

Les huiles essentielles dans les milieux de soins

Contexte

L'utilisation d'huiles essentielles dans divers milieux de soins est à la hausse, en partie en raison de la tendance à adopter des produits « naturels » et de la promotion plus vigoureuse de ces produits comme substituts de la médecine conventionnelle et des vaccins et comme produits de nettoyage. Ces huiles sont appliquées sur la peau, ingérées et diffusées, souvent sans preuves scientifiques suffisantes pour appuyer leur utilisation et sans considération de leurs effets potentiellement toxiques¹. Bien que l'individu puisse ressentir que l'utilisation d'huiles essentielles apporte des bienfaits, comme la réduction du stress², il n'y a pas à présent de données probantes ou de consensus scientifique sur l'efficacité de ces produits pour prévenir ou traiter des maladies contagieuses, comme la grippe, ou pour servir comme produits de nettoyage ou comme pesticide/insectifuge. La promotion de ces produits ne devrait donc pas faire valoir ces utilisations³⁻⁶.

Des études ont démontré que certaines huiles essentielles ont des propriétés antiseptiques ou antivirales (p. ex., huile d'arbre à thé, extrait de baies de sureau¹⁰, phénols naturels¹¹), et bien que certaines recherches prometteuses indiquent que des huiles essentielles peuvent aider à prévenir et à traiter des maladies^{8, 11}, à inhiber la croissance de micro-organismes⁷ ou à éliminer les biofilms s'ils sont utilisés conjointement avec les antimicrobiens traditionnels¹², la plupart de ces études ont été menées *in vitro*^{7, 11, 13}. Les concentrations standardisées des huiles essentielles n'ont pas été établies et à présent, les preuves sont insuffisantes pour recommander leur utilisation dans les milieux de soins, comme les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les cliniques (y compris de physiothérapie et de massage), les milieux résidentiels, comme les maisons de retraite et les foyers de groupe, et les milieux communautaires, comme les écoles et les garderies. Certains produits naturels peuvent être nocifs aux personnes qui les utilisent comme appoint à la médecine traditionnelle¹⁴. De plus, les fragrances et les ingrédients des huiles essentielles et des produits qui en contiennent peuvent provoquer des réactions allergiques¹⁵⁻¹⁷, la sensibilisation ou des effets phototoxiques¹⁸ et aussi contrevenir aux politiques des milieux « sans parfum ». Santé Canada diffuse des informations sur l'utilisation des huiles essentielles qui indiquent clairement qu'il faut éviter de les ingérer, de les appliquer à plus de 10 % de la surface de la peau et de les utiliser sur la peau sans les diluer¹⁸.

La croissance de micro-organismes a été constatée dans des huiles essentielles et les appareils utilisés pour les diffuser. De plus, de mauvaises pratiques d'entreposage et/ou de partage d'équipement entre utilisateurs ont été associées à des éclosions¹⁹.

Énoncé de position

- Les huiles essentielles ne doivent pas remplacer les traitements conventionnels ou les vaccins. PCI Canada recommande de suivre les lignes directrices nationales en matière d'immunisation, dont le vaccin antigrippal annuel.

- Les huiles essentielles ne suffisent pas pour le nettoyage et la désinfection de surfaces ou d'articles réutilisables dans un milieu de soins. Au minimum, les surfaces environnementales, les objets inanimés et les appareils médicaux non invasifs devraient être nettoyés et désinfectés à fond avec un désinfectant de faible niveau portant un numéro d'identification de médicament (DIN) de Santé Canada indiquant qu'il est approuvé pour usage dans les milieux de soins canadiens²⁰, ainsi que son efficacité et la durée de contact nécessaire pour l'utilisation envisagée conformément aux instructions du fabricant.
- Les diffuseurs et les vaporisateurs ne devraient pas être utilisés dans les milieux de soins de santé. Si un particulier utilise un diffuseur ou un vaporisateur, il faudrait alors le vider complètement, le nettoyer à fond et le désinfecter au moins une fois par jour, et plus souvent si nécessaire, pour prévenir la contamination, la production de biofilms et l'inhalation de pathogènes qui pourrait en résulter²¹.

Glossaire/Définitions

Conformément aux normes CSA :

« DOIT » indique une exigence, c'est-à-dire, une prescription que l'utilisateur doit respecter pour assurer la conformité à la norme;

« DEVRAIT » indique une recommandation ou ce qui est conseillé mais non obligatoire; et

« PEUT » indique une possibilité ou ce qu'il est permis de faire dans les limites de la norme ou de l'avis.

Milieu de soins (CSA) – Tout endroit où l'on dispense des soins de santé, notamment les soins d'urgence, les soins préhospitaliers, les soins hospitaliers, les SLD, les soins à domicile, les soins ambulatoires et les établissements et les endroits dans la communauté où l'on dispense des soins de santé (p. ex. infirmeries scolaires, établissements résidentiels ou correctionnels, bureaux de dentistes et de médecins).

Remarque : Les définitions des milieux se chevauchent, puisque certains offrent une gamme de soins (p. ex. les soins aux malades chroniques et les soins ambulatoires dispensés dans les établissements de soins de courte durée, les soins complexes dispensés dans les établissements de SLD).

L'article 1.2 indique que les milieux de soins « comprennent, sans s'y limiter, tous les hôpitaux de soins actifs; les centres de traumatologie; les services de soins d'urgence; les cliniques qu'elles gardent ou non des patients la nuit ou en observation; les centres d'endoscopie; les cliniques d'ophtalmologie au laser; les cliniques ambulatoires qui effectuent des chirurgies; les bureaux où sont effectuées des chirurgies cosmétiques; les cliniques dentaires et de chirurgies dentaires; les autres installations où sont effectuées des chirurgies; les bureaux de médecin (avec ou sans espaces de traitement); les laboratoires autonomes; les centres d'imagerie diagnostique; les centres d'accueil; les installations de soins de longue durée; les résidences-services; les établissements psychiatriques; les établissements médicaux-légaux; les centres de réadaptation; les établissements offrant des services complémentaires; les centres de soins prolongés; les foyers de groupe; les centres de soins palliatifs; les cliniques de dialyse autonomes; les cliniques ambulatoires; les cliniques sans rendez-vous; les cliniques de physiothérapie; les cliniques de pédiatrie; les cliniques de santé publique; les centres de jour pour adultes; les fournisseurs de services de retraitement; les milieux d'enseignement; et les entrepreneurs privés²²

Parties intéressées

Les travailleurs de la santé et les autres travailleurs des milieux de soins actifs, des foyers de soins de longue durée, les cliniques et les milieux communautaires partagés.

Participants à la préparation de cet énoncé de position

Cet énoncé de position a été préparé par le comité des normes et des lignes directrices de PCI Canada.

Présidente : Madeleine Ashcroft

Principaux auteurs : Madeleine Ashcroft, Katherine Paphitis

Références

1. National Association for Holistic Aromatherapy (USA). Safety information. 2019 [consulté le 12 nov. 2019]. Disponible au <https://naha.org/explore-aromatherapy/safety/>
2. Mi-kyoung L, 1, Sunog L, Ji-Ah S, Mi-Eun K, Myung-Haeng H. The effects of aromatherapy essential oil inhalation on stress, sleep quality and immunity in healthy adults: Randomized controlled trial. *Eur. J. Integr. Med.* 2017 Jun [consulté le 12 nov. 2019]; 12:79-86. Disponible au <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876382017300951>
3. US Food and Drug Administration. Warning letter: Young Living. 2014 Sep 22 [consulté le 12 nov. 2019]. Disponible au <https://www.fda.gov/inspections-compliance-enforcement-and-criminal-investigations/warning-letters/young-living-09222014>
4. US Food and Drug Administration. Warning letter: dōTERRA International, LLC. 2014 Sep 22 [consulté le 12 nov. 2019]. Disponible au <https://www.fda.gov/inspections-compliance-enforcement-and-criminal-investigations/warning-letters/doterra-international-llc-09222014>
5. United States Environmental protection Agency. Combined complaint and consent agreement: Docket no.: FIFRA-08-2014-d009. 2014 Sep 30 [consulté le 12 nov. 2019]. Disponible au [https://yosemite.epa.gov/OA/RHC/EPAAdmin.nsf/Filings/92A8183318BCDC4685257D70001BC163/\\$File/FIFRA0820140009.pdf](https://yosemite.epa.gov/OA/RHC/EPAAdmin.nsf/Filings/92A8183318BCDC4685257D70001BC163/$File/FIFRA0820140009.pdf)
6. Cunningham PW. Homeopathic oil company cracks down after FDA threats. 2015 Jul 15 [consulté le 12 nov. 2019]. *Washington Examiner*. Disponible au <https://www.washingtonexaminer.com/homeopathic-oil-company-cracks-down-after-fda-threats>
7. Warnke PH, Lott AJ, Sherry E, Wiltfang J, Podschun R. The ongoing battle against multi-resistant strains: In-vitro inhibition of hospital-acquired MRSA, VRE, Pseudomonas, ESBL E. Coli and Klebsiella species in the presence of plant-derived antiseptic oils. *J Craniomaxillofac Surg.* 2013 [consulté le 12 nov. 2019]; 41(4):321-326. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23199627>
8. Low WL, Kenward K, Britland ST, Amin MC, Martin C. Essential oils and metal ions as alternative antimicrobial agents: A focus on tea tree oil and silver. *International Wound Journal.* 2017 [consulté le 12 nov. 2019]; 14(2):369-384. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27146784>
9. Garozzo A, Timpanaro R, Stivala A, Bisignano G, Castro A. Activity of Melaleuca alternifolia (tea tree) oil on Influenza virus A/PR/8: Study on the mechanism of action. *Antiviral Research.* 2011 [consulté le 12 nov. 2019]; 89(1):83-88. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21095205>

10. Barak V, Halperin T, Kalickman I. The effect of sambucol, a black elderberry-based, natural product, on the production of human cytokines: I. Inflammatory cytokines. *Eur Cytokine Netw.* 2001 [consulté le 12 nov. 2019]; 12(2):290-296. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11399518>
11. Bahramsoltani R, Sodagari HR, Farzaei MH, Abdolghaffari AH, Gooshe M, Rezaei N. The preventive and therapeutic potential of natural polyphenols on influenza [Internet]. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2016 [consulté le 12 nov. 2019]; 14(1):57-80. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26567957>
12. Budzynska A, Rozalska S, Sadowska B, Rozalska B. *Candida albicans*/*Staphylococcus aureus* dual-species biofilm as a target for the combination of essential oils and fluconazole or mupirocin. *Mycopathologia.* 2017 [consulté le 12 nov. 2019]; 182(11-12):989-995. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28823093>
13. Fisher K, Phillips C. In vitro inhibition of vancomycin-susceptible and vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* and *E. faecalis* in the presence of citrus essential oils [Internet]. *Br J Biomed Sci.* 2009 [consulté le 12 nov. 2019]; 66(4): 180-185. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20095125>
14. Bossaer JB, Odle BL. Probable etoposide interaction with echinacea. *Journal of Dietary Supplements.* 2012 [consulté le 12 nov. 2019]; 9(2):90-95. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22607644>
15. Schaller M, Korting HC. Allergic airborne contact dermatitis from essential oils used in aromatherapy. *Clin Exp Dermatol.* [Internet]. 1995 Mar [consulté le 12 nov. 2019]; 20(2):143-145. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8565250>
16. Knight TE, Hausen BM. Melaleuca oil (tea tree oil) dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* [Internet]. 1994 [consulté le 12 nov. 2019]; 30(3):423–427. Disponible au <https://www.jaad.org/article/S0190-9622%2894%2970050-8/abstract>
17. Bleasel N, Tate B, Rademaker M. Allergic contact dermatitis following exposure to essential oils. *Australas J Dermatol.* 2002 [consulté le 12 nov. 2019]; Aug;43(3):211-213. Disponible au https://www.academia.edu/32043795/Allergic_contact_dermatitis_following_exposure_to_essential_oils
18. Santé Canada. Aromathérapie – Huiles essentielles – [Internet]. 2018. Disponible au <http://webprod.hc-sc.gc.ca/nhp/nd-bdipsn/atReq.do?atid=aromatherap&lang=fra>
19. Mayr A, Hinterberger G, Lorenz IH, Kreidl P, Mutschlechner W, Lass-Flörl C. Nosocomial outbreak of extensively drug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* associated with aromatherapy. *Am J Infect Control.* 2017 [consulté le 12 nov. 2019]; 45(4):453-455. Disponible au [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(16\)31007-0/pdf](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(16)31007-0/pdf)
20. Santé Canada. Ligne directrice – désinfectants assimilés aux drogues. Ottawa, ON: Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2018. Disponible au <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices/desinfectants/desinfectants-assimiles-drogues.html>

21. Santé publique Ontario. Résumé de preuves pertinentes : l'utilisation d'humidificateur en milieu de soins de santé. Disponible au <https://www.publichealthontario.ca/fr/about/blog/2017/humidifer-user>
22. Conseil canadien des normes. CAN\CSA-Z314.-18 Retraitement des dispositifs médicaux au Canada. Rexdale, ON: Conseil canadien des normes; février 2018.

Date de parution

Première parution : novembre 2019

Revised: mois année