre soin d'inscrire les cas de coccidioïdomycose soupçonnés ou confirmés sur les réquisitions de tous les prélèvements envoyés au laboratoire de microbiologie.
COLITE PSEUDO-MEMBRANEUSE								Voir CLOSTRIDIUM DIFFICILE (toxine)
CONDYLOMES ACUMINÉS								Voir PAPILLOMAVIRUS
CONJONCTIVITE								
Germe non connu		Exsudat purulent	Contact direct et indirect	Variable selon l'agent étiologique	Durée de l'infection	Contact si risque d'adénovirus ou d'entérovirus Autrement : Pratiques de base	Durée des symptômes	
Bactérienne	<i>Chlamydia trachomatis</i> (conjonctivite néonatale)	Exsudat purulent	Lors de l'accouchement ou par contact direct	Adultes : 6 à 19 jours Nouveau-nés : 3 jours à 6 semaines après la naissance	Durée de l'infection (jusqu'à 2 ans chez le nouveau-né) ou 96 heures après le début d'un traitement efficace	Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CONJONCTIVITE	Gonococcique	Exsudat purulent	Contact direct et indirect	1 à 5 jours	Durée de l'infection ou 24 heures après le début d'un traitement efficace	Pratiques de base		Survient surtout chez le nouveau-né de mère infectée, rare chez l'adulte. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
CONJONCTIVITE (suite)	Autres bactéries	Exsudat purulent Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect	24 à 72 heures	Durée de l'infection	Pratiques de base		
Virale (conjonctivite hémorragique aiguë et conjonctivite de piscine)	Adénovirus, picornavirus, enterovirus, echovirus, coxsackie	Exsudat purulent	Contact direct et indirect	Adénovirus : en moyenne 8 jours (4-12 jours) Picornavirus : 12 heures à 3 jours	Adénovirus : jusqu'à 14 jours après le début de l'infection Picornavirus : jusqu'à 4 jours après le début de l'infection	Contact	Durée des symptômes	Hautement contagieuse ; éclosions rapportées en clinique : ophtalmologique, pédiatrique, département de néonatalogie et établissements de santé. Mesures essentielles pour éviter la propagation : <ul style="list-style-type: none">• Lavage des mains.• Désinfection de l'instrumentation ophtalmique.• Non partage de la médication ophtalmique.
COQUELUCHE (<i>Bordetella pertussis</i>)	Infection non spécifique des voies respiratoires chez les enfants se manifestant par de la toux persistante	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect probable Gouttelettes	7 à 10 jours (5-21 jours)	6 jours après l'exposition jusqu'à 3 semaines après le début des quintes de toux Surtout lors du stade catarrhal (dépend de l'âge et de l'immunisation)	Gouttelettes	Jusqu'à 5 jours après le début d'un traitement efficace ou 3 semaines après le début des quintes de toux si pas d'antibio-thérapie	Chambre individuelle obligatoire. Prophylaxie aux contacts étroits (patients, personnel, famille), quel que soit leur statut vaccinal, si présence dans l'entourage d'enfants de moins de 12 mois ou de femmes à 3 semaines ou moins de la date prévue de l'accouchement. Personnel exposé : référer au service de santé du personnel. Un contact étroit de coqueluche ne nécessite pas de précautions gouttelettes, sauf s'il présente une symptomatologie laissant soupçonner une coqueluche. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CORONAVIRUS	Rhume Coronavirus associé au SRAS : voir SRAS	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	2 à 5 jours	Tant que les symptômes persistent	Adultes : Pratiques de base Enfants * : Gouttelettes/Contact **	Durée des symptômes	* Les mêmes pratiques que celles de l'adulte peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans s'ils sont capables de respecter les mesures d'hygiène de base : utilisation et disposition adéquate des papiers mouchoirs et lavage des mains. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. **Port du masque à moins de deux mètres du patient, s'il tousse.
COXSACKIE VIRUS								Voir ENTEROVIRUS
CREUTZFELDT-JAKOB (Maladie de) a) Classique b) Variante	Encéphalopathie chronique Encéphalopathie spongiforme transmissible : démence	a) Tissus du système nerveux central Liquide céphalo-rachidien Tissus de l'œil Autres tissus b) Tissus de bovins contaminés	Généralement inconnu	Plusieurs mois à plusieurs années 1,5 à > 30 ans	Tant que l'agent infectieux est présent	Pratiques de base		Transmissions documentées lors de transplantation de cornée et de dure-mère, traitement avec hormones de croissance ou gonadotropines et utilisation de matériel contaminé. Des méthodes de stérilisation ou de décontamination particulières sont nécessaires pour l'instrumentation souillée par le matériel infectieux lors d'interventions chirurgicales neurologiques surtout, ou encore lors d'autopsies ou de manipulation de cadavres. Non admissible pour le don d'organe. Aviser le service de prévention des infections, si maladie de Creutzfeldt-Jacob soupçonnée. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CROUP (Laryngo-trachéite)								Voir FAUX CROUP
CRYPTOCOCCOSE (<i>Cryptococcus neoformans</i>)	Pneumonie, méningite, adénopathie, lésions cutanées ou osseuses	Environnement contaminé (sol)	Pas de transmission de personne à personne	Inconnue		Pratiques de base		S'acquiert par inhalation de particules infectieuses présentes dans le sol, les fientes et les nids d'oiseaux.
CRYPTOSPORIDIOSE (<i>Cryptosporidium parvum</i> et <i>Cryptosporidium hominis</i>)	Diarrhée	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	2 à 14 jours Médiane 7 jours	Excrétion d'environ 2 semaines, peut être plus long (jusqu'à 2 mois)	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Probablement la durée des symptômes	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. ** Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Voir DIARRHÉE Déclaration obligatoire par le laboratoire.
CYSTICERCOSE	Présence de kystes dans différents tissus, dont le système nerveux (neurocysticercose)	Selles d'un patient porteur de <i>Taenia solium</i>	Pas de transmission de personne à personne	Des mois à des années		Pratiques de base		Voir TAENIA SOLIUM

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
CYTOMEGALOVIRUS (CMV)	Habituellement asymptomatique; infection congénitale, rétinite, infection disséminée chez un patient immunodéficient Infection ressemblant à la mononucléose	Salive Urine Sécrétions cervicales Sperme Lait maternel Autres tissus et sécrétions Transfusion sanguine	Contact direct et indirect avec le liquide infecté Transmission périnatale Contact sexuel Transplant ou transfusion contaminé	Variable selon le mode de transmission : de quelques semaines à quelques mois Transfusion : de 3 à 12 semaines Transplant : de 4 semaines à 4 mois	L'excrétion du virus peut durer plusieurs années Réactivation possible	Pratiques de base		Après une infection à CMV, le virus demeure à l'état latent avec possibilité de réactivation. Les nourrissons symptomatiques atteints d'une infection congénitale excrètent une plus grande quantité de virus et ne devraient pas être soignés par des femmes enceintes. Travailleuse enceinte exposée : référer au service de santé du personnel.
DENGUE (<i>Flavivirus</i>)	Myalgie, température, céphalée	Sang	Pas de transmission de personne à personne	3 à 14 jours 4 à 6 jours entre la piqûre et la virémie		Pratiques de base		Transmission par arthropodes.
DERMATITE	Nombreux (bactéries, virus, champignons) Parfois non-infectieux	Exsudat de la peau	Contact direct et indirect	Selon l'agent étiologique	Selon l'agent étiologique	Pratiques de base ou selon l'agent étiologique	Jusqu'à ce qu'un diagnostic infectieux soit éliminé	Si les symptômes sont compatibles avec ceux de la gale, prendre les précautions requises en attendant le diagnostic (voir GALE).
DERMATOMYCOSE (Teigne) (<i>Tinea capitis, corporis, cruris, pedis, unguium</i>)	Pied d'athlète, pityriasis versicolor, maladies cutanées	Lésions	Contact direct et indirect	Inconnue	Tant que les lésions sont présentes	Pratiques de base		Mycose cutanée transmissible par contact direct avec les lésions et par contact indirect avec des objets contaminés : brosse, peigne, planchers de douches, poils d'animaux infectés, etc.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
DIARRHÉE								
Agent causal non identifié	Possibilité de plusieurs bactéries, virus ou parasites	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	Variable selon l'agent étiologique, référer à celui-ci lorsque identifié	Voir agents pathogènes identifiés	Contact	Voir agents pathogènes identifiés ou pour la durée des symptômes en l'absence d'agent pathogène	Si on pense que la diarrhée est d'origine infectieuse, débiter les précautions de contact dès que possible, s'il y a lieu, sans attendre la confirmation du laboratoire.
Agent causal identifié :						Référer à l'agent identifié		Déclaration obligatoire de gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée par le médecin.
Origine bactérienne :	<i>Campylobacter</i> <i>C. difficile</i> (toxine) <i>E. coli</i> pathogène <i>Salmonella</i> (incluant <i>typhi</i> et <i>paratyphi</i>) <i>Shigella</i> <i>Vibrio cholerae</i> et autres <i>Yersinia enterocolitica</i>							
Origine virale :	<i>Adenovirus</i> <i>Enterovirus</i> <i>Rotavirus</i>							
Autres :	<i>Cryptosporidium</i> <i>Giardia lamblia</i> , etc.							
DIPHTHÉRIE (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>)	Cutanée (Lésions ulcéraives caractéristiques)	Écoulement des lésions	Contact direct et indirect	2 à 7 jours (parfois plus long)	Si non traitée, 2 à 6 semaines Si traitée, habituellement moins de 4 jours	Contact	Jusqu'à l'obtention de deux cultures négatives à 24 heures d'intervalle, après cessation des antibiotiques depuis au moins 24 heures	Personnel exposé : référer au service de santé du personnel. Prophylaxie aux contacts étroits. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
	Pharyngée (Membrane adhérente grisâtre)	Sécrétions rhino-pharyngées	Contact direct et indirect Gouttelettes	2 à 7 jours (parfois plus long)	Si non traitée, 2 semaines et parfois plus (jusqu'à 6 semaines) Si traitée, habituellement moins de 4 jours	Gouttelettes	Jusqu'à l'obtention de deux cultures négatives à 24 heures d'intervalle, après cessation des antibiotiques depuis au moins 24 heures	Personnel exposé : référer au service de santé du personnel. Prophylaxie aux contacts étroits. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
DIPHYLLOBOTRIUM LATUM (<i>Ver</i>)	Habituellement asymptomatique Diarrhée, douleurs abdominales	Poissons contaminés	Pas de transmission de personne à personne	3 à 5 semaines		Pratiques de base		
EBOLA								Voir FIÈVRE HÉMORRAGIQUE

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
E. COLI 0157 : H7 Prototype et autres sérotypes	Diarrhée, syndrome hémolytique urémique (SHU), purpura thrombocytopénique thrombotique	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	10 heures à 8 jours	Durée de l'infection, parfois excrétion prolongée	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée des symptômes Si SHU : jusqu'à l'obtention de 2 cultures négatives consécutives	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Voir DIARRHÉE Déclaration obligatoire de l'infection invasive à <i>E. coli</i> par le médecin et le laboratoire. Déclaration obligatoire de l'infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine par le laboratoire.
ECHINOCOCCOSE (<i>Echinococcus granulosus</i> , <i>Echinococcus multilocularis</i>)	Le plus souvent asymptomatique, variable selon la localisation du kyste	Nourriture et eau contaminées	Pas de transmission de personne à personne	Quelques mois à plusieurs années		Pratiques de base		S'acquiert par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par les selles d'animaux infectés. Les hôtes primaires sont les chiens, les loups, les autres canidés et les moutons. Voir ENTEROVIRUS
ECHOVIRUS (Maladie à)								
EHRlichIOSE (<i>Ehrlichia</i> , <i>Anaplasma</i>)	Fièvre, céphalée, symptômes gastro-intestinaux	Sang (piqûre de tique)	Pas de transmission de personne à personne	5 à 10 jours		Pratiques de base		Transmission par tique.
ENCÉPHALITE	Virus de l' <i>Herpes simplex</i> ,	Dépend de l'agent	Variable selon l'agent	Variable selon	Variable selon l'agent	Pratiques de base	Jusqu'à ce que la cause	* Les pratiques de base peuvent être

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
	entérovirus, arbovirus Peut être associée à la varicelle, la rougeole, le virus d'Epstein Barr, les oreillons, le Mycoplasma pneumoniae, etc	étiologique	étiologique	l'agent étiologique	étiologique	Enfants : Contact * ou selon l'agent causal identifié	précise ait été établie, puis selon l'agent étiologique	envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Prendre les précautions pour la maladie sous-jacente associée. Pour les encéphalites transmises par des arthropodes, Voir ARTHROPODES.
ENDOMÉTRITE	Streptocoque du Gr. A (Post-partum) Plusieurs autres bactéries dont celles associées aux infections transmissibles sexuellement (ITS)	Écoulement vaginal	Contact direct Infections transmissibles sexuellement	Variable selon l'agent étiologique	Tant que l'écoulement persiste	Contact si Streptocoque du Gr. A soupçonné Autrement : Pratiques de base	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace pour streptocoque du groupe A	Souvent causée par des microorganismes endogènes (ex : anaérobies et <i>E. coli</i>) ou microorganismes associés aux ITS. Si endométrite à streptocoque, voir STREPTOCOQUE, infection puerpérale.
ENTEROBIUS VERMICULARIS								Voir OXYUROSE
ENTÉROCOLITE NÉCROSANTE (Pédiatrie seulement)	Inconnu, probablement plusieurs microorganismes possibles		Contact indirect probable			Contact	Durée de la maladie	
ENTÉROCOQUE RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE (ERV)	Infection ou colonisation de différents sites de l'organisme	Selles ou selon le site infecté ou colonisé	Contact direct et indirect	Inconnue	Tant que l'agent infectieux est présent	Contact ou Contact renforcé selon l'épidémiologie locale	Habituellement la durée de l'hospitalisation (à préciser pour chaque cas avec l'équipe de prévention des infections)	Voir la politique plus détaillée en vigueur dans l'établissement. Déclaration obligatoire des éclosions par le médecin.
ENTÉROVIRUS (Autres que la poliomyélite et l'hépatite A)	Maladie aiguë fébrile, méningite aseptique, encéphalite, pharyngite, herpangine, éruption, pleurodynie, conjonctivite Gastro-intestinal Myopéricardite	Selles Secrétions oculaires dans les cas de conjonctivite	Contact direct et indirect (fécal-oral et possiblement oral-oral)	3 à 6 jours 24 à 72 heures pour la conjonctivite	Présence du virus dans les selles pendant plusieurs semaines	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée de l'hospitalisation	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
								<p>mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.</p> <p>Comprend : virus coxsackie et echovirus.</p> <p>On doit considérer les selles comme infectieuses, même en l'absence de symptômes digestifs.</p> <p>Éviter d'exposer les femmes enceintes.</p> <p>Voir DIARRHÉE</p>
EPIDERMOLYSE BULLEUSE								Voir STAPHYLOCOCCUS AUREUS
EPIGLOTTITE	<i>Haemophilus influenzae type B</i> , <i>Streptocoque Gr. A</i> <i>Staphylococcus aureus</i>	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	Inconnue	Probablement tant que l'agent infectieux est présent dans les sécrétions respiratoires	Gouttelettes	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Traitement prophylactique des contacts à envisager selon l'agent étiologique.
EPSTEIN BARR virus								Voir MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE
ERYTHÈME INFECTIEUX								Voir PARVOVIRUS B19
ERYSIPELE								Voir STREPTOCOQUE
FAUX CROUP (Laryngo-trachéite)	Virus respiratoire syncytial, parainfluenza, influenza, adénovirus, métapneumovirus humain	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	Variable selon l'agent étiologique	Pendant toute la durée des symptômes, excrétion prolongée possible jusqu'à 3 semaines pour certains agents étiologiques	Adultes : Pratiques de base Enfants * : Gouttelettes/Contact **	Jusqu'à l'identification de l'agent étiologique, puis selon l'agent identifié	<p>* Les mêmes pratiques que celles de l'adulte peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans s'ils sont capables de respecter les mesures d'hygiène de base : utilisation et disposition adéquate des papiers mouchoirs et lavage des mains. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.</p> <p>**Port du masque à moins de deux mètres du patient, s'il tousse.</p> <p>Limiter l'exposition des patients immunodéficients, des enfants atteints de maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques et des nouveau-nés.</p>

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
<p>FIÈVRE D'origine inconnue, sans foyer identifié (aiguë)</p>	<p>Entérovirus possible chez l'enfant (juin-décembre) Influenza possible chez l'enfant en période épidémique</p>	<p>Selles si entérovirus Sécrétions respiratoires si influenza</p>	<p>Contact direct ou indirect (fécal-oral) si entérovirus Contact/ gouttelettes si influenza</p>			<p>Adultes : Pratiques de base Enfants : Contact * si entérovirus soupçonné et gouttelettes si influenza soupçonné **</p>	<p>Durée de la maladie ou jusqu'à ce qu'on ait écarté une infection à entérovirus ou influenza **</p>	<p>* Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. ** Voir INFLUENZA</p>
<p>FIÈVRE DU COLORADO</p>								<p>Voir ARTHROPODES</p>
<p>FIÈVRES HÉMORRAGIQUES</p>	<p>Ebola, Lassa, Marburg, Crimée-Congo et Vallée du Rift Maladie fébrile sévère avec choc et hémorragies</p>	<p>Sang Liquides organiques Sécrétions respiratoires Urine (Lassa)</p>	<p>Contact direct et indirect Gouttelettes Voie aérienne Transmission sexuelle (Lassa)</p>	<p>Ebola : 2 à 19 jours Lassa : 7 à 12 jours Marburg : 3 à 21 jours Crimée-Congo et Vallée du Rift 2 à 10 jours</p>	<p>Tant que le virus est présent dans le sang et les sécrétions Lassa : 3-9 semaines dans les urines</p>	<p>Gouttelettes/Contact Aériennes/Contact seulement si pneumonie</p>	<p>Durée des symptômes</p>	<p>Zoonoses contractées dans des régions endémiques. Si un tel diagnostic est évoqué, aviser immédiatement l'infectiologue de garde. Des précautions spéciales pour la gestion des déchets sont requises. Contacter votre équipe de prévention des infections. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Maladies à surveillance extrême. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.</p>
<p>FIÈVRE JAUNE</p>								<p>Voir ARTHROPODES Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Maladie à surveillance extrême.</p>
<p>FIÈVRE PARATYPHOÏDE (<i>Salmonella paratyphi</i>)</p>	<p>Diarrhée, fièvre entérique</p>	<p>Selles</p>	<p>Contact direct et indirect (fécal-oral)</p>	<p>1 à 3 semaines (3 jours - 3 mois)</p>	<p>Durée de l'excrétion, habituellement de 1 à 2 semaines</p>	<p>Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **</p>	<p>Durée des symptômes</p>	<p>* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de</p>

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
								base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
FIÈVRE POURPRÉE DES MONTAGNES ROCHEUSES <i>(Rickettsia rickettsii)</i>	Fièvre, éruptions pétéchiâles, encéphalite	Sang	Pas de transmission de personne à personne Rarement par transfusion	7 jours (2-14 jours)		Pratiques de base		S'acquiert par morsure de tique infectée.
FIÈVRE Q <i>(Coxiella burnetii)</i>	Aiguë : Pneumonie, fièvre, hépatite Chronique : endocardite (Zoonose)	Sang, urine, selles, tissus Placenta des animaux aérosolisation (très contagieuse)	Transmission rare de personne à personne Transmission périnatale possible	14 à 22 jours (9-39 jours)		Pratiques de base		Maladie rencontrée plus fréquemment chez l'animal que chez l'humain : transmissible à l'homme lors d'exposition à des animaux infectés. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
FIÈVRE TYPHOÏDE <i>(Salmonella typhi)</i>	Diarrhée, fièvre entérique	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	7 à 14 jours (3-60 jours)	Durée de l'excrétion, parfois prolongée	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Jusqu'à l'obtention de trois coprocultures négatives, à au moins 24 heures d'intervalle et obtenus au moins 48 heures après arrêt des antibiotiques	<p>* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base.</p> <p>**Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.</p> <p>S'acquiert habituellement lors d'un voyage à l'étranger, suite à un contact avec un porteur chronique ou par ingestion d'aliments contaminés par un porteur.</p> <p>Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.</p> <p>Voir STAPHYLOCOCCUS AUREUS et SARM-AC</p>
FURONCLE <i>(Furonculose)</i>								
GALE <i>(Sarcoptes scabiei)</i>	Éruptions prurigineuses	Peau infestée Vêtements Literie	Contact direct et indirect Contact direct proche et prolongé	Première exposition : 4 à 6 semaines avant le début du prurit Histoire de gale antérieure : 1 à 4 jours	Jusqu'à ce que les parasites et les œufs soient détruits	Contact	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	<p>Les gants et la blouse doivent être portés lors de tout contact avec le patient, ainsi que pour manipuler les vêtements et la literie. Si non jetés, les vêtements personnels devront être lavés (eau chaude) et séchés (cycle chaud), nettoyés à sec ou encore, emballés dans un sac de plastique durant une semaine, avant toute réutilisation.</p> <p>Les contacts domiciliaires devraient être traités.</p> <p>Personnel exposé : référer au service de santé du personnel.</p>
GALE NORVÉGIENNE <i>(Sarcoptes scabiei)</i>	Éruptions prurigineuses disséminées	Peau infestée Vêtements Literie	Contact direct et indirect	Première exposition : 4 à 6 semaines Histoire de gale antérieure : 1 à 4 jours	Jusqu'à ce que les parasites et les œufs soient détruits	Contact	Selon le médecin traitant et l'équipe de prévention des infections	<p>Les gants et la blouse doivent être portés lors de tout contact avec le patient, ainsi que pour manipuler les vêtements et la literie. Si non jetés, les vêtements personnels devront être</p>

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
								lavés (eau chaude) et séchés (cycle chaud), nettoyés à sec ou encore, emballés dans un sac de plastique durant une semaine, avant toute réutilisation. Les contacts domiciliaires devraient être traités. Personnel exposé : référer au service de santé du personnel.
GANGRÈNE GAZEUSE								Voir CLOSTRIDIUM PERFRINGENS, gangrène Voir DIARRHÉE
GASTRO-ENTÉRITE GIARDIA LAMBLIA <i>Giardia intestinalis</i>	Diarrhée	Selles, eau contaminée par des selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	1 à 4 semaines	Durée de l'excrétion	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée des symptômes	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. ** Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Voir DIARRHÉE. Déclaration obligatoire par le laboratoire.
GINGIVOSTOMATITE	Virus de l' <i>Herpes simplex</i>	Sécrétions buccales et respiratoires	Contact direct et indirect	2 jours à 2 semaines	Habituellement moins de 5 jours	Contact	Tant que les lésions sont présentes	
GONORRHÉE	Infection génitale, syndrome	Sécrétions génitales	Infection transmissible	2 à 7 jours	Durée de la maladie	Pratiques de base		Peut se transmettre de la mère infectée

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
<i>(Neisseria gonorrhoeae)</i>	inflammatoire pelvien, conjonctivite chez le nouveau-né	Sécrétions oculaires chez le nouveau-né avec conjonctivite	sexuellement Transmission périnatale					à l'enfant lors de l'accouchement. Ce dernier présente alors généralement des signes oculaires (voir CONJONCTIVITE gonococcique) et plus rarement des signes systémiques. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
GRANULOME INGUINAL <i>(Calymmatobacterium granulomatis)</i>	Ulcères ou nodules génitaux	Lésions génitales	Infection transmissible sexuellement	8 à 80 jours	Durée des lésions actives et de la colonisation rectale	Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
GRIFFURES DE CHAT <i>(Bartonella henselae)</i>								Voir BARTONELLA HENSELAE
GRIPPE GUILLAIN-BARRÉ (Syndrome de)	Complication possible suite à un vaccin ou suite à plusieurs maladies infectieuses (diphtérie, mononucléose, infections à CMV, <i>Campylobacter</i> et <i>Enterovirus</i>)		Pas de transmission de personne à personne			Pratiques de base		Voir INFLUENZA Prendre les précautions selon l'infection sous-jacente, connue ou soupçonnée.
HAEMOPHILUS INFLUENZAE (Type B) (Maladie invasive)	Pneumonie, arthrite aiguë suppurée, cellulite, septicémie, épiglottite et méningite	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	Inconnue	Surtout contagieux dans la semaine précédant l'apparition de la maladie, et pendant la maladie jusqu'au traitement	Gouttelettes	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Traitement prophylactique des contacts étroits à envisager si maladie invasive. Les types d' <i>Haemophilus influenzae</i> autres que B et les souches non typables nécessitent rarement des précautions de gouttelettes. Déclaration obligatoire des infections invasives par le médecin et le laboratoire.
HANTAVIRUS	Fièvre, pneumonie Fièvre hémorragique avec syndrome rénal	Urine, excréments et salive des rongeurs	Pas de transmission de personne à personne	1 à 6 semaines	Inconnue	Pratiques de base		S'acquiert par inhalation ou contact avec les excréments des rongeurs infectés, rarement par morsure d'un rongeur. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
HELICOBACTER PYLORI	Gastrite, ulcère gastrique/duodénal	Selles et sécrétions orales	Probablement contact direct et indirect (fécal-oral et oral-oral)	5-10 jours	Inconnue	Pratiques de base		

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
HÉPATITE								
A	Hépatite, maladie fébrile aiguë le plus souvent anictérique chez l'enfant, ictérique chez l'adulte	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral) Contacts homosexuels Transfusion sanguine rare Utilisation de drogues injectables Transmission mère-enfant rare	15-50 jours Moyenne 30 jours	Surtout pendant les deux semaines précédant le début de l'ictère Contagion beaucoup moindre la semaine suivant le début de l'ictère	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Jusqu'à une semaine après le début des symptômes Durée de l'hospitalisation chez les enfants en bas âge de 3 ans	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Prophylaxie des contacts étroits (sexuels et domiciliaires) à envisager. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
E	Hépatite, maladie fébrile aiguë le plus souvent anictérique	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	40 jours (15-60 jours)	Excrétion dans les selles pendant au moins deux semaines avant le début des symptômes	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée de la maladie	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Éviter d'exposer les femmes enceintes.
B, C et D	Hépatite B : 50 % des cas sont symptomatiques	Sang Liquides organiques contaminés de sang	Contact direct et indirect Exposition	B : 45-160 jours (90 jours)	Tant que le patient demeure porteur du virus	Pratiques de base		Référer au service de santé du personnel pour le suivi post-exposition accidentelle.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
	Hépatite C : Souvent asymptomatique	Sperme Sécrétions vaginales Salive (VHB)	professionnelle parentérale (piqûre d'aiguilles) des muqueuses et des lésions Utilisateurs de drogues injectables Relations sexuelles Transmission périnatale Transfusions contaminées (peu probable)	C : 6 à 7 semaines (2 sem. - 6 mois) D : 2 à 8 semaines pour la surinfection				Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
HÉPATITE Virale autre (de source indéterminée ou pas encore précisée)		Variable selon l'agent étiologique	Variable selon l'agent étiologique	Variable selon l'agent étiologique	Variable selon l'agent étiologique	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Jusqu'à ce que l'agent étiologique soit identifié, selon l'agent par la suite	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Éviter d'exposer les femmes enceintes.
HERPANGINE (Pharyngite vésiculeuse)	Entérovirus	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral et possiblement oral-oral)	3 à 6 jours	Plusieurs semaines	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée de l'hospitalisation	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
HERPES SIMPLEX	Encéphalite	Salive, liquide des vésicules s'il y a lieu	Réactivation d'une infection antérieure ou contact direct	Variable		Pratiques de base		enfants.
	Muco-cutané primaire sévère ou disséminé	Salive Liquide des vésicules	Contact direct et indirect	2 à 14 jours	Jusqu'à ce que les vésicules soient sèches Excrétion intermittente possible, même sans symptôme	Contact	Jusqu'à la formation de croûtes	
	Muco-cutané récurrent (Peau, génital) ou oral (feu sauvage)	Salive Liquide des vésicules	Contact direct et indirect	2 à 14 jours	Jusqu'à ce que les vésicules soient sèches Excrétion intermittente possible, même sans symptôme	Contact chez les paturientes présentant une infection génitale active pendant le travail, l'accouchement et en post-partum Autrement : Pratiques de base	Jusqu'à la formation de croûtes	En obstétrique, une mère présentant un herpès labial doit se laver les mains et porter un masque avant de prendre soin de son enfant. De plus, si elle présente des lésions à d'autres sites, celles-ci doivent être couvertes. L'allaitement est permis, en l'absence de lésion sur les seins.
	Néonatal ou bébés nés de mère avec herpès génital confirmé ou soupçonné	Liquide des vésicules Probablement toutes les sécrétions organiques	Contact direct	Présent à la naissance ou jusqu'à 6 semaines après	Durée de la maladie	Contact	Durée de la maladie	Les précautions de contact sont nécessaires si la mère a des lésions actives et que l'enfant est né par voie vaginale ou né par césarienne avec rupture des membranes plus de 4 heures avant la naissance, jusqu'à ce que les cultures de surface faites à 24-36 heures de vie soient négatives après 48 heures d'incubation. Voir ROSÉOLE INFANTILE
HHV6								
HHV8	Virus associé au Sarcome de Kaposi, tumeur décrite chez les individus VIH+ et autres immunosupprimés			Inconnue		Pratiques de base		
HISTOPLASMOSE (<i>Histoplasma capsulatum</i>)	Pneumonie, adénopathie, fièvre	Spores en suspension dans l'air	Pas de transmission de personne à personne	Habituellement 1 à 3 semaines		Pratiques de base		L'infection s'acquiert par inhalation des spores présentes dans le sol et les poussières. Risque de transmission professionnelle pour les employés du laboratoire de microbiologie. Prendre soin d'inscrire les cas d'histoplasmose soupçonnés ou confirmés sur les réquisitions de tous les prélèvements envoyés au laboratoire de microbiologie.
HUMAN T-	Virus causant deux	Sang et autres liquides	Transmission verticale	Inconnue	Inconnue	Pratiques de base		Virus dépisté lors des dons de sang.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE 1 (HTLV-1)	maladies : - Lymphome/leucémie adult T cell (ATLL) - Myélopathie associée au HTLV-1 (ou paraparésie spastique tropicale) Plupart du temps : asymptomatique	organiques, lait maternel	Pas de transmission de personne à personne					Déclaration obligatoire par le laboratoire.
HYMENOLEPIS NANA (Ver)	Habituellement asymptomatique	Selles	Contact direct et indirect	2 semaines	Tant qu'il y a des œufs	Pratiques de base		S'acquiert par ingestion de nourriture ou d'eau contaminées.
IMPÉTIGO						Contact	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Voir STAPHYLOCOCCUS AUREUS et STREPTOCOQUE, peau/plaie.
INFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES	Rhinovirus, virus respiratoire syncytial, parainfluenza, influenza, adénovirus, coronavirus, coqueluche, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Sécrétions des voies respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	Selon l'agent infectieux	Variable	Selon l'agent pathogène présumé		Envisager une infection virale chez les enfants de moins de 2 ans présentant une fièvre et de l'asthme.
INFECTION DE PLAIE								Voir ABCÈS ou CELLULITE
INFECTION DES VOIES URINAIRES	Nombreux, le plus souvent <i>Escherichia coli</i> et autres entérobactéries, <i>Entérocoque</i>	Urines	Pas de transmission de personne à personne	Variable		Pratiques de base		Les précautions contact peuvent être envisagées si microorganisme résistant aux antibiotiques. Entérobactéries à Bêta-lactamases à spectre élargi (BLSE). Peut être associé à une sonde, retirer celle-ci dès que possible.
INFLUENZA «Grippe»								
Saisonnier	Infection des voies respiratoires	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes Très contagieux	1-4 jours Moyenne : 2 jours	1 jour avant le début des symptômes jusqu'à 5 jours après Parfois prolongé chez les enfants et les patients immunodéficients (durée de l'excrétion)	Gouttelettes Immunodéficients : Gouttelettes/Contact Enfants : Gouttelettes/Contact Adultes 60 ans et plus Gouttelettes/Contact * Aérienne/contact lors	Durée de la maladie (jusqu'à 5 jours après le début des symptômes) Durée de l'excrétion chez les patients immunodéficients	Les patients chez qui le virus de l'influenza est confirmé ou soupçonné ne devraient pas se retrouver dans les unités d'hémato-oncologie ou de greffe de moelle. La vaccination est fortement recommandée pour tout le personnel soignant, ainsi que pour les patients à risque.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
						de procédures générant des aérosols		Personnel exposé : référer au service de santé du personnel. * Procédures générant des aérosols : intubation/extubation, bronchoscopie, réanimation cardiorespiratoire, aspiration des sécrétions respiratoires en circuit ouvert.
Aviaire A H5N1	Infection des voies respiratoires, conjonctivite	Volaille infectée Transmission directe chez humain : sécrétions et selles et tous les liquides biologiques considérés infectieux	Transmission de personne à personne rare Contact avec volaille nécessaire (manipulation et consommation de volaille)	< 7 jours (2 à 5 jours habituellement)	Données limitées ARN viral dans sécrétions jusqu'à 3 semaines	Aériennes/contact « renforcées »	Jusqu'à 21 jours après début des symptômes chez ≤ 12 ans 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à 7 jours après disparition de la fièvre chez les > 12 ans.	Vérifier si voyage dans un pays où ont été rapportés récemment des cas chez les humains ou les oiseaux (sauvages ou domestiques). Signalement à la Direction de santé publique de tout cas confirmé ou fortement suspecté.
Pandémique	Infections des voies respiratoires	Sécrétions	Gouttelettes Contact +/- aérien			Aériennes/contact « renforcées »	5 jours du début des symptômes	Selon les recommandations émises en fonction du pathogène en cause.
INTOXICATION ALIMENTAIRE								Quel que soit le pathogène, il s'acquiert par ingestion d'aliments contaminés par la bactérie ou par sa toxine. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
	<i>Bacillus cereus</i>	Aliments contaminés	Pas de transmission de personne à personne	Toxine émétique : 30 minutes à 6 heures Toxine entérique : 6 à 24 heures		Pratiques de base		
	<i>Clostridium botulinum</i>	Aliments contaminés avec spores de <i>C. botulinum</i>	Pas de transmission de personne à personne	Si ingestion de toxine : 12 à 48 heures Si ingestion de spores : 3 à 30 jours	6 heures à 8 jours	Pratiques de base		Cause rare d'intoxication alimentaire en Amérique du Nord. Voir BOTULISME Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
INTOXICATION ALIMENTAIRE (suite)	<i>Clostridium perfringens</i>	Aliments contaminés	Pas de transmission de personne à personne	6 à 24 heures Habituellement 8 à 12 heures		Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
	<i>E. coli</i> 0157 : H7							Voir E. COLI
	<i>Salmonella</i>							Voir SALMONELLA
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Aliments contaminés	Pas de transmission de personne à	30 minutes à 8 heures		Pratiques de base		L'intoxication alimentaire est provoquée par une toxine libérée par <i>S. aureus</i> .

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
			personne	Habituellement 2 à 4 heures				Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Voir VIBRIO
KAWASAKI (Maladie de)	<i>Vibrio parahaemolyticus</i> Adénopathies, fièvre, éruptions cutanées Vasculite	Inconnu	Inconnu	Inconnue	Inconnue	Pratiques de base		L'étiologie de cette maladie n'est pas connue; cependant, l'épidémiologie et la présentation clinique suggèrent une étiologie infectieuse, mais peu ou non transmissible. Entraîne anomalies des artères coronaires lorsque non traité.
KLEBSIELLA PNEUMONIAE RÉSISTANT AUX CARBAPÉNÈMES (KPC)	Entérobactérie multirésistante aux antibiotiques causant différentes infections nosocomiales, notamment aux soins intensifs.	Tout spécimen contenant ce pathogène	Contact direct et indirect	Inconnue	Tant que l'individu est porteur	Contact ou Contact renforcé selon l'épidémiologie locale	Tant que l'individu est porteur	Une transmission nosocomiale de ce pathogène nécessite le déploiement de mesures agressives pour en contrer la propagation (cohorte de cas, personnel dédié, dépistages réguliers).
LASSA (Fièvre de)								Voir FIÈVRE HÉMORRAGIQUE
LEGIONNAIRE (Maladie du) (<i>Legionella sp.</i>)	L'infection par <i>Legionella</i> a 2 manifestations cliniques : 1) Maladie du légionnaire : Pneumonie de légère à sévère avec fièvre, toux et détresse respiratoire progressive. 2) Fièvre de Pontiac : fièvre, symptômes d'allure grippale, absence de pneumonie (auto-résolutive)	Eau contaminée (aérosolisation)	Aspiration, instillation ou inhalation d'eau contaminée Pas de transmission de personne à personne	2 à 10 jours (pour la pneumonie) Fièvre de Pontiac 1 à 2 jours		Pratiques de base		Si la pneumonie à <i>Legionella</i> survient deux jours ou plus après l'admission du patient, aviser l'infirmière en prévention des infections, car une enquête doit être déclenchée le plus tôt possible (possibilité de pneumonie acquise à l'hôpital). Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
LÈPRE (<i>Mycobacterium leprae</i>)	Maladie chronique de la peau, des nerfs et de la muqueuse rhino-pharyngée	Sécrétions nasales Possiblement la peau (moins)	Contact direct Autre mode de transmission probable, peu documenté (terre contaminée, insectes vecteurs)	1 à plusieurs années (3 à 5 ans)	Tant que la maladie n'est pas traitée contagiosité diminue (jours/ semaines) après l'initiation d'un traitement	Pratiques de base		Un contact étroit (ex. : contact domiciliaire) et prolongé semble être nécessaire pour la contagion. Les contacts étroits doivent recevoir une prophylaxie. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
LEPTOSPIROSE (<i>Leptospira sp.</i>)	Fièvre, ictère, méningite aseptique, pneumonie, rash, conjonctivite	Urine d'animaux liquide amniotique/placentaire, eau, sol contaminés	Transmission rare de personne à personne	5 à 14 jours (2- 30 jours)	4 à 6 semaines, peut se poursuivre jusqu'à 18 semaines	Pratiques de base		S'acquiert par exposition à l'urine ou aux carcasses d'animaux infectés. Déclaration obligatoire par le laboratoire.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
LISTÉRIOSE (<i>Listeria monocytogenes</i>)	Fièvre, méningite, septicémie	Nourriture contaminée	Pas de transmission de personne à personne, sauf une transmission verticale péri-natale possible	21 jours (forme alimentaire) 1 jour à > 3 semaines		Pratiques de base		S'acquiert par ingestion d'aliments contaminés (typiquement lait et fromages non pasteurisés). Déclaration obligatoire par le laboratoire.
LYME (Maladie de) (<i>Borrelia burgdorferi</i>)	Fièvre, arthrite, éruption, méningite	Sang	Pas de transmission de personne à personne, sauf transmission transplacentaire possible	1 à 55 jours médiane : 11 jours entre piqûre de tique et apparition du rash		Pratiques de base		S'acquiert par morsure de tique infectée. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Ulcères génitaux, adénopathies inguinales	Sécrétions génitales	Infection transmissible sexuellement Transmission périnatale rare	Variable	Tant que l'agent infectieux est présent	Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
MALADIE MAINS, PIEDS ET BOUCHE (Pharyngite vésiculeuse et exanthématique)								Voir ENTEROVIRUS
MALARIA (<i>Plasmodium vivax, ovale, falciparum et malariae</i>)	Fièvre	Sang	Pas de transmission de personne à personne Parfois transmission verticale périnatale Transfusion	8 à 30 jours		Pratiques de base		S'acquiert par morsure d'insecte, dans les régions endémiques. <i>P. vivax</i> et <i>ovale</i> peuvent se réactiver aussi longtemps que 3 à 5 ans après l'épisode initial. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réception de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
MARBURG (Fièvre de)								Voir FIÈVRES HÉMORRAGIQUES
MELIOIDOSE (<i>Burkholderia pseudomallei</i>)	Pneumonie, fièvre, papules ayant le centre ombiliqué	Sol et eau contaminés (inhalation des organismes aérosolisés)	Transmission de personne à personne non prouvée	1 à 21 jours médiane : 9 jours		Pratiques de base		Endémique en Asie du Sud-Est et Australie du Nord.
MÉNINGITE Agent étiologique non déterminé						Adultes : Gouttelettes Enfants : Gouttelettes/Contact *		* Port du masque à moins de deux mètres du patient.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
Virale	Entérovirus et autres virus	Selles si attribuable à Entérovirus	Contact direct et indirect (fécal-oral)	3 à 6 jours	Durée de la maladie Excrétion prolongée possible	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée de l'hospitalisation	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. ** Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.
Bactérienne	Méningocoque Pneumocoque <i>Haemophilus influenzae</i> type B <i>Listeria monocytogenes</i>	Sécrétions respiratoires dans la plupart des cas	Variable selon l'agent étiologique	Variable selon l'agent étiologique	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Gouttelettes jusqu'à l'identification de l'agent pathogène	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Lorsque l'agent étiologique est identifié, référer à celui-ci pour les précautions à appliquer.
Autres								Référer aux germes spécifiques
MÉNINGOCOQUE (<i>Neisseria meningitidis</i>)	Méningite, méningococcémie, pneumonie, rash pétéchial/purpurique	Sécrétions respiratoires	Gouttelettes Contact direct	Habituellement moins de 4 jours (1-10 jours)	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Gouttelettes	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Prophylaxie à envisager pour les contacts étroits. Personnel exposé : référer au service de santé du personnel. Déclaration obligatoire des infections invasives à méningocoque par le médecin et le laboratoire.
MÉTAPNEUMOVIRUS HUMAIN	Maladie respiratoire aiguë : bronchiolite, pneumonie	Sécrétions respiratoires	Probablement par contact direct	3 à 5 jours	Excrétion virale pour plus d'une semaine	Adultes : Contact Enfants : Gouttelettes/contact	Durée de la maladie	Épidémies annuelles surtout durant l'hiver et le printemps.
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM (<i>poxvirus</i>)	Lésions cutanées avec papules ombiliquées	Contenu des papules	Contact direct	2 à 7 semaines (peut aller jusqu'à 6 mois)	Inconnue	Pratiques de base		
MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE (Virus Epstein-Barr)	Fièvre, pharyngite exsudative, lymphadénopathie	Salive Sang	Contact direct oral-oral Occasionnellement transmise par	30 à 50 jours	Indéterminée	Pratiques de base		Excrétion pharyngée prolongée, intermittente ou persistante (années).

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
MUCORMYCOSE (<i>Mucor, Zygomycetes</i>)	Infection de la peau, d'une blessure, rhinocérébrale ou pulmonaire		transfusion sanguine Pas de transmission de personne à personne			Pratiques de base		S'acquiert suite à une exposition aux spores présentes dans la poussière et le sol.
MULTIRÉSISTANCE								Voir BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES
MYCOBACTÉRIES ATYPIQUES (Autres que <i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	Adénite, pneumonie, maladie disséminée chez l'hôte immunodéficient. Ex. : <i>Mycobacterium avium</i> intracellulaire (MAI)		Pas de transmission de personne à personne			Pratiques de base		S'acquiert suite à une exposition au sol, à l'eau et aux animaux.
MYCOPLASMA PNEUMONIAE	Pneumonie, infections des voies respiratoires	Sécrétions respiratoires	Gouttelettes	1 à 4 semaines	Probablement la durée de la maladie	Gouttelettes	Durée de la maladie	
NEUROCYSTICERCOSE								Voir TAENIA SOLIUM
NEW-DEHLI MÉTALLO-BÉTA-LACTAMASE-1 (NDM-1) (Entérobactéries)	Varié Infections cutanées	Tout spécimen contenant ce pathogène	Contact	Inconnue	Indéterminée	Contact ou contact renforcées selon l'épidémiologie	Pendant toute la durée de l'hospitalisation	Communiquer avec l'équipe de PCI.
NOCARDIOSE (<i>Nocardia sp.</i>)	Fièvre, infection pulmonaire ou du système nerveux central, infection cutanée	Sol contaminé, eau, matière organique	Pas de transmission de personne à personne	Inconnue		Pratiques de base		S'acquiert suite à une exposition à des microorganismes présents dans la poussière et le sol.
NOROVIRUS (<i>Norwalk</i>)	Diarrhée, nausées, vomissements	Selles Possiblement vomissements	Contact direct et indirect probable (fécal-oral) Possiblement aérien Dans certaines circonstances aérosolisation des gouttelettes, des vomissements et des selles	12 à 48 heures		Gouttelettes/Contact	Durée de la maladie jusqu'à 2 jours après l'arrêt de la diarrhée	La désinfection au chlore est recommandée (≥ 1000 ppm) si transmission continue. Voir DIARRHÉE

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
OREILLONS Rubulavirus Virus ARN Famille Paramyxoviridae	Oedème des glandes salivaires habituellement les parotides, orchite (complication)	Salive Sécrétions respiratoires	Gouttelettes	16 à 18 jours (12-25 jours)	Surtout les deux jours précédant la parotidite jusqu'à 5 jours après	Gouttelettes	Jusqu'à 5 jours après le début du gonflement parotidien	Toutes les personnes non immunes ne devraient pas entrer dans la chambre; sinon, elles doivent porter un masque. Les personnes immunes n'ont pas besoin de porter le masque. En cas d'éclosion : <ul style="list-style-type: none"> • Les patients non immuns exposés doivent être exclus à partir de la 5^{ème} journée après la première exposition possible jusqu'à la 25^{ème} journée après la dernière exposition possible. • Personnel non immun exposé : référer au service de santé du personnel. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
ORF (PARAPOXVIRUS)	Lésions cutanées ou des muqueuses (mains surtout)	Lésions des animaux atteints	Pas de transmission de personne à personne	Quelques jours à quelques semaines		Pratiques de base		Maladie chez les chèvres et moutons transmise de façon accidentelle aux humains (vétérinaires, fermiers).
OSTÉOMYÉLITE	Nombreuses bactéries dont <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Haemophilus influenzae</i> type B, possible chez un enfant non immun de moins de 2 ans.		Pas de transmission de personne à personne	Variable		Adultes * Pratiques de base Enfants * Gouttelettes si <i>Haemophilus Influenzae</i> B possible	Si l' <i>Haemophilus influenzae</i> type B jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace aux antibiotiques ou selon l'agent étiologique pour les autres	* Selon l'agent pathogène.
OTITE PURULENTE								Voir ABCES
OXYURASE (Ver) (<i>Enterobius vermicularis</i>)	Prurit péri-anal	Selles Oeufs de vers à la région péri-anale	Fécal-oral Contact direct avec la literie, les vêtements et les jouets	1 à 2 mois (parfois plus)	Tant que l'agent infectieux est présent	Pratiques de base		Les vers (œufs) sont viables de 2 à 3 semaines en dehors du corps. Prophylaxie des contacts étroits peut être nécessaire. Voir MALARIA
PALUDISME								
PAPILLOMAVIRUS (Virus de papillome humain (VPH))	Condylomes, papilloma laryngé, verrue cutanée (plantaire et commune)	Lésions	Contact direct Contact direct à la naissance lors de l'accouchement par voie vaginale Contact sexuel	Inconnue Estimée de 3 mois à plusieurs années	Tant que les lésions sont présentes	Pratiques de base		
PARAINFLUENZA	Infection des voies respiratoires Croup	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	2 à 6 jours	Variable, excrétion possible jusqu'à 3 semaines	Adultes : Pratiques de base Enfants * :	Durée de la maladie	* Les mêmes pratiques que celles de l'adulte peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans s'ils

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
						Gouttelettes/Contact **		<p>sont capables de respecter les mesures d'hygiène de base : utilisation et disposition adéquate des papiers mouchoirs et lavage des mains. Ces mesures doivent être précisées aux enfants</p> <p>**Port du masque à moins de deux mètres du patient, s'il tousse.</p>
PARVOVIRUS B-19	Cinquième maladie : rash	Sécrétions respiratoires Sang	Gouttelettes	4 à 14 jours (4-21 jours)	Le patient n'est plus contagieux dès l'apparition de l'éruption	Pratiques de base		<p>Éviter l'exposition chez les femmes enceintes.</p> <p>Si travailleuse enceinte exposée : référer au service de santé du personnel.</p>
(suite page suivante)	<p>Myélose aplasique</p> <p>Crise aplasique chez individus avec anémie falciforme</p> <p>Hydrops fetalis chez femme enceinte</p> <p>Syndrome papulo-purpurique en gants et chaussettes</p>	Sécrétions respiratoires Sang	Gouttelettes Transmission verticale	4 à 14 jours (4-21 jours)	Peuvent être contagieux toute la durée de la maladie	Gouttelettes	Voir commentaires	<p>Pour les patients immunosupprimés qui présentent une myélose aplasique une anémie érythroblastique, les précautions doivent être maintenues pendant 7 jours.</p> <p>Éviter l'exposition chez les femmes enceintes.</p> <p>Si travailleuse enceinte exposée : référer au service de santé du personnel.</p>
	Anémie persistante chez immunosupprimés							<p>Dans le cas des patients immunodéficients atteints d'une infection chronique, maintenir les précautions pendant toute la durée de l'hospitalisation.</p> <p>Éviter l'exposition chez les femmes enceintes.</p> <p>Si travailleuse enceinte exposée : référer au service de santé du personnel.</p>
PÉDICULOSE (Poux)	Prurit du cuir chevelu ou de la peau, éruptions prurigineuses							<p>Les vêtements et la literie doivent être changés après le traitement et lavés à l'eau chaude savonneuse. Les vêtements peuvent aussi être nettoyés à sec ou déposés dans un sac de plastique pendant 10 jours.</p>
Capitis (tête)		Cheveux	Contact personnel étroit Contact indirect avec	6 à 10 jours	Tant que l'individu n'est pas traité	Contact	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	<p>Penser à traiter les personnes contact.</p> <p>Tremper peignes et brosses dans de l'eau chaude (65°C) pendant 10 minutes ou les laver avec un</p>

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
			objets personnels (peigne, brosse, chapeau)					shampooing pédiculicide.
Pubis		Poils pubiens Literie	Contact personnel étroit (transmis surtout sexuellement) Contact indirect avec literie et vêtements contaminés	6 à 10 jours	Tant que l'individu n'est pas traité	Contact	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Plusieurs régions du corps peuvent être contaminées par la pédiculose pubienne : cils, barbe, aisselles, etc.
Corporis (corps)		Lésions corporelles Vêtements Literie	Contact personnel étroit Contact indirect avec literie et vêtements contaminés	6 à 10 jours	Tant que l'individu n'est pas traité	Contact	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	
PESTE (<i>Yersinia pestis</i>)								Maladie à surveillance extrême. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
Bubonique	Adénite	Pus des bubons	Contact direct Contact avec les rongeurs (via les puces)	2 à 8 jours	Durée de l'infection	Pratiques de base		
PESTE Pulmonaire	Toux, fièvre, hémoptysie	Sécrétions respiratoires	Gouttelettes	1 à 6 jours	Durée de l'infection	Gouttelettes	Jusqu'à 48 heures après le début d'un traitement efficace	En quelques heures de traitement : non contagieux. Personnel exposé : référer au service de santé du personnel.
PHARYNGITE	Agent indéterminé			Variable selon l'agent étiologique	Variable selon l'agent étiologique	Adultes : Pratiques de base Enfants : Gouttelettes/ Contact *	Jusqu'à ce que l'agent étiologique soit identifié, référer à celui-ci par la suite ou pour durée des symptômes si pas d'agent identifié	* Port du masque à moins de deux mètres du patient. Si DIPHTÉRIE pharyngée soupçonnée, voir DIPHTÉRIE.
	Streptocoque du Gr. A	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	2 à 5 jours	Diminution sur période de semaines	Adultes : Pratiques de base Enfants : Gouttelettes	24 heures après le début d'un traitement efficace	
	Virus (rhinovirus, virus respiratoire syncytial, parainfluenza, influenza, adénovirus, coronavirus)					Adultes : Pratiques de base Enfants : Gouttelettes/Contact *	Durée de la maladie	* Port du masque à moins deux mètres du patient, s'il tousse.
PLAIE INFECTÉE								Voir ABCÈS
PLEURODYNIE	Entérovirus							Voir ENTÉROVIRUS
PNEUMOCOQUE (<i>Streptococcus</i>)	Multiples présentations cliniques, pneumonie surtout,	Sécrétions respiratoires	Contact direct	Variable selon la maladie, aussi peu	Inconnue Probablement tant	Pratiques de base		Déclaration obligatoire de l'infection invasive à pneumocoque par le

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
<i>pneumoniae)</i>	méningite			que 1 à 3 jours	que l'agent infectieux est présent 24 heures après le début d'un traitement efficace			médecin et le laboratoire.
PNEUMOCYSTIS Jiroveci <i>Pneumocystis carinii</i>	Pneumonie chez les patients immunosupprimés	Sécrétions respiratoires probables	Inconnu Soit de personne à personne ou par l'environnement, mais il s'agit habituellement d'une réactivation d'une infection latente	Inconnue	Inconnue	Pratiques de base		Il n'est pas conseillé de partager la chambre avec un patient immunodéficient (incluant les prématurés) (rapports anecdotiques de transmission aérienne).
PNEUMONIE Agent non identifié		Sécrétions respiratoires	Variable selon l'agent étiologique	Variable selon l'agent étiologique	Variable selon l'agent étiologique	Adultes : Pratiques de base Gouttelettes si méningocoque soupçonné Enfants * : Gouttelettes/Contact **	Jusqu'à ce que l'agent causal soit identifié, référer à celui-ci par la suite	* Les mêmes pratiques que celles de l'adulte peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans s'ils sont capables de respecter les mesures d'hygiène de base : utilisation et disposition adéquate des papiers mouchoirs et lavage des mains. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. **Port du masque à moins de deux mètres du patient dès l'entrée dans la chambre. Limiter l'exposition des patients immunodéficients, des enfants atteints de maladie cardiaque ou pulmonaire chronique ou des nouveau-nés. Voir agents étiologiques.
Bactérienne								Voir agents étiologiques.
Virale								Voir agents étiologiques.
Fongique						Pratiques de base		
POLIOMYÉLITE	Paralysie flasque	Selles et sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect (fécal-oral et oral-oral)	3 à 21 jours	Très contagieux peu avant et après l'apparition des symptômes	Contact	Durée de la maladie	Chez les immunodéficients, l'excrétion du virus peut s'étendre sur une période de 10 ans et plus. Les personnes non immunes en particulier les

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
					Le virus persiste environ 1 semaine dans la gorge, quelques semaines à 2 mois dans les selles			immunodéficients devraient éviter tout contact avec des personnes infectées. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
POUX								Voir PÉDIDULOSE
PRION								Voir CREUTZFELDT-JAKOB
PSEUDOMONAS CEPACIA								Voir BURKHOLDERIA CEPACIA
PSITTACOSE ou ORNITHOSE (<i>Chlamydothila psittaci</i>)								Voir CHLAMYDOPHILA PSITTACI
RAGE	Encéphalite	Salive des animaux infectés	Transmission de personne à personne rare Transmission par transplantation de la cornée, des tissus ou d'organes	Habituellement 4 à 6 semaines (5 jours - plus d'un an)		Pratiques de base		S'acquiert suite à une exposition des muqueuses ou percutanée à la salive de l'animal infecté. Si une personne contaminée mord une autre personne ou que la salive a contaminé une plaie ouverte ou une muqueuse, nettoyer à fond la région exposée et administrer la prophylaxie post-exposition. Placer le patient en chambre individuelle, afin de lui éviter tout stimulus externe. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
RHUME	Rhinovirus	Sécrétions des voies respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	2 à 3 jours parfois jusqu'à 7 jours	Jusqu'à la disparition des symptômes	Adultes : Pratiques de base Enfants : Gouttelettes/Contact	Durée de la maladie	* Les mêmes pratiques que celles de l'adulte peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans s'ils sont capables de respecter les mesures d'hygiène de base : utilisation et disposition adéquate des papiers mouchoirs et lavage des mains. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	Rhumatisme articulaire aigu		Pas de transmission de personne à personne	Survient 1 à 5 semaines après l'infection à Streptocoque		Pratiques de base		Voir STREPTOCOQUE Complication tardive d'une pharyngite à Streptocoque du groupe A.
RITTER, maladie de (Épidermolyse bulleuse)								Voir STAPHYLOCOCCUS AUREUS
ROSÉOLE INFANTILE Human herpesvirus 6 (HHV-6)	Éruptions, fièvre	Sang Salive Liquide céphalo-rachidien	Contact direct et indirect probable	Estimation de 9 à 10 jours	Inconnue	Pratiques de base		
ROTAVIRUS	Diarrhée souvent précédée ou accompagnée de vomissements et fièvre	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral) Possiblement gouttelettes	2 à 4 jours	Durée de l'excrétion virale	Contact *	Durée de la maladie	* Excrétion prolongée possible chez les enfants et les personnes âgées immunocompétentes ou immunodéprimées. Augmenter la fréquence du nettoyage et de la désinfection de l'environnement. Disposer adéquatement et fréquemment des couches souillées. Voir DIARRHÉE

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
ROUGEOLE	Fièvre, coryza, éruptions maculopapulaires, toux	Sécrétions respiratoires	Voie aérienne	14 jours (7-21 jours)	4 jours précédant l'éruption jusqu'à 4 jours après (plus long chez les patients immuno-déficients)	Aériennes	Jusqu'à 4 jours après le début de l'éruption Pendant toute la durée de la maladie chez les patients qui ont une déficience immunitaire (excrétion virale prolongée)	Les personnes non immunes exposées pourraient recevoir la vaccination à l'intérieur de 72 heures. Pour certains contacts considérés vulnérables (enfants < 12 mois, femmes enceintes et certains immunosupprimés), l'administration d'immunoglobulines à l'intérieur de 7 jours peut être envisagée. Les patients atteints ou soupçonnés d'être atteints de rougeole ne devraient pas se retrouver dans des unités d'hémo-oncologie ou de greffe de moelle. Personnel non immun exposé : référer au service de santé du personnel. Durée des précautions pour les contacts réceptifs : À partir du 5 ^e jour après la première exposition jusqu'à 21 jours après la dernière exposition Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
RUBÉOLE								
Acquise ou postnatale	Fièvre, éruptions maculopapuleuses	Sécrétions nasopharyngées	Contact direct Gouttelettes	16 à 18 jours (14-23 jours)	Très contagieuse durant la semaine précédant et la semaine suivant le début de l'éruption	Gouttelettes	Jusqu'à 7 jours après le début de l'éruption	Toutes personnes non immunes ne devraient pas entrer dans la chambre. * Les personnes immunes n'ont pas besoin de porter le masque.
Congénitale	Syndrome de rubéole congénitale	Urines Sécrétions nasopharyngées Liquide céphalo-rachidien	Contact direct	Présente à la naissance	Variable, jusqu'à l'âge d'un an sauf si les urocultures et les cultures nasopharyngien-nes effectuées après l'âge de trois mois sont négatives.	Gouttelettes/Contact *	Toute la durée de l'hospitalisation durant la première année de vie, sauf si deux cultures consécutives des sécrétions nasopharyngées et d'urine sont négatives pour le virus de la rubéole après l'âge de 3 mois	Les personnes non immunes qui ont été exposées devraient être isolées du 7 ^{ème} jour suivant la première exposition jusqu'au 21 ^{ème} jour après la dernière exposition possible. Les personnes non immunisées devraient recevoir le vaccin sauf les femmes enceintes à l'intérieur des 3 jours suivant l'exposition. Toute femme enceinte ou susceptible de l'être ne doit pas s'occuper d'un

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
								<p>patient atteint de rubéole (sans égard au statut vaccinal).</p> <p>Les parents de ces enfants devraient être avisés du danger lors de tout contact impliquant leur enfant avec une femme enceinte.</p> <p>Personnel non immun exposé : référer au service de santé du personnel.</p> <p>Déclaration obligatoire de la rubéole par le médecin et le laboratoire et de la rubéole congénitale seulement par le médecin.</p>
SALMONELLA (Voir aussi fièvre typhoïde et paratyphoïde)	Diarrhée, fièvre entérique, fièvre typhoïde, crampes abdominales	Selles Aliments et eau contaminés	Contact direct et indirect (fécal-oral)	Diarrhée 12 à 36 heures (6 à 72 heures) Fièvre entérique (<i>S. typhi</i>) 7 à 14 jours (3-60 jours)	Variable Plus longue chez les enfants Excrétion plus longue si traitement aux antibiotiques	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée de la maladie	<p>* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base.</p> <p>** Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.</p> <p>Voir DIARRHÉE</p> <p>Déclaration obligatoire par le laboratoire.</p> <p>Voir STREPTOCOQUE</p>
SCARLATINE								Voir STREPTOCOQUE
SCHISTOSOMIASE (Bilharziose) (<i>Schistosoma sp.</i>)	Diarrhée, fièvre, éruptions prurigineuses, hépatosplénomégalie, hématurie, toux, douleurs abdominales, nausées, lymphadénopathie	Eau contaminée	Pas de transmission de personne à personne	Variable 4 à 6 semaines si <i>S. japonicum</i> 6 à 8 semaines si <i>S. mansoni</i> 10 à 12 semaines si <i>S. haematobium</i>		Pratiques de base		Pas d'immunité acquise, réinfection fréquente.
SHIGELLOSE	Diarrhée	Selles	Contact direct et indirect (fécal-oral)	2 à 4 jours (1-7 jours)	Tant que l'agent infectieux est présent	Adultes : Pratiques de base *	Durée de la maladie Pour les enfants aux	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
					habituellement 4 semaines si non traité	Enfants : Contact **	couches et les adultes incontinents tant que la bactérie est présente dans les selles	incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Voir DIARRHÉE Déclaration obligatoire par le laboratoire.
SIDA								Voir VIH
SPOROTRICHOSE (<i>Sporothrix schenckii</i>)	Lésions cutanées disséminées	Sol Plantes	Pas de transmission de personne à personne	7 à 30 jours (jusqu'à 3 mois)		Pratiques de base		
SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère)	Coronavirus associé au SRAS Toux, fièvre, dyspnée, +/- diarrhées	Sécrétions respiratoires Selles	Gouttelettes et contact Possible transmission aérienne dans certaines circonstances	2 à 10 jours	Aucune transmission rapportée lorsque l'individu est asymptomatique Pic de contagion : au 10 ^e jour après le début des symptômes	Aériennes/contact renforcées en tout temps	Plus de 10 jours après la résolution de la fièvre et amélioration des symptômes respiratoires	Procédures générant des aérosols : intubation, extubation, succion des sécrétions trachéales. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	Abcès pulmonaire, pneumonie	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	Variable	Probablement la durée de la maladie	Pratiques de base		

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
	Syndrome du choc toxique	Écoulement vaginal Plaie infectée Sécrétions d'autres sites	Pas de transmission de personne à personne	Dans les 24 heures (en post-opératoire)		Pratiques de base		Provient d'une infection ou d'une colonisation à <i>Staphylococcus aureus</i> , producteur de toxine.
STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)	Infection ou colonisation de différents sites de l'organisme	Selon le site infecté ou colonisé	Contact direct et indirect	Inconnue	Inconnue	Contact Gouttelettes/Contact si pneumonie	Habituellement la durée de la colonisation À préciser pour chaque cas avec l'équipe de prévention des infections	Voir la politique plus détaillée en vigueur dans l'établissement.
STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM-AC) (Acquis en communauté)	Abscès, infections cutanées et des tissus mous, pneumonie	Pus des lésions cutanées ou autre site	Contact direct et indirect	Inconnue	Inconnue	Contact Gouttelettes/Contact si pneumonie	Habituellement la durée de la colonisation À préciser pour chaque cas avec l'équipe de prévention des infections	Il est conseillé de ne pas cohorter les patients porteurs ou infectés par le SARM-AC avec les patients porteurs ou infectés avec le SARM nosocomial.
STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA								Voir BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES
STREPTOCOQUE								
Groupe A	Pneumonie	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	2 à 5 jours	10 à 21 jours si non traitée, parfois plus dans les cas sévères	Gouttelettes	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Lors d'une pneumonie avec choc septique, prophylaxie à envisager pour les contacts étroits.
	Scarlatine, pharyngite	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Gouttelettes	2 à 5 jours	10 à 21 jours si non traitée, parfois plus dans les cas sévères	Adulte : Pratiques de base Enfants Gouttelettes	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	
	Endométrite (Infection puerpérale)	Écoulement vaginal	Contact direct et indirect	1 à 3 jours	Jusqu'à cessation de l'écoulement	Contact	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Des porteuses souvent asymptomatiques (au niveau du périnée ou du vagin) peuvent à être à l'origine des cas d'endométrite post-partum. Un seul cas d'endométrite à Streptocoque du groupe A nécessite une investigation.
	Peau, plaies	Exsudats de la peau	Contact direct et	7 à 10 jours	Tant qu'il y a des	Pratiques de base	Si contact : jusqu'à 24	Les infections cutanées suivantes à

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
		suppuration	indirect		microorganismes dans les suppurations	ou Contact	heures après le début d'un traitement efficace	Streptocoque du groupe A (cellulite, érysipèle, impétigo et furonculose) peuvent nécessiter des précautions de contact, dépendamment de l'étendue des lésions, de la quantité d'écoulement et du degré de collaboration du patient. Si infection de plaie nosocomiale à Streptocoque du groupe A, référer à l'équipe de prévention des infections.
	Myosites, fasciite, syndrome du choc toxique	Non déterminé	Non déterminé	Non déterminée		Gouttelettes/Contact *	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	* Port du masque à moins de deux mètres du patient. Prophylaxie à envisager pour les contacts étroits. Déclaration obligatoire des infections invasives à streptocoque du groupe A par le médecin et le laboratoire.
STREPTOCOQUE Groupe B Néonatal	Septicémie, méningite	Sécrétions vaginales	Transmission verticale avant et pendant l'accouchement Transmission de personne à personne peu fréquente	Atteinte précoce : 0 à 24 heures (0-6 jours) Atteinte tardive : 3 à 4 semaines (7 jours-3 mois)	Probablement la durée de la colonisation ou de la maladie	Pratiques de base		Des précautions de contact peuvent s'appliquer en pouponnière, lors d'épidémie.
STREPTOCOQUE Autres groupes	Cellulite, pharyngite					Pratiques de base		Voir CELLULITE et PHARYNGITE
STREPTOBACILLUS MONILIFORMIS (Rat-bite fever) (<i>Actinobacillus moniliformis</i>)	Fièvre, arthralgie	Sang Sécrétions respiratoires d'animaux infectés	Pas de transmission de personne à personne	3 à 10 jours (jusqu'à 3 semaines)		Pratiques de base		Transmis par morsure ou contact avec des rongeurs infectés (rats, écureuils, souris).
STRONGYLOIDES STERCORALIS (Ver)	Habituellement asymptomatique	Selles Sol contaminé	Percutané Pas de transmission de personne à personne	Inconnue		Pratiques de base		S'acquiert suite à un contact avec les larves infectieuses dans le sol.
SYNDROME DU CHOC TOXIQUE								Voir STAPHYLOCOCCUS AUREUS ou STREPTOCOQUE groupe A.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)								Voir VIH
SYNDROME HÉMOLYTIQUE URÉMIQUE	<i>E. coli</i> 0157:H7 le plus souvent <i>Shigella</i>	Selles	Fécal-oral Ingestion d'eau ou d'aliments contaminés	2 à 4 jours (1 à 8 jours)		Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée de la maladie Pour les enfants aux couches et les adultes incontinents tant que la bactérie est présente dans les selles	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. **Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Séquelles de l'infection entérohémorragique (<i>E. coli</i> 0157:H7 surtout). Déclaration obligatoire par le laboratoire.
SYPHILIS (<i>Treponema pallidum</i>)	Lésions génitales, cutanées ou des muqueuses, maladie disséminée	Exsudat des lésions Sang	Relations sexuelles Contact direct avec les sécrétions Transmission verticale surtout avant l'accouchement	3 semaines (10-90 jours)	Tant que les lésions sont présentes	Pratiques de base	Jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace	Le port de gant est recommandé pour le soin des enfants avec syphilis congénitale, ainsi que pour le soin des patients atteints de syphilis primaire ou secondaire avec des lésions cutanées ou des membranes muqueuses. Personnel exposé par contact direct avec des patients atteints de syphilis congénitale et n'ayant pas eu 24 heures de traitement efficace : référer au service de santé du personnel. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
TAENIA SAGINATA (Ver)	Habituellement asymptomatique	Bœuf contaminé	Pas de transmission de personne à personne	2 à 3 mois		Pratiques de base		
TAENIA SOLIUM (Ver)	Habituellement asymptomatique	Porc contaminé	Pas de transmission de personne à personne	2 à 3 mois	Tant que dure l'excrétion	Pratiques de base		S'il y a ingestion d'œufs provenant des selles d'un patient porteur de <i>Taenia solium</i> , ceci peut transmettre une cysticercose, se manifestant par la présence de kystes dans différents tissus.
TEIGNE ou TINEA								Voir DERMATOMYCOSE
TÉTANOS (<i>Clostridium tetani</i>)	Trismus, contractions musculaires	Sol Selles d'humains et d'animaux	Pas de transmission de personne à personne	Moins de 14 jours (2 jours - plusieurs mois)		Pratiques de base		S'acquiert par contact direct avec les spores de <i>Clostridium tetani</i> présentes dans le sol et les excréments. Placer le patient en chambre individuelle pour éviter tout stimulus externe. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
TOXOCARIASE (<i>Toxocara canis, toxocara cati</i>)	Fièvre, respiration sifflante, éruptions, éosinophilie	Oeufs dans les excréments de chien et de chat	Pas de transmission de personne à personne	Inconnue		Pratiques de base		S'acquiert suite à un contact avec des chiens ou des chats.
TOXOPLASMOSE (<i>Toxoplasma gondii</i>)	Asymptomatique ou fièvre et adénopathie Rétinite, encéphalite chez les patients immunodéficients; infection congénitale	Aliments contaminés Sol Sang et tissus (rare)	Pas de transmission de personne à personne sauf transplacentaire Don d'organe Transfusion	7 jours (4-21 jours)		Pratiques de base		S'acquiert par ingestion de viande contaminée insuffisamment cuite, d'eau ou de légumes crus contaminés ou par ingestion accidentelle de sol contaminé (litière de chat).
TRICHINOSE (<i>Trichinella spiralis</i>)	Fièvre, éruptions, diarrhée	Viande mal cuite	Pas de transmission de personne à personne	1 à 2 semaines		Pratiques de base		S'acquiert par ingestion de viande de porc infectée (surtout), insuffisamment cuite. Déclaration par le médecin et le laboratoire.
TRICHOMONIASE (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	Vaginite	Sécrétions génitales	Relations sexuelles Transmission verticale lors de l'accouchement	7 jours (4-28 jours)		Pratiques de base		
TRICHURIASE (<i>Trichuris trichiura</i>)	Douleur abdominale, diarrhée	Sol contaminé	Pas de transmission de personne à personne	Inconnue		Pratiques de base		S'acquiert par ingestion de sol contaminé par des excréments d'humains porteurs de vers. Les selles fraîches sont non

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
								contagieuses.
TUBERCULOSE <i>(Mycobacterium tuberculosis, M africanum, M bovis)</i> <i>Suite page suivante</i>	Pulmonaire et laryngée confirmée ou soupçonnée	Sécrétions respiratoires	Voie aérienne	Variable	Tant que des bacilles tuberculeux sont présents dans les frottis des expectorations	Aériennes	Jusqu'à trois frottis négatifs sur des jours consécutifs dont un examen fait le matin à jeun et amélioration clinique (sauf si TB multirésistante)	<p>La plupart des nourrissons et des enfants ne requièrent pas de précautions d'isolement vu qu'ils toussent rarement et que leurs sécrétions bronchiques contiennent peu de bacilles tuberculeux.</p> <p>Cependant, si frottis positif, présence de toux, infection pulmonaire extensive ou cavitaire, ou atteinte laryngée, appliquer les précautions aériennes. La source de l'infection chez l'enfant peut être un des membres de la famille. Les visites doivent donc être limitées aux membres de la famille qui ont eu une radiographie pulmonaire démontrant l'absence de tuberculose contagieuse.</p> <p>Personnel exposé : référer au service de santé du personnel.</p> <p>Conversion TCT : 2-8 semaines.</p> <p>Maladie à traitement obligatoire (MATO).</p> <p>Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.</p>
	Extra-pulmonaire : lésions cutanées avec écoulement	Écoulement	Contact direct Voie aérienne	Variable	Tant que des bacilles tuberculeux sont présents dans les frottis de l'écoulement	Aériennes/Contact si aérosolisation probable	Jusqu'à arrêt du drainage ou jusqu'à trois cultures négatives	<p>Voir si tuberculose pulmonaire concomitante.</p> <p>Personnel exposé : référer au service de santé du personnel.</p>
	Extra-pulmonaire : méningite, rénale, osseuse	<p>Selon le site</p> <p>Sécrétions respiratoires si atteinte pulmonaire</p>	<p>Pas de transmission de personne à personne</p> <p>Voie aérienne si atteinte pulmonaire</p>	Variable		Pratiques de base		<p>Voir si tuberculose pulmonaire concomitante.</p> <p>Éviter les aérosols.</p> <p>La source de l'infection chez l'enfant peut être un des membres de la famille. Les visites doivent donc être limitées</p>

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
								aux membres de la famille qui ont eu une radiographie pulmonaire démontrant l'absence de tuberculose contagieuse.
TULARÉMIE (<i>Francisella tularensis</i>)	Fièvre, adénopathie, pneumonie	Sang Écoulement des lésions Sécrétions respiratoires si forme pulmonaire	Pas de transmission de personne à personne	3 à 5 jours (1-21 jours)		Pratiques de base		S'acquiert par morsures d'animaux ou piqûres d'insectes infectés, par contact direct avec des animaux infectés, par ingestion d'eau contaminée ou de nourriture insuffisamment cuite et enfin par inhalation de particules contaminées. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
TYPHOÏDE								Voir FIÈVRE TYPHOÏDE
TYPHUS Endémique (murin) (<i>Rickettsia typhi</i>)	Fièvre, éruption	Rats et insectes qui les piquent	Pas de transmission de personne à personne	6 à 14 jours		Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
TYPHUS (suite) Épidémique (<i>Rickettsia prowazekii</i>)	Fièvre, éruption	Sang et tissus	Transmis via les poux de corps d'un sujet atteint de typhus	1 à 2 semaines	Tant que les poux de corps sont présents	Pratiques de base		Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire.
VARICELLE (Virus varicella-zoster)	Fièvre avec éruptions vésiculaires	Exsudat des lésions de varicelle ou de zona Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect Voie aérienne Transmission transplacentaire et périnatale	14 à 16 jours (10-21 jours) jusqu'à 28 jours si administration de VZIG	48 heures précédant le début de l'éruption jusqu'à ce que les lésions soient sèches	Aériennes/Contact	Jusqu'à ce que les lésions soient sèches (minimum de 5 jours après le début de l'éruption) Si pneumonie et immunodéficient : pour la durée de la maladie	Idéalement, seules les personnes immunes doivent entrer dans la chambre. Elles ne sont pas tenues de porter le masque. Les personnes déjà atteintes de varicelle ou ayant été exposées récemment, ne doivent pas être admises à l'hôpital, sinon, elles doivent être isolées. Les patients atteints ou soupçonnés d'être atteints de varicelle ne doivent pas se retrouver sur des unités d'hémo-oncologie ou de greffe de moelle.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
	Contact réceptif	Sécrétions respiratoires	Voie aérienne		Potentiellement transmissible durant les deux derniers jours de la période d'incubation	Aériennes/Contact	À partir du 8 ^{ième} jour suivant la première exposition jusqu'au 21 ^{ième} jour après la dernière exposition (28 jours si on administre des immunoglobulines)	<p>Prophylaxie post-exposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacts réceptifs immunocompétents : vaccination jusqu'à 120 heures (5 jours) post-exposition. • Contacts réceptifs pour qui le vaccin est contre indiqué (immunodéficient, femme enceinte, nouveau-né à risque) : Immunoglobulines selon indications médicales. <p>Les bébés nés de mères souffrant de varicelle active doivent être isolés dès leur naissance, jusqu'à 21 jours si toujours hospitalisés, et jusqu'à 28 jours si ont reçu des immunoglobulines.</p> <p>Personnel non immun exposé : référer au service de santé du personnel.</p>
VARIOLE (<i>Orthopoxvirus</i>)	Fièvre, céphalées, douleurs abdominales, rash vésiculopustuleux	Sécrétions respiratoires Lésions cutanées	Gouttelettes, rarement aérosol ou contact direct avec lésions cutanées, literie ou linge	7 à 17 jours moyenne 12 jours	Dans les heures suivant l'apparition du rash jusqu'à ce que les lésions soient croûtées et séparées (1 ^{ère} semaine du rash la plus contagieuse) 3-4 semaines	Aériennes/Contact	Durée de la maladie	<p>Le personnel soignant non vacciné ne devrait pas prendre soin d'un cas de variole si du personnel immun est disponible.</p> <p>Masque N95 pour le personnel vacciné ou non.</p> <p>Vaccin post-exposition à administrer en dedans de 4 jours de l'exposition.</p> <p>Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Maladie à surveillance extrême.</p>
VARIOLE DU SINGE (Monkeypox) Virus Monkeypox	Fièvre, céphalées, douleurs abdominales, rash vésiculopustuleux; adénopathies prédominantes	Lésions cutanées Sécrétions respiratoires	Contact avec animaux, possiblement aérien (personne à personne)	12-21 jours		Aériennes/contact		<p>Maladie retrouvée chez des animaux (souris, rats, écureuils, lapins) surtout en Afrique du Centre et de l'Ouest; aussi décrit aux USA suite à contact avec des chiens de prairie.</p> <p>Masque N95 pour le personnel vacciné ou non.</p> <p>Vacciner avec le virus de la variole post-exposition.</p> <p>Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Maladie à surveillance extrême.</p>

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
VERS	<p>Vers plats (cestodes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Diphyllobothrium latum</i> • <i>Hymenolepis nana</i> • <i>Taenia saginata</i> • <i>Taenia solium</i> <p>Vers ronds (nématodes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ascaris</i> • Ankylostomiase • Oxyurose • <i>Strongyloides stercoralis</i> • Trichinose 							Référer à l'agent étiologique.
VERRUE PLANTAIRE ET COMMUNE								Voir PAPILLOMAVIRUS
VIBRIO (Autres que <i>Vibrio cholerae</i>)	Diarrhée, infection de plaie	Eau de mer Fruits de mer mal cuits	Pas de transmission de personne à personne	23 heures (5-92 heures pour l'entérite)		Adultes : Pratiques de base * Enfant : Contact **		<p>* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base.</p> <p>**Les pratiques courantes peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants.</p>
VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)	Asymptomatique ou présentations cliniques multiples	Sang Liquides organiques contaminés de sang Sperme Sécrétions vaginales Lait maternel	Contact direct et indirect Exposition professionnelle parentérale (piqûre d'aiguilles), des muqueuses et des lésions Utilisateurs de drogues injectables Relations sexuelles Transmission périnatale Transfusions contaminées	Variable	Demeure toujours contagieux	Pratiques de base		<p>Référer au service de santé du personnel pour le suivi post-exposition accidentelle.</p> <p>Déclaration obligatoire par le médecin seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.</p>

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
VIRUS DU NIL OCCIDENTAL Famille des Flavivirus	Asymptomatique ou infection fébrile légère auto-résolutive (1:5). Méningite/encéphalite (1:150)	Sang lors de transfusions Piqûre de moustiques Lait maternel Transplacentaire Transplantation d'organes	(peu probable)	3 à 15 jours		Pratiques de base		Le réservoir du virus se retrouve chez les oiseaux. Déclaration obligatoire par le médecin et le laboratoire. Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (VRS)	Infection des voies respiratoires	Sécrétions respiratoires	Contact direct et indirect avec les sécrétions respiratoires Gouttelettes	4 à 6 jours (2-8 jours)	Habituellement de 3 à 8 jours après le début de la maladie, possiblement jusqu'à 3 à 4 semaines	Adultes : Pratiques de base Enfants et adultes immunosupprimés : Gouttelettes/Contact *	Tant que l'enfant et l'adulte immunosupprimé est porteur du virus	* Port du masque à moins de deux mètres du patient, s'il tousse. Le port de gants par le personnel vise à empêcher l'auto-inoculation du VRS dans les muqueuses de l'œil, du nez et de la bouche, prévenant ainsi l'état de porteur transitoire et la probabilité de transmission. Les prématurés, les nourrissons, les malades immunodéficients, ceux ayant une anomalie cardiaque congénitale ou une dysplasie bronchopulmonaire sont particulièrement à risque s'ils sont exposés.

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
YERSINIA ENTEROCOLITICA	Diarrhée	Selles Aliments contaminés	Contact direct et indirect (fécal-oral)	4 à 6 jours (1-14 jours)	Probablement la durée de l'excrétion, soit en moyenne 6 semaines	Adultes : Pratiques de base * Enfants : Contact **	Durée de la maladie	* Les précautions contact doivent être envisagées pour les adultes incontinents (selles ne pouvant être contenues) ou incapables de respecter les mesures d'hygiène de base. ** Les pratiques de base peuvent être envisagées pour les enfants de plus de 10 ans, s'ils sont continents et capables de respecter les mesures d'hygiène de base : hygiène personnelle adéquate, lavage des mains après utilisation de la toilette et maintien de la propreté des lieux. Ces mesures doivent être précisées aux enfants. Voir DIARRHÉE Déclaration obligatoire par le laboratoire.
ZONA (Virus de la varicelle)								Une personne présentant un zona peut éventuellement transmettre la varicelle à une personne non immune, mais non le zona.
Localisé chez un immunocompétent dont les lésions peuvent être recouvertes d'un pansement	Lésions cutanées vésiculaires le long d'un dermatome	Sécrétions des vésicules	Contact direct avec les lésions peut-être aérien	Réactivation d'une infection latente	Tant que des vésicules sont présentes	Pratiques de base *		* Les personnes responsables du changement de pansement doivent être immunes pour la varicelle.
Disséminé ou à risque de se disséminer (zona localisé chez un immunodéficient)	Lésions cutanées vésiculaires	Sécrétions des vésicules Sécrétions respiratoires	Contact direct avec les lésions Voie aérienne des sécrétions respiratoires	Réactivation d'une infection latente	Tant que des vésicules sont présentes	Aériennes/Contact	Jusqu'à ce que les lésions soient sèches	Les personnes immunisées contre la varicelle ne sont pas tenues de porter un masque. Les personnes non immunisées ne doivent pas pénétrer dans la chambre. Les patients atteints ou soupçonnés être atteints de zona disséminé ou susceptible de se disséminer ne doivent pas se retrouver sur des unités d'hémo-oncologie ou de greffe de moelle. Les patients non immuns qui ont été exposés doivent être isolés à partir du

LISTE DES AGENTS INFECTIEUX ET DES DIAGNOSTICS

SYMPTÔMES AGENTS INFECTIEUX DIAGNOSTICS	TABLEAU CLINIQUE OU AGENTS PATHOGÈNES POTENTIELS	MATÉRIEL INFECTIEUX	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGION	PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES	DURÉE DE PRÉCAUTIONS	COMMENTAIRES OU MESURES SPÉCIALES
								<p>8^e jour suivant la première exposition jusqu'au 21^e jour suivant la dernière exposition, 28 jours si on administre des immunoglobulines.</p> <p>Les contacts à haut risque réceptifs doivent recevoir des immunoglobulines le plus tôt possible, au plus tard 96 heures après l'exposition.</p> <p>Personnel non immun exposé : référer au service de santé du personnel</p> <p>Zona disséminé : ≥ 2 dermatomes ou plus pour un immunosupprimé > 2 dermatomes ou plus pour un immunocompétent.</p>

INDEX - LISTE DES AGENTS INFECTIEUX

A

ABCÈS, 79, 87, 108,
114, 116
ACINETOBACTER
BAUMANNII
MULTIRÉSISTANT, 79
ACTINOMYCOSE, 79
ADÉNOVIRUS, 79
AMIBIASE, 80
ANKYLOSTOMIASE, 80
ANTHRAX, 80, 88
ARTHRITE AIGUË
SUPPURÉE, 80
ARTHROPODES, 80, 97,
100
ASCARIDIOSE, 81
ASPERGILLOSE, 81
ASTHME + FIÈVRE, 81
ASTROVIRUS, 81

B

BABESIOSE, 82
BACTÉRIES MULTI-
RÉSISTANTES, 82
BARTONELLA
HENSELAE, 82, 104
BCGite, 82
BÊTA LACTAMASES À
SPECTRE ÉLARGI
(BLSE), 83
BLASTOCYSTIS
HOMINIS, 83
BLASTOMYCOSE, 83
BOCAVIRUS HUMAIN, 84
BOTULISME, 84, 109
BRONCHIOLITE, 81, 84
BRUCELLOSE, 84
BRÛLURES, 85
BURKHOLDERIA
CEPACIA, 85, 118

C

CALICIVIRUS, 86
CAMPYLOBACTER
JEJUNI, 87
CANDIDIASE, 87
CELLULITE, 87, 108, 124
CHANCRE MOU, 88
CHARBON, 80, 88
CHIKUNGUNYA, 88
CHLAMYDIA, 88, 89

CHLAMYDOPHILA
PSITTACI, 89
CHOLERA, 89
CHORIOMÉNINGITE
LYMPHOCYTAIRE, 90
CINQUIÈME MALADIE,
90
CLOSTRIDIUM, 90, 91,
103
CLOSTRIDIUM
DIFFICILE, 90, 91
CLOSTRIDIUM
PERFRINGENS, 91,
103
COCCIDIOÏDOMY-COSE,
91
COLITE, 91
CONDYLOMES, 91
CONJONCTIVITE, 91, 92,
103
COQUELUCHE, 92
CORONAVIRUS, 93
COXSACKIE, 93
CREUTZFELDT-JAKOB,
93, 118
CROUP, 94, 99
CRYPTOCOCCOSE, 94
CRYPTOSPORIDIOSE,
94
CYSTICERCOSE, 94
CYTOMEGALOVIRUS, 95

D

DENGUE, 95
DERMATITE, 95
DERMATOMYCOSE, 95,
126
DIARRHÉE, 79, 87, 89,
90, 94, 96, 97, 98,
103, 113, 119, 121,
132
DIPHTÉRIE, 96, 116
DIPHYLLOBOTRIUM
LATUM, 96

E

E. COLI, 97, 109
EBOLA, 96
ECHINOCOCCOSE, 97
ECHOVIRUS, 97
EHRlichIOSE, 97
ENCÉPHALITE, 97
ENDOMÉTRITE, 98

ENTEROBIUS
VERMICULARIS, 98
ENTÉROCOLITE
NÉCROSANTE, 98
ENTÉROCOQUE
RÉSISTANT À LA
VANCOMYCINE, 98
ENTÉROVIRUS, 98, 116
EPIDERMOLYSE
BULLEUSE, 99
EPIGLOTTITE, 99
EPSTEIN BARR, 99
ERV, 82, 98
ERYSIPÈLE, 99
ERYTHÈME INFECTIEUX,
99

F

FIÈVRE, 96, 110, 128
FIÈVRE DU COLORADO,
100
FIÈVRE JAUNE, 100
FIÈVRE PARATYPHOÏDE,
100
FIÈVRE POURPRÉE DES
MONTAGNES
ROCHEUSES, 101
FIÈVRE Q, 101
FIÈVRE TYPHOÏDE, 102
FIÈVRES
HÉMORRAGIQUES,
100, 111
FURONCLE, 102

G

GALE, 95, 102
GALE NORVÉGIENNE,
102
GANGRÈNE GAZEUSE,
103
GASTRO-ENTÉRITE, 103
GIARDIA LAMBLIA, 103
GINGIVOSTOMATITE,
103
GONORRHÉE, 103
GRANULOME INGUINAL,
104
GRIFFURES DE CHAT,
104
GUILLAIN-BARRÉ, 104

H

HAEMOPHILUS
INFLUENZAE (Type
B), 104
HANTAVIRUS, 104
HELICOBACTER
PYLORI, 104
HÉPATITE, 105
HERPANGINE, 106
HERPES SIMPLEX, 107
HHV6, 107
HHV8, 107
HISTOPLASMOSE, 107
HUMAN T-
LYMPHOTROPIC
VIRUS TYPE 1, 107
HYMENOLEPIS NANA,
108

I

IMPÉTIGO, 108
INFECTION AIGUË DES
VOIES
RESPIRATOIRES
SUPÉRIEURES, 108
INFECTION DE PLAIE,
108
INFECTION DES VOIES
URINAIRES, 108
INFLUENZA «Grippe»,
108
INTOXICATION
ALIMENTAIRE, 109

K

KAWASAKI, 110
KLEBSIELLA PNEU-
MONIAE RÉSISTANT
AUX
CARBAPÉNÈMES,
110

L

LEGIONNAIRE, 110
LÈPRE, 110
LEPTOSPIROSE, 110
LISTÉRIOSE, 111
LYME, 111
LYMPHOGRANULO-
MATOSE
VÉNÉRIENNE, 111

M

MALADIE MAINS, PIEDS
ET BOUCHE, 111

MALARIA, 111, 114

MARBURG (Fièvre de),
111

MELIOIDOSE, 111

MÉNINGITE, 111

MÉNINGOCOQUE, 112

MÉTAPNEUMOVIRUS
HUMAIN, 112

MOLLUSCUM

CONTAGIOSUM, 112

MONONUCLÉOSE

INFECTIEUSE, 99,
112

MUCORMYCOSE, 113

MULTIRÉSISTANCE, 113

MYCOBACTÉRIES

ATYPIQUES, 113

MYCOPLASMA

PNEUMONIAE, 113

N

NEUROCYSTICER-COSE,
113

NEW-DEHLI MÉTALLO-
BÊTA-LACTAMASE-1,
113

NOCARDIOSE, 113

NOROVIRUS, 113

NORWALK, 113

O

OREILLONS, 114

ORF, 114

OSTÉOMYÉLITE, 114

OTITE PURULENTE, 114

OXYURASE, 114

P

PALUDISME, 114

PAPILLOMAVIRUS, 91,
114, 130

PARAINFLUENZA, 114

PARAPOXVIRUS, 114

PARVOVIRUS B-19, 115

PÉDICULOSE, 115

PESTE, 116

PHARYNGITE, 116, 124

PLAIE INFECTÉE, 116

PLEURODYNIE, 116

PNEUMOCOQUE, 116

PNEUMOCYSTIS

Jiroveci, 117

PNEUMONIE, 117

POLIOMYÉLITE, 117

POUX, 118

PRION, 118

PSEUDOMONAS

CEPACIA, 118

PSITTACOSE ou

ORNITHOSE, 118

R

RAGE, 118

RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU,
119

RHUME, 118

RITTER, maladie de, 119

ROSÉOLE INFANTILE,
107, 119

ROTAVIRUS, 119

ROUGEOLE, 120

RUBÉOLE, 120

S

SALMONELLA, 121

SARM, 123

SARM-AC, 123

SCARLATINE, 121

SCHISTOSOMIASE, 121

SHIGELLOSE, 121

SIDA, 122, 125

SPOROTRICHOSE, 122

SRAS, 93, 122

STAPHYLOCOCCUS

AUREUS, 122

STAPHYLOCOCCUS

AUREUS RÉSISTANT

À LA MÉTHICILLINE,
123

STENOTROPHOMO-NAS

MALTOPHILIA, 123

STREPTOBACILLUS

MONILIFORMIS, 124

STREPTOCOQUE, 123

STRONGYLOÏDES

STERCORALIS, 124

SYNDROME

D'IMMUNODÉFI-
CIENCE ACQUISE,

125

SYNDROME DU CHOC

TOXIQUE, 124

SYNDROME

HÉMOLYTIQUE

URÉMIQUE, 125

SYPHILIS, 125

T

TAENIA SAGINATA, 126

TAENIA SOLIUM, 126

TEIGNE, 126

TÉTANOS, 126

TINEA, 126

TOXOCARIASE, 126

TOXOPLASMOSE, 126

TRICHINOSE, 126

TRICHOMONIASE, 126

TRICHURIASE, 126

TUBERCULOSE, 127

TULARÉMIE, 128

TYPHOÏDE, 128

TYPHUS, 128

V

VARICELLE, 128

VARIOLE, 129

VARIOLE DU SINGE, 129

VERRUE PLANTAIRE ET

COMMUNE, 130

VERS, 130

VIBRIO, 110, 130

VIH, 81, 82, 107, 122,
125, 130

VIRUS DU NIL

OCCIDENTAL, 131

Virus Monkeypox, 129

VIRUS RESPIRATOIRE

SYNCYTIAL (VRS),
131

VPH, 114

Y

YERSINIA

ENTEROCOLITICA,
132

Z

ZONA, 132

The cover features a minimalist design with three blue circles of varying sizes and two thin blue lines. One line runs diagonally from the top left towards the center, and another runs from the top center towards the bottom right. The circles are positioned at the top, middle, and bottom right of the page.

GUIDE DE PRÉVENTION
ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

LES OUTILS D'APPLICATION

Avril 2012

LES OUTILS D'APPLICATION

ANNEXE 1 - TECHNIQUE DU LAVAGE DES MAINS HYGIÉNIQUE

Le lavage des mains - Comment ?

LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES
SINON, UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !



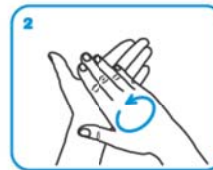
Durée de la procédure : 40-60 secondes



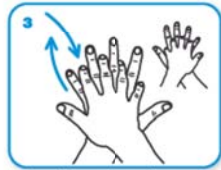
0
Mouiller les mains abondamment



1
Appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



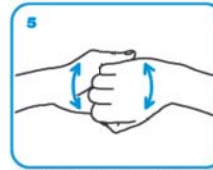
2
Paume contre paume par mouvement de rotation,



3
le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice versa,



4
les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



5
les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



6
le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice versa,



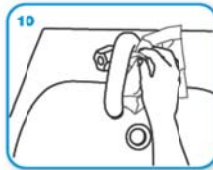
7
la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice versa.



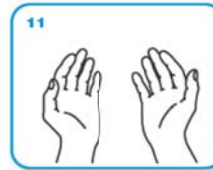
8
Rincer les mains à l'eau,



9
sécher soigneusement les mains avec une serviette à usage unique,



10
fermer le robinet à l'aide de la serviette.



11
Les mains sont prêtes pour le soin.

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en particulier les collaborateurs du service de Prévention et Contrôle de l'Infection, pour leur participation active au développement de ce matériel.
Octobre 2006, version 1.

Organisation mondiale de la Santé

Toutes les précautions ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document est diffusé sans garantie, explicite ou implicite, d'aucune sorte. L'interprétation et l'utilisation des données sont de la responsabilité de l'utilisateur. L'OMS ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable des dommages qui pourraient en résulter.

© Organisation mondiale de la santé. Reproduite avec permission.

ANNEXE 2 - TECHNIQUE DE LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE

La friction hydro-alcoolique

Comment ?

UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !
LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES



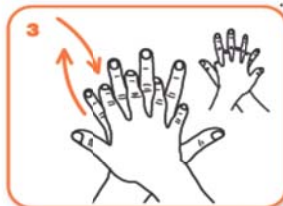
Durée de la procédure : **20-30 secondes.**



Remplir la paume d'une main avec le produit hydro-alcoolique, recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



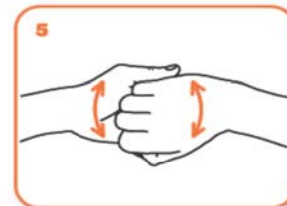
Paume contre paume par mouvement de rotation,



le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice versa,



les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



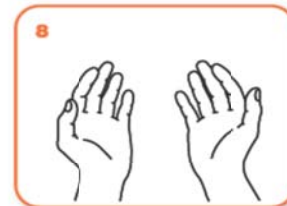
les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice versa,



la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice versa.



Une fois sèches, les mains sont prêtes pour le soin.

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en particulier les collaborateurs du service de Prévention et Contrôle de l'infection, pour leur participation active au développement de ce matériel.
Octobre 2006, version 1.

Organisation
mondiale de la Santé

Toutes les précautions ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document est diffusé sans garantie, explicite ou implicite, d'aucune sorte. L'interprétation et l'utilisation des données sont de la responsabilité du lecteur. L'OMS ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable des dommages qui pourraient en résulter.

Droga: world/afgh/annex2

© Organisation mondiale de la santé. Reproduite avec permission.

ANNEXE 3 – AFFICHETTES ILLUSTRANT LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES

PRÉCAUTIONS CONTACT ALLÉGÉES



Visiteurs

Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

À L'ENTRÉE



Pratiquer l'hygiène des mains



Revêtir la blouse (lors de contacts directs)



Enfiler les gants (lors de contacts directs)

À LA SORTIE



Retirer les gants



Retirer la blouse



Pratiquer l'hygiène des mains




Matériel dédié ou désinfecté après usage

« L'utilisateur peut circuler après avoir procédé à l'hygiène des mains »



C41.12

PRÉCAUTIONS CONTACT



Visiteurs

Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

À L'ENTRÉE



Pratiquer l'hygiène des mains



Revêtir la blouse



Enfiler les gants

À LA SORTIE



Retirer les gants



Retirer la blouse



Pratiquer l'hygiène des mains



Matériel dédié ou désinfecté après usage



PRÉCAUTIONS CONTACT RENFORCÉES

Visiteurs Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

À L'ENTRÉE



Pratiquer l'hygiène des mains



Revêtir la blouse



Enfiler les gants

À LA SORTIE



Retirer les gants



Retirer la blouse



Pratiquer l'hygiène des mains
Eau + savon




Matériel dédié ou désinfecté après usage

Protocole de désinfection rehaussée



041-12

PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES

Visiteurs Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

À L'ENTRÉE

 Pratiquer l'hygiène des mains

 Porter le masque

À LA SORTIE

 Retirer le masque

 Pratiquer l'hygiène des mains

 **Matériel dédié ou désinfecté après usage** 

041-12

 **PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES/CONTACT** 

Visiteurs Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

À L'ENTRÉE

-  Pratiquer l'hygiène des mains
-  Revêtir la blouse
-  Porter le masque
-  Enfiler les gants

À LA SORTIE

-  Retirer les gants
-  Retirer la blouse
-  Retirer le masque
-  Pratiquer l'hygiène des mains

 **Matériel dédié ou désinfecté après usage** 

041-12



PRÉCAUTIONS AÉRIENNES

Visiteurs

Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

ACCÈS INTERDIT SANS AUTORISATION

À L'ENTRÉE



Pratiquer l'hygiène
des mains



Porter le masque
N-95
Vérifier l'étanchéité

À LA SORTIE



Retirer le masque
N-95



Pratiquer l'hygiène
des mains



Portes et fenêtres fermées
Chambre à pression négative
Matériel dédié ou désinfecté après usage



041-12

 **PRÉCAUTIONS
AÉRIENNES/CONTACT** 

Visiteurs

Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

ACCÈS INTERDIT SANS AUTORISATION

À L'ENTRÉE



Pratiquer l'hygiène
des mains



Revêtir la blouse



Porter le masque
N-95
Vérifier l'étanchéité



Enfiler les gants

À LA SORTIE



Retirer les gants



Retirer la blouse



Retirer le masque
N-95



Pratiquer l'hygiène
des mains



Portes et fenêtres fermées
Chambre à pression négative
Matériel dédié ou désinfecté après usage



041-12



PRÉCAUTIONS AÉRIENNES/CONTACT RENFORCÉES



V

Visiteurs Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

ACCÈS INTERDIT SANS AUTORISATION

À L'ENTRÉE



Pratiquer l'hygiène des mains



Revêtir la blouse



Porter le masque N-95
Vérifier l'étanchéité



Porter la protection oculaire



Enfiler les gants

À LA SORTIE



Retirer les gants



Retirer la blouse



Retirer la protection oculaire



Retirer le masque N-95



Pratiquer l'hygiène des mains




Portes et fenêtres fermées

Chambre à pression négative

Matériel dédié ou désinfecté après usage



641-12

GUIDE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS « PRATIQUES DE BASE ET PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES » 148

PRÉCAUTIONS PROTECTION

Visiteurs

Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

À L'ENTRÉE



Retirer le sarrau



Pratiquer l'hygiène des mains



Porter le masque
(si symptômes respiratoires ou en saison grippale)

À LA SORTIE



Retirer le masque
(s'il y a lieu)



Pratiquer l'hygiène des mains



Remettre votre sarrau



Matériel dédié ou désinfecté après usage



041-12

ANNEXE 4 - ÉLIMINATION DES CONTAMINANTS AÉROPORTÉS

Le tableau suivant présente un aperçu du temps nécessaire pour éliminer les contaminants aéroportés en présence d'un cas de tuberculose après que la production de microgouttelettes infectieuses ait cessé.

Changements d'air par heure ⁶	Minutes requises pour éliminer à 99.9% d'efficacité
2	207
4	104
6	69
12	35
15	28
20	14

Tableau adapté des Normes Canadiennes

⁶ Six changements d'air par heure est le minimum acceptable; 12 changements d'air sont recommandés pour les nouvelles constructions (standards américains) et 9 selon les standards canadiens. Au rythme de 6 changements d'air par heure, 69 minutes sont requises pour éliminer 99.9 % des contaminants de l'air.

RÉFÉRENCES

Agence de la Santé Publique du Canada, Société canadienne de thoracologie/Association pulmonaire du Canada. Normes Canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 6^e édition, 2007, 497 p.

Association for professionals in infection control (APIC), APIC Position Paper : Safe Injection, Infusion and Medication Vial Practices in Healthcare, July 2009, 6 p.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention strategies for seasonal influenza in healthcare setting. Seasonal influenza (Flu) 2011-2012. Guidelines and recommendations. www.cdc.gov/dlu

Centers for Disease Control (CDC). Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care settings, 2005. MMWR 2005, vol 54, no RR-17, 147 p.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for Hand Hygiene in health Care Settings. Recommendations of the healthcare infection control Practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/IDSA Hand Hygiene task Force. Octobre 25, 2002/51 (RR16), 44 p.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for Isolation Precautions : Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007, Department of Health & Human Services-USA, 2007, 219 p.

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR 2003; 52 (No. RR-10), 48 p.

Centers for Disease Control (CDC). Guide to infection prevention four out patient settings : Minimum expectation for safe care. Mai 2011. 17 p.

Centers for Disease Control (CDC). Guidelines for preventing health-care associated pneumonia, 2003. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR 2004 ; 53 (RR-03) 1-40.

Centers for Diseases Control (CDC). Guidelines for Environmental Infection Control in Health-care Facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR 2003 ;52 (RR-10) ; 1-42.

Centers for Disease Control (CDC). Guidelines for preventing opportunistic infections among hematopoietic stem cell transplant recipients. Recommendations of CDC, the

Infectious Disease Society of America and the American Society of Blood and Marrow Transplantation. MMWR 2000 ; 49 (RR-10) : 1-125.

Clinical infectious Diseases Journal : Possible role of aerosol transmission in a hospital outbreak of influenza. CID 2010. 31 (15 novembre) Wong et al, 8 p.

Conseil supérieur de la santé. Recommandations en matière de maîtrise des infections lors des soins dispensés en dehors des établissements de soins (au domicile et/ou au sein d'un cabinet). 2008, no. 8279. Bruxelles : Conseil supérieur de la santé, 66 p.

Control of communicable diseases manuel. David L. Heymann, M.D. Editor Eighteenth Edition 2004. 700 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement. Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), 2009, 4 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Avis et recommandations. Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origine infectieuses (MRSI), de l'influenza aviaire A (H5N1) et de la grippe A (H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins, Juin 2009, 31 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins. 26 janvier 2004, 18 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), Mesures de prévention et contrôle de la grippe pandémique H1N1 lors d'une vague pandémique pour les établissements de soins aigus, les soins ambulatoires et les soins à domicile, novembre 2009, 46 p.

Institut national de santé publique du Québec. Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec. 2^e édition, 126 p.

Ministère de la santé et des soins de longue durée. Division de la santé publique. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), Toronto (Canada). Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, Ontario, Août 2009, 133 p.

Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs. Publication du Québec (2010). Loi sur la qualité de l'environnement (L.R.Q.,c.Q-2,a31,46,70,109.1,et 124.1) Règlement sur les déchets biomédicaux. 14 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Les zones grises, processus d'attribution des responsabilités. Groupe hygiène et salubrité, Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement, 2008. 27 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Lignes directrices en hygiène et salubrité. Analyse et concertation, Québec. Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement, 2006, 50 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Table de concertation nationale en maladies infectieuses. Protocole d'intervention : la rougeole. De Serres Gaston. Mise à jour 2003. 29 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2006. 107 p.

Ministère de la santé et des solidarités. République française. Direction générale de la Santé. Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Guide de prévention. Janvier, 2006, 128 p.

Norme de l'Association Canadienne de Normalisation (CSA). Warehousing, storage and transportation of clean and sterile medical devices, (2-314.15-10), Février 2010. 24 p.

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ), Lignes directrices, l'exercice infirmier en santé communautaire. Soutien à domicile, 2^e édition, 2010, 22 p.

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, Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques, Juin 2007, 56 p.

Provincial infections diseases advisory committee (PIDAC). Best practices for environmental cleaning for prevention and control of infections in health care settings. Ontario, 8 décembre 2009, 176 p.

Red Book. Report of the committee on infectious diseases. 2006. Twenty-seventh Edition 2006. 992 p.

Revue médicale Suisse. 2010; 6 : 708-13, no : 243. Articles thématiques : maladies infectieuses. Zanetti. C. Lazor-Blanchet, C. Petignat. Infection nosocomiales en médecine ambulatoire : importance et prévention. 2010; 6 : 708-13.

Santé Canada, Guide de prévention des infections. RMTC volume 24S8. Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé, décembre 1998.

WORLD Health Organization : Recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'hygiène des mains au cours des soins. Mise à jour 2009, 262 p.