

Gestion de la salle d'attente

Geneviève Jacob et Julie Moreau

4

Il est 11 h 50. Vos consultations sans rendez-vous du matin tirent à leur fin et vous commencez à respirer. M^{me} N. Quietie entre dans votre cabinet avec M. Levavite, son père de 82 ans atteint de diarrhée. « Il vient d'être hospitalisé pour une pneumonie, vous dit-elle. Avec tous ces gens malades dans la salle d'attente, j'espère qu'il n'a rien attrapé d'autre ! » Vous ne pouvez qu'acquiescer, mais vous espérez aussi secrètement que l'inverse ne s'est pas produit.

LA TRANSMISSION des infections nosocomiales est devenue récemment un sujet de préoccupations, tant pour les professionnels de la santé que pour les patients. Le cabinet du médecin, comme environnement de soins, a été très peu étudié en ce sens bien qu'il constitue toujours la porte d'entrée du système de santé pour bon nombre de nos patients. Or, la salle d'attente, qu'elle contienne 6 ou 30 personnes, représente un milieu de transmission non négligeable. Pensez-y : maladies non diagnostiquées, promiscuité, temps d'attente, échange de magazines pour les plus grands et de jeux pour les plus petits (qui en sont encore souvent à la phase orale !). Tous les ingrédients sont réunis !

Il incombe au médecin de préserver un milieu sûr pour ses patients, notamment dans la salle d'attente du cabinet. En effet, le cabinet du médecin varie d'un endroit à l'autre, et l'organisation n'y est pas aussi réglementée que ne l'est, par exemple, celle d'un hôpital. Pourtant, selon le Collège des médecins du Québec¹, « le médecin doit s'assurer, dans l'organisation et le fonctionnement de son cabinet de consultation, que les règles en matière de prévention des infections ont été observées ». Or, il n'existe que peu ou pas de règles de prévention des infections adaptées au contexte du cabinet, encore moins de règles reposant sur des données probantes.

Malgré tout, dans un but de prévention, une gestion simple et efficace de la salle d'attente peut aider à réduire les risques de transmission des infections. Devons-nous séparer M. Levavite des autres patients ?

Les D^{res} Geneviève Jacob et Julie Moreau, omnipraticiennes, pratiquent la médecine familiale en clinique privée. Elle exerce aussi au Service de gériatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Que faire du *Reader's Digest* qu'il a lu en attendant de vous rencontrer ? L'organisation physique de votre salle d'attente permet-elle de réduire les risques de transmission des infections ?

Accueil des patients

Une série de mesures doit être mise en place dès l'arrivée du patient afin de le sensibiliser au risque qu'il présente pour les autres. Séparer les patients infectés de ceux en bonne santé remonte aux débuts de notre histoire : on n'a qu'à penser aux lépreux du Moyen-Âge qui erraient, précédés du tintement de leur cloche, à l'isolement des villages frappés par le choléra au XIX^e siècle en France, aux quarantaines imposées plus récemment aux immigrants en Amérique. Malheureusement, l'exiguïté d'une salle d'attente rend la chose difficile. Qui plus est, on ne sait pas de quoi souffre le patient qui s'y trouve. Les services de consultation sans rendez-vous à fort volume pratiquent parfois le triage, effectué à l'occasion par des infirmières, ce que l'on ne trouve pas dans un cabinet de médecin. Des principes de base élaborés en tenant compte des différents modes de transmission des infections peuvent être appliqués avec le concours du personnel de la clinique afin de réduire le risque d'infections sans toujours nécessairement recourir à l'isolement. Les modes de transmission qui nous intéressent sont rappelés dans le *tableau 1*. La transmission des infections par le sang n'est généralement pas un problème dans la salle d'attente. Les précautions de base (anciennement appelées précautions universelles) s'appliquent en fait à tous les patients, en tout temps.

Première étape : les mains !

La rencontre des patients avec la secrétaire est le

Tableau 1**Modes de transmission des infections**

Type	Mécanisme	Exemples
Par contact	Contact direct avec une surface contaminée, inerte ou non	Diarrhée, varicelle
Par gouttelettes	Macrogouttelettes se propageant sur une courte distance (< 1 m)	Grippe, IVRS*
Par transmission aérienne	Microgouttelettes restant en suspension dans l'air sur de longues distances	Varicelle, rougeole, SRAS†, tuberculose

* IVRS : infection des voies respiratoires supérieures

† SRAS : syndrome respiratoire aigu sévère

moment idéal pour promouvoir la mesure de base : le lavage des mains. L'efficacité du lavage des mains a été maintes fois prouvée dans la diminution du risque de transmission en établissement et demeure la mesure la plus importante. La diminution de la quantité de micro-organismes se trouvant sur les mains des patients aidera probablement à réduire la colonisation de la salle d'attente, bien qu'aucune étude n'ait abordé ce sujet. Tous les adultes et tous les enfants qui les accompagnent peuvent être invités à utiliser une solution alcoolisée installée près du bureau d'accueil afin de rendre cette étape rapide et efficace. En effet, l'usage de ce type de solution permet de réduire la contamination microbienne plus efficacement que le lavage à l'eau et au savon si les mains ne sont pas souillées^{2,3}. Lorsque les mains sont visiblement sales, un lavage traditionnel avec du savon s'impose au préalable. Du savon liquide est alors recommandé, car on a déjà signalé des infections nosocomiales transmises par des pains de savon contaminés ! Une solution à base d'alcool dont la concentration se situe entre 60 % et 90 % est efficace contre la plupart des microbes, y compris les mycobactéries, les virus, les champignons^{4,5,6} et les bactéries multirésistantes³ (ERV et SARM), mais non contre les spores (dont celles du *Clostridium difficile*) ni contre les protozoaires enkystés comme *Giardia lamblia*⁷. Il est préférable de ne pas

placer la solution alcoolisée près d'un lavabo pour ne pas entraîner de confusion chez le patient quant au choix de la solution ou du savon. Le lavage des mains avec la solution alcoolisée pourrait aussi être encouragé dans la salle de bain, après un changement de couche ou l'usage de la toilette. Il est possible, en cliquant sur le site Internet de la Direction de santé publique de Montréal, d'imprimer une petite affiche indiquant aux patients comment utiliser le gel antiseptique (www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/index.html#pro) (figure).

Deuxième étape : quand les patients toussent !

Le degré de contagion varie grandement d'une infection respiratoire à l'autre, et il n'est pas possible sans triage d'établir un risque réel de transmission chez un patient qui tousse. Rhume banal ? Asthme ? Tuberculose ? Pneumonie ? SRAS ? Ce n'est que dans le cabinet que le clinicien peut trouver réponse à ces questions. À la suite de l'épidémie de SRAS à Toronto en 2003, des campagnes d'étiquette respiratoire dans les cliniques ont été instaurées par les directions de la santé publique de la province. Elles visent les patients qui présentent de la toux et de la fièvre. Ces derniers sont invités à se laver les mains, à porter un masque, à jeter les mouchoirs dans une poubelle et à utiliser une zone de la salle d'attente clairement réservée aux porteurs de masque, celle-ci étant située à au moins un mètre des autres chaises⁸⁻¹⁰. Bien que traditionnellement associées à la saison de la grippe, ces mesures devraient être appliquées durant toute l'année. L'utilisation d'affiches et de dépliants bien en évidence (que l'on peut se procurer sur le site de la Direction de santé publique de Montréal au www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/index.html#pro)⁸ aidera grandement votre personnel à encourager les patients à porter un masque par altruisme. La présence d'une poubelle et d'une boîte de mouchoirs en papier dans la salle d'attente

L'efficacité du lavage des mains a été maintes fois prouvée dans la diminution du risque de transmission en établissement et demeure la mesure la plus importante.

Repère

Figure

LAVEZ-VOUS LES MAINS AVEC LE GEL ANTISEPTIQUE



Prenez
juste un peu
de gel



Frottez
le bout
des doigts



Frottez
les paumes
des mains



Frottez
entre les
doigts



Frottez
l'extérieur
des mains

*Continuez de frotter les mains jusqu'à ce qu'elles soient sèches.
Il n'est pas nécessaire d'utiliser d'essuie-mains.*

MISE EN PLACE DU MASQUE



Prenez
le masque
le bord rigide
vers le haut



Accrochez les
bandes élasti-
ques derrière
les oreilles



Moulez le
renfort sur
la racine
du nez



Abaissez
le bas du
masque sous
le menton

Changez-le s'il devient mouillé.

Source : Direction de santé publique de Montréal
Site Internet : www.santepub-mtl.gc.ca/M/enquete/index.html
Reproduction autorisée

Tableau II**Désinfection du matériel de divertissement**

Type	Fréquence	Méthode
Magazines et livres	Chaque mois*	Désinfection impossible : mettre au recyclage
Jouets ayant été dans la bouche d'un enfant	Après la visite, idéalement	Retirer le jouet, le laver, puis le désinfecter selon la méthode prescrite ou le jeter
Petits jouets en plastique	De chaque semaine à chaque mois‡	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyer avec du savon 2. Plonger dans une solution d'eau de Javel pendant 10 minutes 3. Rincer† 4. Laisser sécher à l'air <p>OU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laver au lave-vaisselle
Petits jouets faits d'une matière autre que le plastique et gros jouets	De chaque semaine à chaque mois‡	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyer avec du savon 2. Vaporiser une solution d'eau de Javel et attendre 10 minutes 3. Rincer avec un linge humide† 4. Laisser sécher à l'air
Jouets en tissu lavable	Chaque semaine	Laver à la machine au cycle « eau chaude »

* Suggestion des auteurs reposant sur les recommandations faites pour les services de garde.

† Le rinçage n'est obligatoire que si la solution 1 : 10 est utilisée.

‡ Selon le type de jouets, l'âge des utilisateurs et le nombre d'enfants passant dans le cabinet du médecin.

Solution d'eau de Javel 1 : 50 = 100 ml d'eau de Javel dans 4,9 litres d'eau

Solution d'eau de Javel 1 : 100 = 50 ml d'eau de Javel dans 4,95 litres d'eau

est nécessaire. Notez que les patients appliqueront ces mesures plus facilement s'ils constatent qu'elles sont aussi suivies par le personnel de la clinique. Ainsi, le médecin-employeur a la responsabilité de retourner à la maison ses employés malades et contagieux ou, si un doute persiste, de les affecter à des tâches qui ne les mettent pas en contact avec les patients¹⁰.

Troisième étape : quand la peau fleurit !

Après les mains et la toux, la peau est le troisième élément que l'on peut facilement cibler comme signe et source d'infection. Encore ici, votre secrétaire n'est pas en mesure de trouver l'origine d'une éruption cutanée — bien que plusieurs d'entre elles aient développé un flair clinique certain avec les années ! Les patients présentant une éruption cutanée évocatrice de varicelle ou de rougeole devraient être isolés des autres, idéalement dans une salle fermée,

jusqu'à ce qu'un diagnostic soit posé¹⁰. Cette mesure peut sembler contraignante, mais elle réduit considérablement le risque d'exposition à ces maladies extrêmement contagieuses qui se transmettent par contact et par voie aérienne et qui peuvent entraîner de graves conséquences chez une patiente enceinte non immunisée, par exemple. Des éclosons de rougeole en relation avec une exposition au cabinet du médecin ont aussi déjà été signalées¹¹. La prudence est donc de mise lorsqu'un patient se présente avec une éruption non localisée. Lorsque le manque de locaux rend l'isolement difficile à appliquer, on peut prioriser le patient pour réduire son temps de passage dans la salle d'attente ou encore lui demander de revenir en fin de journée ou à une heure fixe où un médecin le verra sans attente.

En attendant, qu'est-ce qu'on fait ?

Le patient, masqué et ayant les mains propres, finit tout de même inévitablement par attendre pour voir son médecin. La réduction du temps d'attente permet probablement de réduire la transmission des infections, mais nous n'avons rien trouvé dans la littérature à ce sujet. Une planification réaliste de l'horaire des rendez-vous, y compris des plages d'urgence, est un atout. Certaines cliniques offrent une consultation sans rendez-vous innovatrice à leur clientèle : on donne de courts rendez-vous aux patients qui doivent téléphoner 24 h à l'avance ou moins. D'autres enregistrent les patients le matin même et les appellent peu de temps avant leur tour.

Ces solutions ne sont pas applicables dans tous les cabinets. Alors la salle d'attente prend tout son sens ! Télévision, magazines, innombrables dépliant, jeux pour les enfants, crayons, etc., tout y est pour que cette attente soit la plus ludique possible. Peu de di-

rectives ou de données probantes existent sur l'utilisation rationnelle de ce type de matériel.

La télévision, si les boutons de commande sont accessibles aux patients, sera considérée comme une zone à contacts fréquents (voir l'article intitulé « Entretien sanitaire en cabinet privé » des D^{res} Desrochers et Koundé) et son entretien devra être fait selon les recommandations indiquées dans l'article cité précédemment. Pour ce qui est des revues, l'usage par les patients de leurs propres livres sera bien entendu plus sûr. Autrement, les changer au moins une fois par mois pourrait être une recommandation raisonnable et facilement applicable : il suffit d'estampiller sur chaque revue la date de « mise en service » dans la salle d'attente et d'éliminer au fur et à mesure celles qui dépassent le délai suggéré.

Pour ce qui est des jouets, qu'ils soient dans la salle d'attente ou dans le cabinet, les recommandations sont les mêmes et sont inspirées de divers documents consultés^{10,11}, dont *La santé des enfants... en services de garde éducatifs* publié par le ministère de la Famille et de l'Enfance du Québec. Les normes relatives aux mesures d'hygiène des services de garde y sont détaillées. Bien que la salle d'attente ne soit pas une garderie, l'American Academy of Pediatrics mentionne qu'elle peut parfois y être comparée¹¹. Le risque de transmission d'une infection par un objet inerte est proportionnel à la fréquence de contacts et au degré de colonisation de la personne qui le touche. Si les contacts sont généralement plus fréquents en garderie, les enfants sont en général plus malades et plus contagieux lorsqu'ils viennent consulter leur médecin. Ces constatations sont évidemment adaptables au contexte particulier de chaque cabinet et dépendent, notamment, du nombre d'enfants vus par le médecin, du type de clientèle, etc.

Les jouets devraient présenter une surface unie et non poreuse. Les peluches sont à éviter^{7,10}. Les jouets ne convenant pas aux enfants de moins de trois ans sont aussi à proscrire pour des raisons de sécurité évidentes. Tout jouet non lavable sera écarté.

L'entretien des jouets se fait en deux étapes : le nettoyage, puis la désinfection. Le nettoyage de routine

à l'eau et au savon permet de diminuer grandement la charge microbienne d'un objet. Vient ensuite la désinfection. La solution désinfectante proposée par le Ministère est l'eau javellisée à une concentration de 1 pour 10, soit 1 partie d'eau de Javel domestique (à une concentration de 5 % à 6 %) pour 9 parties d'eau, soit 100 ml d'eau de Javel pour 900 ml d'eau. Cette solution restera efficace pendant au moins 15 jours si elle est conservée à l'abri de la lumière, mais ses effets irritatifs sont mieux tolérés à une concentration moindre. C'est la seule référence que nous avons trouvée qui recommande une solution aussi concentrée. Les mélanges plus dilués (de 1 : 50 à 1 : 100) sont aussi recommandés dans la littérature^{3,10}, mais leur activité biocide décroît plus rapidement¹². Ils sont donc très adéquats s'ils sont utilisés en moins d'une semaine¹⁰. L'eau javellisée est peu coûteuse, très efficace et pratique à utiliser dans un vaporisateur opaque bien identifié. La durée de contact de 10 minutes permet d'augmenter l'action biocide du produit. Les produits contenant des phénols ont été associés à de l'hyperbilirubinémie chez des nourrissons exposés et sont donc à utiliser avec précaution. Le *tableau II* résume la fréquence de nettoyage et de désinfection ainsi que les méthodes proposées selon les types de jouets. La fréquence de lavage recommandée va d'hebdomadaire à mensuelle selon le type de jouets, l'âge des utilisateurs et le nombre d'enfants qui fréquentent le cabinet du médecin. Les jouets utilisés par les enfants de moins de trois ans doivent être lavés plus fréquemment. Ce tableau propose des mesures à adapter au contexte particulier de chaque cabinet.

« La disposition de ma salle d'attente est-elle optimale ? »

Outre les objets et accessoires qui s'y trouvent, l'organisation physique de la salle d'attente est importante. Il est évident qu'elle ne pourra jamais devenir un milieu aseptique et que sa disposition dépend des contraintes du milieu, des coûts et des ressources disponibles. Une gestion planifiée de cet endroit commun à toute clinique permettra tout de même de réduire les risques de transmission pour vos patients.

Les jouets devraient présenter une surface unie et non poreuse. Les peluches sont à éviter.

Repère

Voici quelques mesures applicables, suggérées par la Direction de santé publique de Montréal et d'autres sources¹⁰⁻¹⁵ :

- section identifiée et réservée aux patients qui portent un masque ;
- chaises placées dos à dos, îlots à plus d'un mètre de distance ;
- absence de tapis ;
- mobilier décontaminable : tissu de recouvrement non absorbant et facile à nettoyer ;
- élimination de tout objet inutile (bibelots, dépliants, etc.).

Un minimum de matériel aidera aussi la clinique à être plus efficace en prévention :

- affiches sur l'étiquette respiratoire et la prévention des infections placées à des endroits stratégiques (entrée, accueil/triage, salle d'attente, toilettes) ;
- boîte de masques à l'accueil ;
- boîte de gants dans chaque cabinet ;
- rince-mains antiseptique (alcool) en distributeur dans les cabinets et la salle d'attente ;
- papiers-mouchoirs et poubelle dans chaque pièce ;
- masque de poche ou matériel jetable pour la réanimation cardiorespiratoire ;
- masques N-95 (haute efficacité) selon votre type de clientèle (indiqués dans les cas soupçonnés de tuberculose pulmonaire ou de SRAS) ;
- désinfectant de faible efficacité (eau javellisée décrite précédemment, voir aussi le tableau III de l'article intitulé « Les souillures au cabinet » des D^{res} Sylvie Boulianne et Josiane D'Amico) bien identifié dans les cabinets et prêt à l'emploi.

Enfin, votre personnel, sensibilisé et bien formé, contribuera à cibler les patients à risque (toux, fièvre, éruption cutanée), à leur donner les consignes sur le civisme et la bienséance respiratoire et ultimement à faire appliquer les mesures préventives.

Patients particuliers

Certains patients présentent des caractéristiques particulières. Et si M. Levavite était porteur du SARM

depuis son hospitalisation ?

En fait, plusieurs personnes dans la population générale, et probablement de façon plus fréquente dans le réseau de la santé, sont porteuses de bactéries multirésistantes. Le médecin de famille ignore l'état du patient dans la vaste majorité des cas et ne peut donc appliquer de mesures particulières. Lorsqu'il sait qu'un patient est porteur du SARM ou de l'ERV, il peut toutefois fixer le rendez-vous à la fin de la journée, porter des gants pendant l'examen et désinfecter les surfaces et les objets ayant été en contact avec le patient avec un produit de faible efficacité (comme la solution d'eau de Javel décrite précédemment), conformément aux recommandations du Comité des infections nosocomiales du Québec¹² et du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario¹⁰. Malgré ces recommandations officielles, on peut affirmer que les répercussions liées aux patients porteurs de bactéries multirésistantes dans la population ne sont pas encore bien connues, et nous n'avons pas trouvé de données probantes à ce sujet. Par ailleurs, certains auteurs¹³ et les Centers for Disease Control signalent une augmentation de l'incidence des infections par le staphylocoque doré multirésistant aux États-Unis dans des populations qui ne sont pas considérées à risque et qui n'ont souvent aucun contact avec le réseau de la santé.

Les patients sains porteurs de *Clostridium difficile* ne nécessitent aucune mesure particulière. Les patients ayant des symptômes doivent être considérés comme tous les autres patients atteints de diarrhée, à la différence que le lavage des mains avec du savon semble plus efficace que l'utilisation d'une solution à base d'alcool¹⁴. La désinfection du cabinet en relation avec le *Clostridium difficile* est traitée dans l'article intitulé « Entretien sanitaire en cabinet privé » des D^{res} Desrochers et Koundé. La présence de certaines caractéristiques chez un patient (usage d'antibiotiques, maladie chronique, vieillesse) accentue fortement le risque d'infection par *Clostridium difficile*. Les patients dans la salle d'attente qui ne pré-

Votre personnel, sensibilisé et bien formé, contribuera à cibler les patients à risque, à leur donner des consignes sur le civisme et la bienséance respiratoire et ultimement à faire appliquer les mesures préventives.

Repère

sentent pas ces facteurs de risque n'ont, en réalité, que très peu de possibilités de contracter *Clostridium difficile* de leur voisin^{12,14}.

VOUS AVEZ EXAMINÉ M. Levavite. La possibilité d'une diarrhée associée à *Clostridium difficile* a été soulevée. Vous lui donnez votre *Reader's Digest* en cadeau. Mais vous ne lui demandez pas quels autres magazines il a lu, ni sur quelle chaise il était assis dans la salle d'attente. Malgré un entretien exemplaire de votre salle d'attente, malgré vos affiches « toux et fièvre » et vos distributeurs de solution alcoolisée placés bien en vue, vous ne pouvez éliminer complètement les risques de transmission d'infections non encore diagnostiquées. Ne dit-on pas que la vie est un sport dangereux ? La réduction du risque est toutefois un grand pas en avant dont la responsabilité revient conjointement aux divers acteurs du cabinet médical : patient, médecin, personnel et instances de la santé publique. Et ce risque, bien que présent, est probablement beaucoup plus faible dans l'environnement d'un cabinet de médecin qu'en milieu hospitalier. ☞

Date de réception : 28 février 2006

Date d'acceptation : 17 mai 2006

Mots-clés : infections nosocomiales, prévention, salle d'attente, cabinet, clinique médicale

Les Drs^{es} Geneviève Jacob et Julie Moreau n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. *Recueil des lois et règlements*. Section II, art. 2.03-e. Collège des médecins du Québec 1995.
2. LeGuerrier P. Antisepsie des mains : est-il temps de passer à l'alcool ? *Le Médecin du Québec* 2003 ; 37 (3) : 79-85.
3. CDC. Recommendations of the health care infection control practice advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *MMWR* 2002 ; 51: RR-16.
4. Kampf G, Grother D, Steinmann J. Efficacy of 3 ethanol-based hand rubs against feline calicivirus, a surrogate virus for norovirus. *J of Hosp Inf* 2005 ; 60 : 144-9.
5. McDonnell G, Russell D. Antiseptics and disinfectants: activity, action and resistance. *Clin Microbiol Rev* 1999 ; 12 (1) : 147-79.
6. APIC guidelines for selection and use of disinfectants. *Am J Inf Control*. Aug 1996 ; (24) 4: 313-42.
7. Santé Canada. Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé. Décembre 1998 ; vol. 24S8. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8f.pdf (Page consultée le 14 mai 2006)

Summary

Infection prevention in the waiting room. The family physician's office has rarely been studied as a potential source of nosocomial infections. Many factors in the waiting room can be modified to prevent infection transmission, from the patient's arrival until he is seen by the doctor. First, handwashing, preferably with an alcohol-based solution, should be offered to everyone. Then, year-round use of the respiratory etiquette for patients with cough and fever is recommended: it includes wearing a procedure mask and sitting in a designated area in the waiting room, at least one meter away from other patients. The isolation of certain patients is warranted, such as suspected cases of chickenpox and measles, due to their very high contagious stage. The waiting room itself should be provided with furniture that can be easily cleaned or disinfected. Pamphlets and magazines should be regularly changed. Toys used in the waiting room and the office should be cleaned with a 1:50 to 1:100 Javel solution. Plushes should be avoided. Frequency of cleaning varies from weekly to monthly, depending on the age of the children, the office load and the specific risk factors of the clientele. No recommendation is made for MRSA-carrier patients because of the paucity of the literature on the subject; if by chance their status is known, they can be scheduled at the end of the appointment hours and gloves must be worn by the practitioner.

Keywords: nosocomial infections, prevention, waiting room, physician's office

8. DSP Montréal-Centre. Étiquette respiratoire. Site Internet : www.sante.pub-mtl.qc.ca/Mi/index.html#pro (Page consultée le 14 mai 2006)
9. Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ). Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins. Janvier 2004. Site Internet : [www.inspq.qc.ca/documents/InfectionsNosocomiales/StrategieGlobalePrevention2004\(CINQ\).pdf](http://www.inspq.qc.ca/documents/InfectionsNosocomiales/StrategieGlobalePrevention2004(CINQ).pdf) (Page consultée le 14 mai 2006)
10. Infection Control in the Physician's Office. The College of Physicians and Surgeons of Ontario, édition 2004. Site Internet : www.cpso.on.ca/Publications/infectioncontrolv2.pdf (Page consultée le 14 mai 2006)
11. Committee on infectious diseases and Committee on practice and ambulatory medicine. American Academy of Pediatrics: Infection control in physicians' offices. *Pediatrics* 2000 ; 105 (6) : 1361-9.
12. CINQ. Mesures de contrôle et de prévention des infections à SARM au Québec. 2000. Site Internet : [www.inspq.qc.ca/documents/InfectionsNosocomiales/ContrôleSARMQuebec\(CINQ\).pdf](http://www.inspq.qc.ca/documents/InfectionsNosocomiales/ContrôleSARMQuebec(CINQ).pdf) (Page consultée le 14 mai 2006)
13. Zetola, N, Francis JS, Nuernberger EL, Bishai WR. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: an emerging threat. *Lancet Inf Dis* 2005 ; 5 (5) : 275-86.
14. CDC. *General Information about Clostridium difficile Infections*. Aug 2004. Mise à jour 2005/7/22. Site Internet : www.cdc.gov/ncidod/dhqp/id_CdiffFAQ_general.html (Page consultée le 14 mai 2006)
15. Sehulster LM, Chinn TYW et coll. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and HICPAC. Chicago IL ; *Am Soc for HC Eng/Am Hosp Ass* ; 2004. Site Internet : www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5210a1.htm (Page consultée le 14 mai 2006)