



Les souillures au cabinet on essuie et puis c'est tout ?

Sylvie Boulianne et Josiane D'Amico

Que ce soit à la suite d'une lacération, de l'évaluation d'une plaie, d'un examen gynécologique ou d'un toucher rectal, dans un contexte de rhume, de vomissements ou d'incontinence urinaire et fécale accidentelle ou tout simplement après l'utilisation d'une bandelette réactive urinaire, les souillures sont fréquentes en cabinet. En présence de souillures, nous avons tous le même réflexe : les faire disparaître.

La plupart d'entre nous le faisons le plus souvent à l'aide d'une serviette de papier sèche ou humide et peut-être un peu de savon. Est-ce suffisant ? Y a-t-il une façon pratique et accessible de les éliminer ?

Souillures mal nettoyées, y a-t-il un risque ?

Potentiellement porteuses de germes pathogènes, les souillures représentent un risque de transmission des infections si le nettoyage est mal fait. Ce risque prévaut pour le médecin, les patients subséquents et toute personne (secrétaire, préposé à l'entretien, etc.) pouvant entrer en contact avec le lieu souillé.

Puisque la flore microbienne des souillures est souvent inconnue, mieux vaut considérer qu'il y a contamination et adopter une approche préventive.

Une telle approche peut être fondée, de façon pratique, sur le type de souillures, car chaque type comprend un potentiel de germes pathogènes. Seuls les agents pathogènes capables de survivre dans l'environnement représentent un réel danger de transmission par contact.

Le *tableau I* présente le potentiel de survie dans l'environnement de plusieurs micro-organismes pathogènes. Ces données sont colligées à titre indicatif, toutefois, car les références consultées se sont parfois avérées discordantes¹⁻⁷.

Les D^{es} Sylvie Boulianne et Josiane D'Amico, omnipraticiennes, exercent à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal dans les services de gériatrie et de médecine familiale.

Certains agents infectieux sont plus à craindre que d'autres. C'est le cas notamment du virus de l'hépatite B qui peut survivre une semaine dans du sang séché sur une surface inerte. La littérature fait mention de rares cas de transmission de l'hépatite B dans le contexte du travail. Les deux tiers de ces cas sont survenus chez des travailleurs de la santé sans antécédents d'exposition percutanée au sang contaminé, mais qui se souvenaient d'avoir prodigué des soins à des patients porteurs du virus¹.

Notons également la durée de survie des spores de *Clostridium difficile* qui peut atteindre plusieurs mois, ainsi que celle de certaines entérobactéries (Ex. : *Salmonella*, *Shigella*) qui peut aller de quelques heures à... beaucoup plus longtemps !

Par contre, d'autres agents infectieux présentent un risque beaucoup moindre s'ils se trouvent dans des souillures. Il en va ainsi du VIH, pour lequel la majorité des références consultées parlent d'une courte survie, soit de quelques heures (quelques ouvrages mentionnent une possibilité de survie jusqu'à quelques jours)¹. Toutefois, aucun cas de transmission de ce virus par contact avec une surface inerte n'a été signalé. C'est aussi le cas de *N. meningitidis*, de *M. tuberculosis* et de *B. pertussis* (agent responsable de la coqueluche) qui survivent difficilement dans l'environnement. Ce

Seuls les agents pathogènes capables de survivre dans l'environnement représentent un réel danger de transmission par contact.

Repère

Tableau I**Micro-organismes pathogènes potentiels selon le type de souillures^{1-4,6}**

Sang	Sécrétions nasales Expectoration	Pus, abcès plaie	Sécrétions vaginales	Selles Vomissement	Urine
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Virus de l'hépatite B (VHB) *1 ⊕ Virus de l'hépatite C (VHC) *3 ⊕ VIH *3 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Influenzavirus *2 ⊕ Para-influenza *2 ⊕ Virus syncytial *2 ⊕ Rhinovirus *3 ⊕ Méningocoque*7 ⊕ <i>Bordetella pertussis</i> *7 ⊕ Coronavirus (SRAS) *2 ⊕ Bacille de Koch *7 ⊕ Adénovirus *9 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ SARM *4 ⊕ <i>S. aureus</i> *4 ⊕ Streptocoque ⊕ Streptocoque bêtahémolytique du groupe A *4 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ <i>N. gonorrhœæ</i> *8 ⊕ <i>Chlamydia</i> *8 ⊕ <i>H. simplex</i> *9 ⊕ <i>Candida</i> *4 ⊕ <i>Trichomonas</i> ⊕ Bactéries (variables, mais habituellement présentes *4) ⊕ VIH *3 ⊕ VHB *1 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ ERV *4 ⊕ <i>C. difficile</i> *4 ⊕ Norovirus (virus de Norwalk) *6 ⊕ Poliovirus et autres entérovirus *9 ⊕ <i>Salmonella</i> *5 ⊕ <i>Shigella</i> *5 ⊕ <i>Campilobacter</i> ⊕ <i>Klebsiella</i> *4 ⊕ Rotavirus *4 ⊕ Virus de l'hépatite A (VHA) *4 ⊕ <i>E. Coli</i> pathogène *4 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ <i>S. aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) *4 ⊕ Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) *4 ⊕ Entérovirus *9

Potentiel de survie sur les surfaces inertes des différents micro-organismes pathogènes (à titre indicatif seulement, car les références consultées sont parfois discordantes).

*1 Survit une semaine dans une tache de sang séché ; *2 Ne survit que quelques minutes à quelques heures dans l'environnement ; *3 Survit de quelques heures à quelques jours dans l'environnement ; *4 Survit jusqu'à des mois dans l'environnement ; *5 Survit de quelques heures à plusieurs années ; *6 La majorité des cellules meurent en quelques minutes, une infime partie peut survivre pendant 2 semaines ; *7 Faible potentiel de survie ; *8 Aucune transmission par les surfaces n'a été établie, donnée inconnue ; *9 Peut survivre au moins plusieurs heures sur les mains ; aucune donnée sur les surfaces inertes.

contact, par contre, ne diminue en rien le risque de transmission de ces agents de personne à personne, c'est-à-dire par gouttelettes ou aérosols.

Nettoyer ou désinfecter ? Qui peut s'en occuper ?

La figure propose une façon pratique de prendre en charge des souillures et qui est accessible à tous les membres du personnel des cliniques médicales. En effet, comme bon nombre de cliniques médicales ne peuvent compter sur la présence continue de préposés à l'entretien, la gestion des souillures devrait concerner tout le personnel médical, paramédical et

de bureau qui y travaille.

Dans la littérature, tous les auteurs s'entendent pour reconnaître que le nettoyage est essentiel. Or, il n'est pas suffisant. Une désinfection devrait suivre le nettoyage. Par contre, on ne peut désinfecter sans nettoyer au préalable. Soyons donc systématiques !

Une première étape vers un nettoyage adéquat consiste à absorber le matériel organique visible avec des serviettes de papier jetables qu'on déposera dans une poubelle prévue à cette fin doublée d'un sac de plastique².

Par la suite, on procédera au nettoyage proprement dit avec de l'eau et un savon d'entretien courant. Ce

Si vous appliquez directement un désinfectant sur des souillures non nettoyées au préalable, son effet en sera alors diminué et non prévisible.

Repère

nettoyage est primordial, car nombre de substances organiques inactivent les désinfectants. En d'autres termes, si vous appliquez directement un désinfectant sur des souillures non nettoyées au préalable, son effet en sera alors diminué et non prévisible².

On serait bien tenté d'arrêter à cette étape. Si vous le faites, vous aurez diminué le nombre total de germes présents, mais vous ne les aurez pas éliminés en quantité suffisante et de façon certaine.

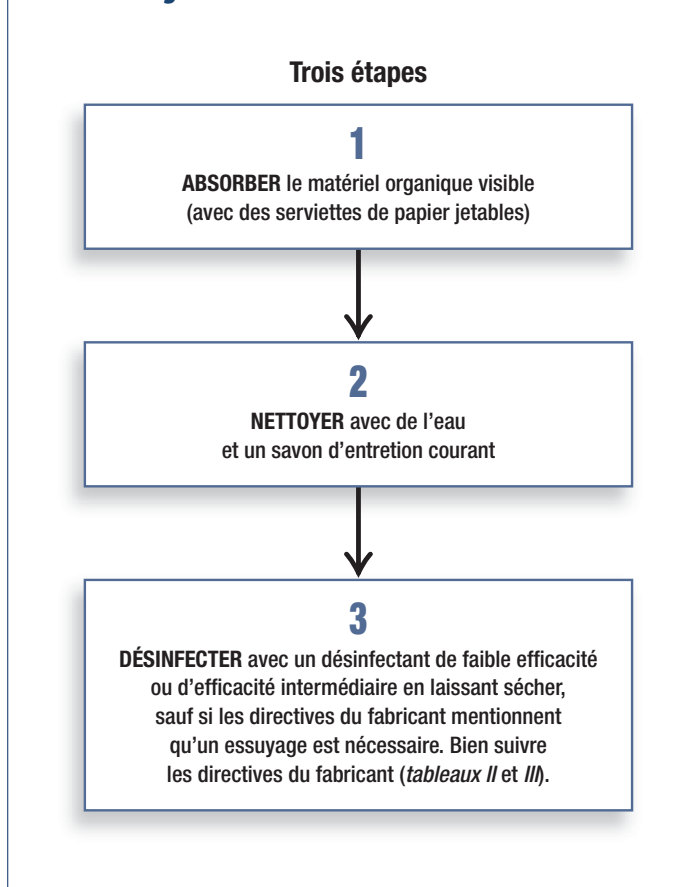
Par conséquent, pour réduire le plus possible le risque de transmission par contact, une désinfection est de mise. Elle peut se faire avec un désinfectant dont le degré d'efficacité est faible ou intermédiaire^{8,9}. Les *tableaux II et III* indiquent dans le détail le degré de désinfection ainsi que les désinfectants qui peuvent être utilisés selon l'efficacité demandée.

Afin de simplifier le choix du désinfectant, voici une suggestion efficace et pratique :

Indépendamment du type de souillures, une solution chlorée devrait être le premier choix en raison de son faible coût et de son large spectre d'action¹². Une concentration d'hypochlorite de sodium à 6 % (eau de Javel domestique) à une dilution de 1 dans 20 est généralement utilisée (efficacité intermédiaire). Une fois diluée, la solution doit être conservée loin de la lumière et de la chaleur et renouvelée toutes les deux à trois semaines⁹. À des concentrations plus élevées (1 dans 5), une solution chlorée devient sporicide (efficacité élevée)^{2,3}. Par contre, elle dégage alors des odeurs pouvant être irritantes pour plusieurs patients (en particulier les asthmatiques) et devient fortement corrosive pour les surfaces sensibles³. Dans ces circonstances, l'utilisation d'une solution de peroxyde d'hydrogène accéléré est alors à privilégier (Virox 5®, Virkon® ou l'équivalent^{2,3}). Ces produits sont d'excellents désinfectants, réagissent rapidement malgré la présence résiduelle de matières organiques (quelques secondes à quelques minutes) et n'endommagent pas les surfaces inertes. Ils ne dégagent pas de gaz toxiques et, parce qu'ils se désintègrent rapidement, ne sont pas très polluants³. Il serait pertinent de se munir de peroxyde d'hydrogène accéléré sous

Figure

Prise en charge des souillures^{1-4,7,9,10}



forme de lingettes (plutôt que sous forme solide ou liquide), car il est alors possible de les utiliser sur des objets qui pourraient être abîmés par une solution chlorée, tels qu'un stéthoscope.

Si la procédure en trois étapes décrite plus haut est respectée, la plus grande partie si ce n'est la totalité des germes sera inactivée². À cela s'ajoute toutefois l'impératif de bien suivre les directives du fabricant du produit désinfectant utilisé concernant la dilution de la solution, le temps de contact minimal ainsi que la durée de validité du produit. Il est préférable de préparer une petite quantité de désinfectant dans un contenant propre et de ne pas la conserver trop longtemps afin de réduire les risques de contamination^{2,3}.

Indépendamment du type de souillures, une solution chlorée devrait être le premier choix en raison de son faible coût et de son large spectre d'action.

Repère

Tableau II

Degré d'efficacité des désinfectants^{8,9}

Efficacité élevée

Inactive tous les micro-organismes, y compris les spores* bactériennes, sauf si ces dernières sont trop abondantes.

Efficacité intermédiaire

Inactive *M. tuberculosis*, les virus, les champignons, les bactéries, mais n'a aucun effet sur les spores bactériennes.

Faible efficacité

Inactive les bactéries et la plupart des virus. N'a aucun effet sur les spores bactériennes, *M. tuberculosis*, les champignons et les virus de petite taille (c'est-à-dire non lipidiques tels que le virus de la poliomyélite, les coxsackies et les rhinovirus par opposition à ceux du VIH, de l'herpès simplex, des hépatites B et C et des coronavirus qui sont lipidiques ou de taille moyenne.)

* La spore est la forme végétative qu'adoptent certaines bactéries lorsqu'elles sont dans un environnement hostile. Cela leur confère une longue durée de vie. Peu de bactéries en sont capables. *Clostridium difficile* l'est.

Tableau III

Type de désinfectant en fonction du degré d'efficacité^{3,5,9-11}

Efficacité élevée

Idéalement pour la désinfection par chaleur automatisée ou immersion liquide. Il s'agit donc de procédés utilisés en milieu opératoire et hospitalier qui sont peu accessibles à la pratique en cabinet. Il est toutefois possible d'obtenir une efficacité élevée par l'emploi de solutions conservant leur efficacité lorsqu'elles sont employées par contact (directement ou à l'aide de lingettes imbibées). On y retrouve le glutaraldéhyde (Glutacide[®]) avec ou sans phénol, le peroxyde d'hydrogène accéléré (Virox 5[®] et Virkon[®]) avec et sans acide paracétique et l'orthophthalaldéhyde.

Efficacité intermédiaire

Par contact liquide avec des solutions chlorées (eau de Javel) ou de chlorure d'ammonium quaternaire avec alcool (chlorure de benzalkonium et chlorure de didécyl-diméthyl-ammonium comme Asepticare[®], Aseptiwipe[®], Cavisède, Sani-cloth[®], Dynakil[®]), des pentachlorophénols (tels que Triclosan[®], PCMX[®], Dettol[®]) et des produits ioniques (diéthanolamide de coco, noxylphénol éthoxylé, autres alcools éthoxylés) ou anioniques (xylène, sulfonate de sodium, phosphates).

Faible efficacité

Par contact liquide avec des solutions d'ammonium quaternaire, quelques chlorophénols ainsi que des solutions ioniques et anioniques (voir description paragraphe ci-dessus).

Le degré d'efficacité d'un produit pour la désinfection est déterminé par le type de produit en question, sa concentration, le temps de contact et le matériel sur lequel il sera utilisé. Il peut donc y avoir différents degrés de désinfection pour un même produit. À titre d'exemple, une solution chlorée (eau de Javel) a une efficacité élevée à une concentration de 1 pour 5, intermédiaire à une concentration de 1 pour 20 et faible à une concentration de 1 pour 100.

En prévoir l'étiquetage ainsi que l'entreposage dans un lieu hors d'atteinte des enfants afin de réduire au minimum les risques d'ingestion accidentelle¹³. Évidemment, toutes ces étapes devraient être faites par une personne qui porte des gants, en nitrile de préférence¹⁴, car certains désinfectants comme les solutions chlorées endommagent rapidement le latex. Enfin, comme les gants n'offrent pas une protection complète, un bon lavage des mains doit suivre²⁻⁴.

Les souillures en cabinet ne sont donc pas si banales. Leur prise en charge, par contre, peut se résumer en une approche systématique préventive en trois étapes accessibles à tous les membres du personnel de la clinique. Cette prise en charge doit toutefois avoir lieu rapidement. Et par conséquent, l'exécutant sera le plus souvent le médecin consulté... vous!

Que ferez-vous la prochaine fois? 

Date de réception : 22 février 2006

Date d'acceptation : 5 avril 2006

Mots-clés : souillures, transmission par contact, désinfectant, germes pathogènes, eau de Javel, peroxyde d'hydrogène

Les D^{res} Josiane D'Amico et Sylvie Boulianne n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. CDC updated US. Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. *MMWR Recommendations and Reports* 29 juin 2001; 50 (RR11) : 1-42.
2. *Guidelines for environmental infection control in Health-Care Facilities*. Recommendations of CDC and the Health-Care infection control. Practices advisory committee (HICPAC). US Department of Health and Human Services. Atlanta. 30333; 2003 : 1-249.
3. *Protocole québécois de salubrité. Lignes directrices en hygiène et salubrité*. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, mai 2005, 14 pages.
4. Santé Canada. Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. décembre 1998, vol. 2458.
5. McDonnell G, Russel DA. Antiseptics and disinfectants.

Summary

Spills in medical offices: is wiping them off enough? No matter the content, spills are frequent in medical offices. Does simply wiping them down, with or without soap, enough? All spills potentially carry pathogenic microorganisms varying according to their sources (vomit, stools, urine, secretions, etc.). Microorganisms are able to survive in non-living environments and they represent a risk of transmission by contact.

This article details a simple three-step approach to handling spills: wiping, cleaning and disinfecting with any intermediate level disinfectant. Many disinfectants can be used, the most accessible certainly being Javel water. A 1:20 dilution is proposed.

Keywords: spill, infection transmission by contact, disinfectant, pathogenic microorganism, Javel water, hydrogen peroxyde

tants: activity, action and resistance. *Clinical microbiology reviews* 1999; 12 (1): 147-79.

6. Le Baron CW, Furutan NP, James RA, Vera G et coll. Viral agents of gastroenteritis. Outbreak management. *MMWR Recommendations and Reports*. Avril 1990: 1-26.
7. Rutala WA. The benefits of surface disinfection. UNC Health Care System and school of medicine, Chapel Hill, NC 2004. Site Internet: www.unc.edu/depts/spice/dis/Surface.ppt#279,1 The Benefits of Surface Disinfection. (Page consultée le 15 novembre 2005).
8. Boulanger D, Pichette G. Membres du groupe de travail hygiène et salubrité. Hygiène et salubrité en établissement de santé: principes de travail en équipe. Conférence de l'INSPQ, novembre 2005.
9. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. *Antiseptiques et désinfectants*. Mai 2000, 85 pages. Site Internet: www.cclinparisnord.org/Guides/guide_desinfectant.pdf (Page consultée le 15 novembre 2005)
10. Association for professionals in infection control and epidemiology, Inc. APIC guidelines for selection and use of disinfectants. *AJIC* août 1996; 24 (4): 313-42.
11. Bigras T, Duplessis L, Minville A, Pichette G. *Guide d'utilisation des produits antiseptiques*. Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, janvier 2003.
12. Shematek G. Les désinfectants chimiques revus et corrigés. Santé Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* décembre 1998; 24SB: ISSN 1188-4169.
13. Springthorpe D. La désinfection des surfaces et de l'équipement. *J Can Dent Association* 2000; 66: 558-60.
14. Bigras T, Pichette G, Ricard J, Lantagne J, Jannard G, Danis L. *Standards de nettoyage et de désinfection de l'environnement des usagers*. Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, révisé mars 2003.

Lectures suggérées

- UCSF Medical Center. The designation of clean and unclean patient care equipment. Infection control manual. Section 6.36. septembre 2002: 1-5. Site Internet: http://infectioncontrol.ucsfmedicalcenter.org/Infection_Control_Manual/6___Sterilization___Disinfecti/6_36___Clean_and_Unclean_Patie/body_6_36___clean_and_unclean_patie.html (Page consultée le 15 novembre 2005).
- McDonnell G, Russel DA. Antiseptics and disinfectants: activity, action and resistance. *Clinical microbiology reviews* 1999; 12 (1): 147-79.



Poste à pourvoir Directeur adjoint ou directrice adjointe des affaires professionnelles

Fonctions

Sous l'autorité du directeur des affaires professionnelles, le titulaire sera appelé à :

- participer à l'application de l'Entente générale et de diverses ententes particulières, principalement en rapport avec les soins prodigués en établissement ;
- participer au développement d'outils favorisant l'intégration des réseaux locaux de services ;
- participer au développement de nouveaux services aux membres et à leur gestion courante.

Exigences

Les candidats devront :

- être médecins omnipraticiens ;
- avoir une expérience de pratique polyvalente ou une connaissance raisonnable des caractéristiques de celle-ci ;
- avoir une expérience médico-administrative pertinente ;
- posséder une connaissance générale de l'Entente ;
- faire preuve de qualités de leader et de gestionnaire ;
- démontrer des aptitudes à travailler en équipe ;
- démontrer des aptitudes à rédiger et à concevoir des dossiers ;
- manifester un intérêt pour le syndicalisme médical et posséder une connaissance raisonnable de celui-ci.

La capacité de s'exprimer en anglais serait un atout.

Conditions de travail

- Poste à plein temps (exclusivité d'emploi) à compter de janvier 2007 (une disponibilité à compter de novembre 2006 peut être envisagée)
- Intéressant programme d'avantages sociaux
- Contrat de cinq ans renouvelable
- Rémunération à négocier

Toutes les candidatures seront traitées de façon strictement confidentielle. Les médecins intéressés sont priés de faire parvenir leur curriculum vitæ, par courrier recommandé, avant le 8 septembre 2006 à l'attention de :

D^r Michel Desrosiers
Directeur des affaires professionnelles
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000
Montréal (Québec) H3G 1R8