



Transmission des infections

Suis-je à risque ? Suis-je un risque pour autrui ?

Josiane D'Amico et Sylvie Boulianne

Au retour d'une visite à domicile chez M. K., vous vous souvenez que vous portiez une blouse et des gants comme mesure de protection lorsque vous l'avez vu pendant son hospitalisation récente. Or, aujourd'hui, vous vous êtes présenté chez lui sans précaution particulière, si ce n'est que de vous laver les mains avant votre départ. Avez-vous été colonisé par des germes, c'est-à-dire êtes-vous devenu un porteur sain d'une bactérie potentiellement pathogène et transmissible ?

Trente minutes plus tard, à votre cabinet, vous voyez M. B. qui vient d'être hospitalisé pour une pneumonie. Vous ignorez s'il est porteur du staphylocoque doré résistant à la méthicilline (SARM) ou de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Risquez-vous à nouveau d'être colonisé ? Et, à l'inverse, si vous venez de l'être, y a-t-il un risque que vous transmettiez le germe à Juliette, deux mois, qui vous consulte pour son suivi périodique ? Et pour vous, quels sont les risques ?

En réfléchissant aux situations décrites dans la vignette clinique, trois questions nous paraissent fondamentales. En premier lieu, votre immunisation est-elle adéquate ? Dans un second temps, en présence d'un patient, quel qu'il soit, y a-t-il des précautions particulières pour vous protéger et pour protéger autrui ? Enfin, en consultation avec un patient porteur d'une bactérie multirésistante, votre approche doit-elle être différente ?

Votre immunisation est-elle adéquate ?

Dès votre entrée à l'université, les instances ont exigé une mise à jour de votre immunisation, qui s'est faite selon le calendrier en vigueur à l'époque. Les lignes directrices actuelles concernant la vaccination chez les personnes de 18 ans et plus sont résumées dans le *tableau I* qui contient aussi des considérations spéciales

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

pour les travailleurs de la santé et les indications des différents vaccins¹. Vous y trouverez quelques nouveautés. Tout d'abord, le vaccin acellulaire contre la coqueluche est maintenant offert et fait partie du calendrier vaccinal⁴. Il est recommandé à toute personne de plus de sept ans ainsi qu'aux travailleurs de la santé qui sont d'autant plus ciblés qu'ils ont une pratique pédiatrique. On l'administre en association avec les vaccins contre la diphtérie et le tétanos (dCaT-Adacel®). De plus, le vaccin contre la varicelle (Varivax®) s'ajoute au calendrier vaccinal québécois³. Il est recommandé à tout adulte sans antécédents cliniques de varicelle et dont la sérologie se sera révélée négative.

Par ailleurs, vous constaterez que les critères confirmant ou infirmant l'immunité varient selon les maladies. Ainsi, des antécédents de diphtérie ne confèrent pas l'immunité contre cette maladie. En l'absence d'une preuve de vaccination, il est recommandé de faire une mise à jour. Des antécédents cliniques positifs sont suffisants pour confirmer l'immunité contre la varicelle alors qu'ils ne sont d'aucune valeur

Dès votre entrée à l'université, les instances ont exigé une mise à jour de votre immunisation, qui s'est faite selon le calendrier en vigueur à l'époque.

Repère

Tableau 1**Vaccination chez l'adulte avec considérations spéciales pour les travailleurs de la santé¹⁻³**

Vaccin	Commentaires
dCaT (diphthérie, coqueluche acellulaire, tétanos)	<ul style="list-style-type: none"> ☉ 1 dose ☉ À donner dans le cadre d'une primovaccination, suivi de deux doses de d₂T₅ ☉ À donner en remplacement d'une dose de rappel de d₂T₅ (une seule fois à vie, <i>c.f.</i> d₂T₅) ☉ Certaines instances recommandent la reprise de la primovaccination chez les travailleurs de la santé même s'ils ont une preuve de vaccination ☉ Des antécédents de diphthérie ou de tétanos ne confèrent pas l'immunité contre la maladie
d ₂ T ₅	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Dans le cadre d'une primovaccination : 2 doses (à 2 et à 14 mois d'intervalle) après une dose de dCaT ☉ Rappel tous les 10 ans (l'un de ces rappels doit être un dCaT) ☉ Considérations spéciales en cas de blessure
RRO	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Les personnes nées avant 1970 sont considérées comme immunisées (maladie naturelle) ☉ Chez les personnes nées en 1970 et après : Pour les travailleurs de la santé, l'immunité nécessite une dose de vaccin pour les composantes rubéole et oreillons, mais deux doses pour la composante rougeole. Donc, deuxième dose à donner aux personnes ayant reçu une seule dose
Poliomyélite inactivée	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Conseillé aux travailleurs de la santé sans preuve de vaccination (Salk ou Sabin) et pouvant être en contact avec des patients excréant le virus ☉ Trois doses : 0, 2 et 14 mois ☉ Pas de dose de rappel nécessaire ☉ Des antécédents de poliomyélite ne confèrent pas l'immunité contre la maladie
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Trois doses : 0, 1 et 6 mois ☉ Vaccin essentiel chez les travailleurs de la santé ☉ Même si vous avez déjà été vacciné, vérifiez votre état immunitaire par sérologie. Certaines personnes ne répondent pas aux vaccins. Pour ces personnes, en cas de contact à risque, pensez aux immunoglobulines.
Grippe	<ul style="list-style-type: none"> ☉ À chaque année, pour tous les travailleurs de la santé
Varicelle	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Pour tout adulte sans antécédents déclarés de varicelle ou de zona et pour qui une sérologie se sera révélée négative pour le virus varicelle-zona. Une grande proportion des personnes qui ont un doute sont en fait immunisées.
Pneumocoque polysaccharidique	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Tout adulte de plus de 65 ans ☉ Personne de 2 à 64 ans dont l'état augmente le risque d'infection invasive à pneumocoques (asplénie anatomique ou fonctionnelle), implant cochléaire, affection associée à une immunodépression, maladie chronique

dans le cas de la rubéole, car les symptômes de cette maladie ne sont pas spécifiques. Seules une preuve de vaccination ou une sérologie sont acceptables pour cette dernière maladie³. Toutes les personnes nées au Québec avant 1970 sont considérées comme immunisées contre les oreillons et la rougeole. Par contre, les travailleurs de la santé nés après 1970 doivent avoir reçu deux doses du vaccin contre la rougeole pour être considérés comme protégés^{2,3}.

En présence d'un patient, devez-vous prendre des précautions particulières pour vous protéger et pour protéger autrui ?

Après quelques ajustements, votre état vaccinal est bien à jour. Fort de cette certitude, vous commencez vos consultations. Vous suivez sans doute les précautions de base publiées par Santé Canada en 1999⁵ et qui depuis ont été détaillées dans de multiples publi-

Tableau II**Pratiques préventives de base pour les établissements de soins ainsi que pour les soins ambulatoires et à domicile**

Pratiques de base	Mesures recommandées
Lavage des mains	<ul style="list-style-type: none"> Se laver les mains avant de prodiguer des soins à un patient.
Port de gants	<ul style="list-style-type: none"> Porter des gants pour tout contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments, des muqueuses, des plaies ou des lésions ainsi que pour manipuler des articles souillés par des produits biologiques. Se laver les mains immédiatement après avoir retiré ses gants.
Port d'un masque, de lunettes protectrices et d'un écran facial	<ul style="list-style-type: none"> Porter un masque, des lunettes protectrices ou un écran facial pour protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche pendant toute activité qui risque d'entraîner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments.
Port d'une blouse	<ul style="list-style-type: none"> Porter une blouse pour protéger la peau et empêcher que les vêtements ne soient souillés pendant toute activité qui risque d'entraîner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments.
Isolement des patients	<ul style="list-style-type: none"> Installer dans une chambre privée les patients qui ne peuvent maintenir une bonne hygiène (Ex. : les patients mobiles souffrant d'incontinence fécale lorsque les couches ne permettent pas de contenir les selles ainsi que les patients ayant des plaies purulentes et dont les pansements ne restent pas en place).
Attention accrue au matériel et à l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> Nettoyer et décontaminer le matériel réutilisable qui a été en contact direct avec un patient contaminé avant de s'en servir pour soigner un autre patient. Placer une barrière (drap ou feuille de papier) sur la table où l'on pratique un examen ou une intervention et la changer après chaque patient. Autrement, nettoyer la table après chaque patient.

Source : Pilon PA. De l'individu à la collectivité – Prévenir et contrôler la transmission d'une bactérie résistante en milieu de soins. *Le Médecin du Québec* 2002 ; 37 (3) : 61-70.

cations, y compris *Le Médecin du Québec*^{5,6}. Ces mesures ont été adoptées afin de limiter la transmission des infections. Elles sont applicables à tout agent pathogène infectieux, qu'il s'agisse de bactéries multirésistantes, d'un virus respiratoire ou gastro-intestinal, de la gale, d'ITSS, etc. Elles s'adressent à tous les milieux de soins, qu'il s'agisse d'établissements hospitaliers ou de services de soins à domicile et ambulatoires (cabinet, clinique médicale). Le *tableau I*⁶ en fait une récapitulation.

Chose certaine, toutefois, la transmission des in-

fections, quelles qu'elles soient, se fait principalement par les mains non lavées ou mal lavées du personnel soignant. Cette connaissance remonte à l'étude classique de Semmelweis de 1847 sur les infections puerpérales. Cette transmission peut également se faire, de façon moindre, par l'intermédiaire d'objets contaminés (barreaux de lit, toilettes, sonnettes d'appel, stéthoscopes, brassards, mobilier, etc.).

La meilleure façon de se protéger et de protéger autrui consiste donc à toujours se laver les mains, selon une technique adéquate, avant tout contact avec

La meilleure façon de se protéger et de protéger autrui consiste à toujours se laver les mains, selon une technique adéquate, avant tout contact avec un nouveau patient (par le fait même, après chaque patient), lorsque les mains sont souillées, après une intervention au cours de laquelle les mains risquent d'être colonisées, après le retrait des gants, après avoir satisfait des besoins personnels comme se moucher ou aller aux toilettes et chaque fois qu'on y pense.

Repère

Tableau III

Technique de lavage des mains avec de l'eau et du savon ou un agent antiseptique

Technique	Justification
1. Retirer les bijoux avant de se laver les mains.	
2. Rincer les mains à l'eau courante tiède.	• Le rinçage permet de déloger et d'éliminer les micro-organismes.
3. Faire mousser le savon et laver en frictionnant toutes les surfaces des mains et des doigts.	• La durée minimale de cette étape est de 10 secondes. Elle peut être prolongée si les mains présentent des souillures macroscopiques. • Si l'on emploie des agents antiseptiques, il faut prévoir une dose de 5 ml. • Les pouces, le dos des doigts et des mains et la région sous-unguéale sont fréquemment oubliés.
4. Rincer les mains à l'eau courante tiède.	• Le rinçage permet d'éliminer les micro-organismes et tout résidu de savon ou d'agent antiseptique.
5. Sécher les mains complètement avec un essuie-mains à usage unique ou un séchoir à air.	• Le séchage permet de réduire encore davantage le nombre de micro-organismes. • Il faut éviter d'utiliser des essuie-mains réutilisables à cause des risques de contamination microbienne.
6. Fermer le robinet en évitant de recontaminer ses mains.	
7. Ne pas porter de vernis à ongles ni d'ongles artificiels.	• Les ongles artificiels et le vernis à ongles peuvent augmenter le nombre de bactéries présentes sur les mains.

Santé Canada. Agence de santé publique du Canada. Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 1998 ; 24S8 : 1-57. Reproduction autorisée par le Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2006.

un nouveau patient (par le fait même, après chaque patient), lorsque les mains sont souillées, après une intervention au cours de laquelle les mains risquent d'être colonisées, après le retrait des gants, après avoir satisfait des besoins personnels comme se moucher ou aller aux toilettes et chaque fois qu'on y pense^{7,8,9}. Le *tableau III* explique la technique pertinente⁸. Notez la durée du lavage qui est d'au moins 10 secondes, ainsi que l'usage d'un essuie-mains pour la fermeture des robinets afin d'éviter la recontamination. Par ailleurs, un savon doux en distributeur est préférable à un savon en pain qui peut être contaminé plus facilement. Le distributeur devrait aussi être nettoyé régulièrement⁷. Dans un monde idéal, soucieux des ressources naturelles, les lavabos actionnés par un système de pédales devraient être privilégiés afin d'éviter le gaspillage de l'eau.

Les rince-mains antiseptiques, les plus populaires étant à base d'alcool, sont également efficaces pour

réduire la flore cutanée des mains. Ils gagnent en popularité, car ils ne nécessitent pas d'eau et entraînent une diminution des déplacements au lavabo^{4,7-9}. Toutefois, il faut savoir qu'ils ne peuvent être utilisés que sur des mains sèches et sans souillures, sans quoi l'activité antiseptique du produit deviendra à la fois sous-optimale et imprévisible^{7,8}. Par ailleurs, ils n'agissent pas sur les spores de bactéries comme *Clostridium difficile*¹⁰. Dans ce cas, un lavage traditionnel s'avère plus efficace, non parce qu'il détruit les spores, mais parce que le savon ordinaire a une action détergente qui consiste à disperser la matière organique et à réduire le nombre de germes de la flore bactérienne transitoire ayant colonisé les mains, y compris les spores¹¹. En tout temps, la solution alcoolisée demeure malgré tout un compromis acceptable en l'absence d'accès au lavage traditionnel.

L'hydratation des mains avec des émollients, en plus de réduire la sécheresse subséquente à des lavages

répétés, favorise le maintien de la barrière naturelle et une plus grande observance. Selon certaines études, le port de bijoux et de faux ongles ainsi que l'utilisation de vernis à ongles contribueraient à la croissance de la flore microbienne. Par ailleurs, les personnes portant des bijoux devraient les retirer avant de se laver les mains^{7,8}.

En plus du lavage des mains, les précautions de base prévoient l'ajout d'équipement de protection lorsqu'il y a possibilité de contact avec des liquides biologiques (sang, éclaboussures de tous genres, etc.). Selon le cas, il s'agit de gants (qui ne remplacent aucunement le lavage des mains !), de lunettes protectrices, de masque ou de blouse. Par ailleurs, bien qu'il existe peu de documentation sur l'entretien du stéthoscope, du marteau et de la blouse, la logique en dicte un nettoyage régulier^{4,5}. À cette fin, les lingettes désinfectantes de type Virox® ou des tampons d'alcool peuvent être efficaces¹¹.

À ces précautions de base s'ajoutent aussi les précautions additionnelles actuellement appliquées essentiellement en milieu hospitalier. Elles définissent les mesures à prendre en fonction des symptômes et de l'examen clinique du patient ainsi que du mode de transmission soupçonné de l'agent en cause (c'est-à-dire par gouttelettes, par contact, etc.). Elles ont été détaillées dans de multiples publications, dont *Le Médecin du Québec* de juin 2004^{4,5}.

Au cours d'une consultation avec un patient porteur d'une bactérie multirésistante, devez-vous modifier votre approche ?

Peu présentes jusqu'à il y a quelques années, les bactéries multirésistantes aux antibiotiques ont évolué et sont devenues des germes redoutés. Au Québec, les bactéries multirésistantes les plus fréquentes sont le SARM et l'ERV. Bien que *Clostridium difficile* ne soit pas considéré comme une bactérie multirésistante, il figure également parmi les préoccupations importantes en prévention des infections au même titre que les autres bactéries mentionnées⁶. Le phénomène des bactéries multirésistantes, à l'origine nosocomial et intéressant surtout la région métropolitaine, touche désormais toutes les régions du Québec. Et comme les patients hospitalisés sont appelés à retourner dans leur milieu de vie ou dans d'autres milieux de soins, le phénomène touche égale-

ment la population générale¹². Il est intensifié par le fait que l'on a clairement découvert des souches de bactéries dont la présentation initiale a eu lieu à l'extérieur de l'hôpital (donc non liée au milieu hospitalier), notamment du SARM. Il s'agit d'un problème de taille aux États-Unis et qu'on commence également à voir chez nous¹³⁻¹⁴.

L'ERV est en soit peu pathogène. Cependant, on le craint pour sa résistance élevée à plusieurs antibiotiques, son grand potentiel de dissémination et le risque d'infections difficiles à traiter qu'il peut entraîner chez les patients hospitalisés et qui peuvent provoquer la mort d'hôtes immunodéprimés. La possibilité, bien que théorique, d'un transfert de la résistance à la vancomycine de l'ERV à des agents plus pathogènes comme le *Staphylococcus aureus* s'ajoute également à nos préoccupations^{2,6}.

Le SARM, pour sa part, est potentiellement plus pathogène. Bien qu'une grande partie des patients soient des porteurs sains, de 30 % à 60 % des malades hospitalisés colonisés par cet agent présenteront une infection des voies urinaires ou des voies aériennes inférieures, des plaies ou des bactériémies. Ces pourcentages varient de 5 % à 15 % en établissement de soins de longue durée⁷. Que deviennent ces chiffres dans la collectivité? Aucune donnée factuelle n'est actuellement disponible à ce sujet⁴.

Par ailleurs, on traite habituellement une infection grave attribuable à ce germe par la vancomycine. Or, une utilisation abusive de cet antibiotique peut entraîner un risque accru d'émergence de *Staphylococcus aureus* à sensibilité réduite à la vancomycine (SARIV) ou résistant à la vancomycine (SARV), ce qui a l'effet pervers d'accentuer la problématique^{7,12}.

Le risque de transmission d'une bactérie multirésistante à un membre de la famille en bonne santé est très faible. Aussi, une personne en bonne santé risque moins d'être colonisée de façon prolongée. Il en va de même pour le personnel soignant qui, s'il est colonisé, le sera plus souvent de façon transitoire (moins de 24 heures). En contrepartie, le patient peut être colonisé durant des mois par le SARM, et seules trois cultures négatives prises dans les narines à une semaine d'intervalle peuvent confirmer qu'il ne l'est plus. Plus grand sera le nombre d'hospitalisations, plus grand sera le risque de colonisation⁴⁻⁶.

On ne sait pas toujours si un patient est porteur de

Tableau IV

Précautions additionnelles pour les soins ambulatoires et les soins à domicile des patients porteurs d'une bactérie multirésistante (ERV, SARM)

Précautions additionnelles	Mesures recommandées
Lavage et antiseptie des mains	● Procéder au lavage traditionnel ou avec un rince-mains antiseptique après tout contact avec un patient porteur d'une bactérie multirésistante ou avec des articles contaminés.
Port de gants	● Enfiler des gants pour donner des soins à un patient porteur d'une bactérie multirésistante. ● Se laver les mains après avoir retiré les gants.
Port d'une blouse	● Porter une blouse lorsque les vêtements ou les avant-bras sont en contact direct avec le patient porteur d'une bactérie multirésistante.
Attention accrue au matériel et à l'environnement	● Nettoyer et désinfecter le matériel et les surfaces qui sont en contact direct avec le patient ou avec des substances infectieuses comme des sécrétions respiratoires, des selles ou des exsudats, avant que la pièce ne soit utilisée par un autre patient (dans le cadre des soins ambulatoires). ● Nettoyer et désinfecter le matériel nécessaire aux soins avant de se rendre chez un patient (soins à domicile).
Durée des précautions	● Toujours appliquer les précautions additionnelles, sauf si des cultures appropriées* ont confirmé que le patient n'est plus porteur (la durée de l'application des précautions pour un patient porteur d'une bactérie multirésistante demeure inconnue, puisque la colonisation bactérienne peut persister indéfiniment ou être détectée de manière intermittente).

* Généralement, un patient connu pour être porteur d'une bactérie multirésistante pourrait ne plus être soumis aux précautions recommandées si des résultats négatifs étaient obtenus à la suite d'au moins trois cultures consécutives faites à au moins une semaine d'intervalle à partir de plusieurs localisations.

Adapté de : Pilon PA. De l'individu à la collectivité – Prévenir et contrôler la transmission d'une bactérie résistante en milieu de soins. *Le Médecin du Québec* 2002 ; 37 (3) : 61-70.

ces bactéries, certains hôpitaux procédant à un dépistage systématique et d'autres non. Par ailleurs, bien que fortement encouragée, la communication de cet état aux autres milieux de soins ne se fait pas toujours de façon harmonieuse. Des outils de communication sont présentement en cours d'élaboration¹². Actuellement, aucune directive ne recommande au médecin de famille de procéder au dépistage chez des patients dont l'état est inconnu. Et bien qu'il n'existe pas de ligne de conduite clairement établie, il est éthiquement inacceptable de refuser des soins à ces pa-

tients. Par conséquent, l'approche médicale devrait être universelle et devrait respecter les précautions de base. En outre, le lavage des mains, tel qu'il est décrit plus haut, devrait en être la pierre angulaire⁴.

Lorsque le patient est un porteur connu d'une bactérie multirésistante, la littérature tend à appuyer l'adoption de précautions additionnelles^{4,6} (tableau IV), idéalement même dans la collectivité. Ces mesures commencent à voir le jour en CLSC, notamment dans le contexte du maintien à domicile, de façon plus ou moins uniforme. Quant à l'adoption de ces précau-

Bien qu'il n'existe pas de ligne de conduite clairement établie, il est éthiquement inacceptable de refuser des soins à des patients porteurs de bactéries résistantes. Par conséquent, l'approche médicale devrait être universelle et devrait respecter les précautions de base. En outre, le lavage des mains devrait en être la pierre angulaire.

Repère

tions en pratique courante en cabinet, c'est loin d'être chose faite. Jusqu'à ce jour, bien que la littérature nous parle de ces mesures, aucune donnée probante n'a réussi pour l'instant à prouver que ces précautions sont essentielles en consultation. D'autant plus que leur application s'avère difficile⁴.

Revenons aux cas cliniques

Devez-vous modifier votre approche en consultation avec un patient porteur d'une bactérie multirésistante? La réponse est non. Avec le maintien des précautions de base appliquées de façon adéquate, on réduira au minimum et de façon efficace la transmission de ces germes en consultation médicale ordinaire. Cette approche doit être nuancée, toutefois, selon votre pratique personnelle. Les normes peuvent changer, par exemple, pour la pratique de la petite chirurgie ou de techniques plus effractives en cabinet (Ex. : interruption de grossesse, colposcopie).

Votre réflexion évolue-t-elle?

Revenons aux cas cliniques du début. Dans le premier, vous aviez vu M. K. durant toute son hospitalisation en vous protégeant d'une blouse et de gants, car il était colonisé par le SARM. Il avait, de plus, une colite à *Clostridium difficile* faisant suite à une antibiothérapie. Même s'il est de retour à la maison, vous devez assumer qu'il est toujours colonisé par le SARM. Aussi, chose qu'on ne vous a pas dite au début, le patient présente une incontinence fécale dans le contexte d'une démence. Ainsi, bien que la colite à *Clostridium difficile* ne soit plus active, il est possible que la bactérie soit toujours présente dans le tractus digestif, qu'elle sporule et qu'elle devienne potentiellement transmissible du fait de l'incontinence de votre patient. Ainsi, vous auriez pu songer à porter une blouse et des gants lors de cette consultation, bien que la littérature ne soit pas assez étoffée pour vous y obliger. Le lavage des mains est ici primordial. Les avez-vous bien lavées? Avec de l'eau et du savon? Étant donné la présence possible de spores de *Clostridium difficile*, ce choix est sans doute plus judicieux que l'utilisation d'une solution alcoolisée, pourvu qu'un savon en distributeur soit disponible plutôt qu'un savon en pain. Mais ne vous inquiétez pas, la solution alcoolisée reste une mesure valable en l'absence d'accès au lavage traditionnel.

Dans le deuxième cas, la récente hospitalisation de M. B. accroît ses risques d'être colonisé par une bactérie multirésistante. Malheureusement, l'hôpital où il a séjourné n'a pas procédé au dépistage de ce type de bactéries ou ne vous en a pas communiqué le résultat. En premier lieu, vous n'avez aucune ligne directrice qui appuie ou recommande le dépistage pour ce patient. L'emploi des précautions de base au cours de votre consultation, notamment le lavage des mains, est le meilleur moyen de limiter le potentiel de transmission et de colonisation d'un agent infectieux. Aussi, si M. B. présente toujours une toux importante avec expectorations, peut-être choisirez-vous de porter un masque, voire une blouse, afin de vous protéger des éclaboussures... et de limiter les risques de transmission à la petite Juliette qui, par chance, est en bonne santé et présente donc peu de risques d'être colonisée, surtout si vous avez judicieusement respecté les précautions de base! 🍷

Date de réception : 22 février 2006

Date d'acceptation : 4 avril 2006

Mots-clés : transmission, infection, précautions de base, bactéries multirésistantes, vaccination

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

Bibliographie

1. CDC. Guidelines for infection control in health care personnel, 1998. Article spécial. *AJIC* juin 1998; 26 (3) : 289 pages.
2. Division des infections nosocomiales et professionnelles. La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé. *Relevé des maladies transmissibles du Canada*. Santé Canada. mars 2002; vol. 28 S 1. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/02vol28/28s1/index_f.html. (Page consultée le 11 novembre 2005)
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, division de la santé publique. *Protocole d'immunisation du Québec*. novembre 2004, avec mises à jour de septembre 2005.
4. Santé Canada. Guide de prévention des infections. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé. *Supplément du Relevé des maladies transmissibles au Canada*, juillet 1999, vol 25S4 : 157 pages. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99vol25/25s4/index_f.html (Page consultée le 11 novembre 2005)
5. Roy MC, Fleury M. Isoler ou pas? Telle est la question! *Le Médecin du Québec* 2004; 39 (6) : 31-7.
6. Pilon PA. De l'individu à la collectivité. Prévenir et contrôler la

Summary

The spread of infections: Am I a threat to myself? To others?

As physicians in ambulatory medical practice settings, we should consider three questions regarding the transmission of infections. Is our vaccination adequate? Are there any specific safety measures designed to protect us from any patient suffering from any medical condition? Finally, do we need to change our medical approach when interacting with patients infected with multi-resistant bacteria?

In this article, we included the latest vaccination recommendations for health care workers. We also discussed the use of universal safety measures for best protection which are thorough and adequate hand washing. Even though the current literature tends to promote additional protection when in contact with a multi-resistant bacteria carrier, the medical approach in ambulatory care settings should still be guided by universal precautions, the core of it being hand washing.

Keywords: transmission, infection, basic precautions, multiresistant bacteria, vaccination

- transmission d'une bactérie résistante en milieu de soins. *Le Médecin du Québec* 2002 ; 37 (3) ; 61-70.
7. Santé Canada. Laboratoire de lutte contre la maladie. Guide de prévention des infections. Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 24S8, décembre 1998. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8f.pdf (Page consultée le 11 novembre 2005)
 8. Le Guerrier P. L'antisepsie des mains : est-il temps de passer à l'alcool? *Le Médecin du Québec* 2002 ; 37 (3) : 79-85.
 9. CDC hand hygiene task force. Guideline for hand hygiene in health care settings. *MMWR Recommendations and Reports*, 25 octobre 2002 ; 51, RR-16 : 48 pages.
 10. Direction de la santé publique de Montréal. Lignes directrices intérimaires pour la prévention et le contrôle de la transmission du *Clostridium difficile* dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. 6 octobre 2005 ; 5 pages. Site Internet : www.santepub-mtl.qc.ca/mi/cdifficile/lignedirectrice.html (Page consultée le 11 novembre 2005)
 11. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. *Antiseptiques et désinfectants*, mai 2000 ; 85 pages.
 12. Paré R. La personne âgée, d'un milieu de soins à l'autre. Dépistage de l'ERV, du SARM, du SARIV... que fait-on après? Montréal : FMOQ ; Octobre 2002.
 13. Zetola N, Francis JS, Nuermberger EL, Bishai WR. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: an emerging threat. *Lancet Infect Dis* 2005 ; 5 (5) : 275-86.
 14. Agence de santé publique du Canada. Surveillance de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les hôpitaux canadiens – Bilan du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 1^{er} février 2005, vol. 31-03 : 8 pages. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/rm3103fa.html (Page consultée le 11 novembre 2005)