

Prévention et contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée

Résumé des principes de base et pratiques exemplaires



Guide
Décembre 2020

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des intervenants de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de :

- maladies transmissibles et infectieuses
- prévention et de contrôle des infections
- santé environnementale et santé au travail
- préparation aux situations d'urgence
- promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des blessures
- services de laboratoires de santé publique

Les travaux SPO comprennent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le développement professionnel et les services axés sur le savoir. Pour obtenir plus de renseignements, consultez santepubliqueontario.ca.

Modèle proposé pour citer le document :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Prévention et contrôle des infections dans les FSLD : Résumé des principes de base et pratiques exemplaires Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020.

©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020



Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario.

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été produit par Santé publique Ontario (SPO). SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

REMARQUES : Le présent document vise uniquement à présenter des pratiques exemplaires.

Nous invitons les établissements de soins de santé à faire le nécessaire pour mettre en œuvre ces pratiques exemplaires dans un effort d'amélioration de la qualité des soins.

Prévention et contrôle des infections, Santé publique Ontario

Tél. : 647 260-7100 Courriel : PCI@oahpp.ca

Table des matières

À propos du présent document	3
1. Mesures législatives relatives aux pratiques de PCI dans les milieux de soins de longue durée	4
Pratiques exemplaires dans les FSLD qui reposent sur des mesures législatives pertinentes.....	6
2. Programme de PCI.....	7
Pratiques exemplaires pour les programmes de PCI.....	7
3. Éducation et formation du personnel	9
Pratiques exemplaires en matière d'éducation et de formation du personnel.....	9
4. Pratiques de base	11
Pratiques exemplaires générales — pratiques de base	13
Pratiques exemplaires générales — ÉPI	17
Pratiques exemplaires en matière de gants	17
Pratiques exemplaires en matière de blouses	18
Pratiques exemplaires en matière de masques	18
Pratiques exemplaires en matière de transfert et de placement des résidents.....	18
5. Précautions supplémentaires.....	19
Pratiques exemplaires générales — précautions supplémentaires	20
Pratiques exemplaires en matière de précautions contre les contacts	21
Pratiques exemplaires en matière de précautions contre l'exposition aux gouttelettes	22
Pratiques exemplaires en matière de précautions contre la transmission par voie aérienne....	22
Pratiques exemplaires en matière de combinaison de types de précautions supplémentaires	23
Pratiques exemplaires en matière d'organismes antibiorésistants	23
6. Médicaments, vaccins et antiseptie cutanée.....	24
Pratiques exemplaires en matière de médicaments, de vaccins et d'antiseptie cutanée.....	26
7. Contrôle de l'environnement.....	27
Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement	28
Pratiques exemplaires en matière de conception et de rénovation des établissements.....	31
8. Surveillance	33
Pratiques exemplaires générales — surveillance.....	34
Pratiques exemplaires en matière de planification de la surveillance.....	34
Pratiques exemplaires en matière de collecte des données de surveillance.....	36

Pratiques exemplaires en matière d'analyse des données de surveillance	36
Pratiques exemplaires en matière d'interprétation des taux d'infection	36
Pratiques exemplaires en matière de communication des données de surveillance	37
Pratiques exemplaires en matière d'évaluation des systèmes de surveillance	37
9. Retraitement du matériel médical	38
Pratiques exemplaires en matière de retraitement du matériel médical.....	39
10. Mesures administratives	41
Pratiques exemplaires en matière de mesures administratives	41
11. Gestion des éclosions.....	43
Pratiques exemplaires en matière de gestion des éclosions	45
Références	46

À propos du présent document

Ce document dresse la liste des principales recommandations relatives aux pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui ont été formulées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Prévention et contrôle des infections (CCPMI-PCI) et concernent la prestation de soins courants dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) de l'Ontario. Bien que les FSLD constituent l'auditoire cible de ce document, bon nombre des principes de PCI qu'on y trouve peuvent être adaptés à d'autres lieux d'hébergement collectif comme les maisons de retraite.

Ce document a été conçu pour servir de guide de référence rapide aux personnes à qui ont été déléguées les responsabilités relatives à la PCI, et couvre les sujets suivants :

1. Mesures législatives relatives aux pratiques de PCI dans les milieux de soins de longue durée
2. Programme de PCI
3. Éducation et formation du personnel
4. Pratiques de base
5. Précautions supplémentaires
6. Médicaments, vaccins et antisepsie cutanée
7. Contrôle de l'environnement
8. Retraitement du matériel médical
9. Surveillance
10. Mesures administratives
11. Gestion des éclosions

Pour obtenir des précisions sur les données probantes et motifs à l'origine de ces recommandations, et les outils de mise en œuvre pertinents, veuillez consulter les documents du CCPMI-PCI, pages Web de SPO et recommandations du ministère de la Santé auxquels renvoie chacune des sections.

Remarque : Des mesures additionnelles peuvent être adoptées durant une épidémie ou une pandémie de grippe, ou dans le cas d'agents pour lesquels le ministère de la Santé a déjà émis des directives. Dans le cas de la grippe, l'épidémiologie de la maladie est connue et les pratiques exemplaires à adopter en cas de pandémie sont énoncées dans le [*Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe*](#).¹

1. Mesures législatives relatives aux pratiques de PCI dans les milieux de soins de longue durée

Conformément à la [Loi sur les foyers de soins de longue durée](#), tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de se doter d'un programme de PCI qui, comme fonctions de base, assure la détection rapide des signes et symptômes d'infection chez les résidents par l'entremise d'activités quotidiennes de surveillance et veille à ce que des mesures aient été adoptées pour prévenir la transmission des infections.² Les composantes d'un tel programme de PCI sont énoncées dans le règlement intitulé [Dispositions générales](#)³ pris en application de la loi.

De plus, les fournisseurs de soins de longue durée ont la responsabilité de mettre en place des systèmes comprenant des politiques et procédures qui protègent la santé et la sécurité des travailleurs dans leur milieu de travail, conformément à la [Loi sur la santé et la sécurité au travail](#),⁴ y compris ce qui suit :

- L'employeur prendra toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour assurer la protection des travailleurs.
- L'employeur mettra sur pied un comité mixte sur la santé et la sécurité dans tout lieu de travail qui emploie régulièrement 20 travailleurs ou plus. Ce comité doit occuper un rôle central, avec l'employeur, dans la mise en œuvre des mesures et procédures nécessaires pour protéger les travailleurs. Par exemple, il doit être autorisé à cerner les situations pouvant constituer un risque ou une source de danger pour les travailleurs, à formuler des recommandations aux employeurs et travailleurs en matière d'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs, et à recommander aux employeurs et travailleurs la mise en œuvre, le maintien et la surveillance de programmes, de mesures et de procédures qui respectent la santé et la sécurité des travailleurs.
- Les travailleurs recevront de l'information et des instructions relatives aux matières dangereuses (p. ex. agents biologiques) auxquelles ils seront probablement exposés.

De plus, bon nombre des exigences du règlement intitulé [Établissements d'hébergement et de soins de santé](#)⁵ pris en application de la [Loi sur la santé et la sécurité au travail](#)⁴ ont trait à la PCI en milieu de soins de longue durée. Par exemple :

- L'employeur a l'obligation d'établir des mesures et des procédures écrites pour assurer la santé et la sécurité des travailleurs, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou avec un délégué à la santé et à la sécurité, le cas échéant. De telles mesures et méthodes peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :
 - des pratiques de travail sécuritaires

- des conditions de travail sécuritaires
 - des pratiques d'hygiène adéquates et l'utilisation d'installations d'hygiène
 - le contrôle des infections
 - l'immunisation et l'inoculation contre les maladies infectieuses.
- Le devoir d'examiner et de passer en revue au moins une fois par année les mesures et les procédures relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs à la lumière des connaissances et des pratiques actuelles.
 - L'employeur, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou le délégué à la santé ou à la sécurité, le cas échéant, doit élaborer, établir et fournir des programmes de formation et de sensibilisation sur les mesures et méthodes relatives à la santé et à la sécurité qui sont pertinentes pour les activités des travailleurs.
 - Le travailleur qui est tenu par son employeur ou en vertu du Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé de porter ou d'utiliser un vêtement, un dispositif ou un appareil de protection reçoit une formation sur son entretien, son utilisation et ses limites avant de le porter ou de l'utiliser pour la première fois, et à intervalles réguliers par la suite, et il participe à cette formation.
 - On rappelle à l'employeur qu'il doit pouvoir démontrer la formation. Celui-ci est donc invité à consigner les noms des travailleurs formés, les dates auxquelles la formation leur a été dispensée, ainsi que l'information présentée et la matière étudiée dans le cadre de la formation.
 - Aux termes de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*,⁴ les travailleurs doivent exercer leur activité professionnelle dans le respect de la Loi et de ses règlements d'application et utiliser ou porter le matériel, les appareils ou les vêtements de protection que l'employeur exige.
 - Le Règlement intitulé *Sécurité des aiguilles*⁶ (Règl. de l'Ont. 474/07) énonce les exigences entourant l'utilisation d'aiguilles creuses, qui sont conçues pour assurer la sécurité.

Les FSLD doivent aussi satisfaire aux exigences pertinentes des lois et règlements suivants :

- *Loi sur la protection et la promotion de la santé*,⁷ L.R.O. 1990, chap. H.7 (obligation de signaler les maladies importantes sur le plan de la santé publique)
- *Dépôts d'aliments*,⁸ R.R.O. 1992, Règl. 562 (manipulation sécuritaire des aliments)
- *Loi sur la protection de l'environnement*,⁹ L.R.O. 1990, chap. E.19 (élimination sécuritaire des déchets cliniques)
- *Dispositions générales*,³ Règl. de l'Ont. 63/09 pris en application de la *Loi sur les pesticides*, L.R.O. 1990, chap. P.11 (lutte antiparasitaire)

- [Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses](#),¹⁰ L.C. 1992, chap. 34 et [Loi sur le transport de matières dangereuses](#),¹¹ L.R.O. 1990, chap. D.1 (transport de matériel médical souillé) (matériel emprunter, partagé ou loué par les FSLD.)

Pratiques exemplaires dans les FSLD qui reposent sur des mesures législatives pertinentes

- 1.1 Les employeurs doivent faire respecter les normes du SIMDUT dans leur lieu de travail.¹²
- 1.2 Les employeurs doivent s'assurer que le milieu de soins de longue durée est un environnement de travail sécuritaire qui protège les résidents et le personnel conformément aux lois fédérales et provinciales.¹²

2. Programme de PCI

Les objectifs d'un programme de PCI sont les suivants :

- • protéger les résidents contre les infections associées aux soins de santé et ainsi améliorer les taux de survie et réduire la morbidité liée aux infections;
- • prévenir la transmission des infections parmi les résidents, fournisseurs de soins, visiteurs et autres personnes présentes dans le milieu de soins de santé.

Pour que ces objectifs soient atteints de manière économique, un programme de PCI actif et efficace doit être mis en place à l'échelle de l'organisation et sa mise en oeuvre doit être continuellement soutenue par la haute direction. La responsabilité du programme de PCI doit être clairement attribuée à au moins une personne désignée. Dans les FSLD, cette personne peut aussi exercer d'autres fonctions. Peu importe la taille de l'établissement, le nombre d'heures par semaine devant normalement être consacrées à la PCI doit être clairement énoncé dans la politique de l'organisation et réservé à cette fin.

De plus, les FSLD devraient avoir accès à un professionnel certifié en PCI ou à des personnes dûment formées, de façon à appuyer la mise en oeuvre du programme de PCI et des ressources proportionnelles à la taille et à la composition de la clientèle de l'établissement, et à l'estimation du risque qu'elle court. Les recommandations relatives aux niveaux de dotation minimums ne devraient pas être fondées uniquement sur le nombre de lits. Le nombre de professionnels de la prévention des infections (PPI) par résident dépendra de la nature et de l'intensité des soins prodigués dans l'établissement, ainsi que du volume et de la complexité du travail du PPI, en tenant compte du rôle accru du programme de PCI en matière de bioterrorisme, de capacité d'appoint, de hausse des organismes antibiorésistants, de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires, de sécurité des résidents, de conception et de construction des établissements, d'éducation en matière de PCI, de retraitement de matériel et autres.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les programmes de PCI et PPI, voir le document du CCPMI intitulé [*Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé.*](#)¹³

Pratiques exemplaires pour les programmes de PCI

- 2.1 Tous les FSLD en Ontario doivent élaborer, dispenser et évaluer un programme actif et efficace de PCI répondant au mandat et à l'objectif de réduire le risque des infections associées aux soins de santé et d'améliorer la sécurité des soins.¹³
- 2.2 Le soutien continu du programme de PCI doit être une priorité de l'organisation.¹³
- 2.3 Les FSLD doivent évaluer leurs besoins en matière de PCI puis mettre en oeuvre un programme de PCI adapté à ces besoins.¹³

- 2.4 Au minimum, le programme de PCI doit faire l'objet d'un examen annuel afin de réévaluer les besoins du FSLD et de déterminer quels éléments sont requis pour continuer de répondre aux objectifs du programme.¹³
- 2.5 La haute direction et le Comité de prévention et de contrôle des infections doivent soutenir la mise en œuvre et l'exécution du programme de PCI par le personnel responsable de la PCI.¹³
- 2.6 Les FSLD doivent avoir des professionnels en PCI dûment formés et des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le programme de PCI qui sont proportionnelles à la taille, à la complexité et à la composition de la clientèle de l'établissement, et au risque estimatif qu'elle court.¹³
- 2.7 Les FSLD doivent avoir accès à un laboratoire de microbiologie accrédité capable d'alerter le programme de PCI à la présence, le cas échéant, de microorganismes d'importance et d'apporter son soutien au programme en fournissant de l'information de surveillance en temps opportune.¹³
- 2.8 Les FSLD doivent soutenir le programme de PCI au moyen d'un budget annuel permettant au programme de maintenir des ressources de formation à jour.¹³
- 2.9 La composante de PCI du programme de santé et de sécurité au travail (SST) doit être élaborée conjointement par les responsables de la SST et ceux de la PCI.¹³

3. Éducation et formation du personnel

Les programmes de formation et d'éducation en matière de PCI de qualité ont pour but de créer, chez les fournisseurs de soins de santé, une culture de respect systématique des politiques et des « pratiques exemplaires » recommandées, et de fierté à l'égard de l'adoption de bonnes pratiques de PCI au quotidien.¹⁴ Les FSLD doivent fournir au personnel (y compris le personnel temporaire ou provenant d'agences) l'instruction et le soutien requis pour faire en sorte qu'il adopte en tout temps des pratiques de PCI appropriées.^{2,14}

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'éducation et la formation du personnel, voir les documents suivants du CCPMI :

- [Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé](#)¹³
- [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#)¹⁵

Pour en savoir davantage sur les ressources et documents d'apprentissage additionnels à la disposition des FSLD, voir :

- [Formation de base en PCI de SPO](#)¹⁶

Pratiques exemplaires en matière d'éducation et de formation du personnel

- 3.1 L'éducation sur la PCI doit s'étendre à l'ensemble du milieu de soins de santé et viser toutes les personnes qui y travaillent.¹³
- 3.2 Les programmes d'initiation de nouveaux employés d'un FSLD doivent inclure une composante sur la PCI.¹³
- 3.3 Les FSLD devraient avoir des politiques et procédures appropriées prévoyant :¹³
 - que la participation ou la complétion d'une formation/éducation périodique en matière de PCI soit obligatoire;
 - que la participation soit relevée et communiquée à la ou au gestionnaire afin d'être prise en considération dans l'évaluation du rendement de l'employé.

- 3.4 L'éducation permanente doit combler les besoins de l'organisation en matière de PCI sur le plan du contenu, de l'auditoire cible et du calendrier (p. ex. éducation permanente prévue, éducation spéciale en réponse aux besoins particuliers comme en période d'éclosion).¹³
- 3.5 Le programme d'éducation en PCI doit être soumis à une évaluation pour assurer qu'il est à jour, pertinent et efficace.¹³
- 3.6 Les ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme d'éducation en PCI doivent être octroyées pour permettre d'atteindre les objectifs d'éducation du programme.¹³
- 3.7 L'évaluation du rendement devrait aborder la question du respect des pratiques de PCI.¹³

4. Pratiques de base

Le terme « pratiques de base » est utilisé pour décrire les normes que doit respecter en tout temps le personnel lorsqu'il prodigue des soins aux résidents, quel que soit leur état clinique ou infectieux. Le respect des pratiques de base protège non seulement le fournisseur de soins de santé, mais aussi le reste du personnel et les résidents qui pourraient par la suite être en contact avec ce fournisseur de soins. Le respect systématique des pratiques de base est encore plus important dans les FSLD que dans de nombreux autres milieux de soins de santé en raison des risques d'infection associés aux lieux d'hébergement collectif, au roulement rapide de personnel, à la dotation considérable en fournisseurs de soins autres que des membres de professions de la santé réglementées, au caractère immunodéprimé d'un nombre important de résidents et de l'usage fréquent de matériel invasif.¹⁷ De plus, l'adoption systématique et appropriée des pratiques de base par tous les fournisseurs de soins de santé auprès de tous les résidents réduira les risques de transmission d'agents microbiens dans le milieu de soins de longue durée, ainsi que la nécessité d'adopter des précautions supplémentaires.

La première étape de tout recours efficace aux pratiques de base consiste à mener une évaluation des risques au point de service, dans le cadre de laquelle le fournisseur de soins évalue les manifestations cliniques du résident, ainsi que les risques d'exposition à du sang, à des liquides organiques, à des sécrétions, à des excréments et à de la peau non intacte. À partir de cette évaluation, le fournisseur de soins détermine quelles stratégies atténueront le risque d'exposition et préviendront la transmission de microorganismes.

Élément important des pratiques de base, l'hygiène des mains est la mesure de prévention et de contrôle des infections la plus efficace pour empêcher la propagation des infections associées aux soins de santé. Le désinfectant pour les mains à base d'alcool est la méthode privilégiée de décontamination des mains qui ne sont pas visiblement sales. Les agents antiseptiques sans alcool employés sans eau ne sont pas recommandés pour l'hygiène des mains dans les lieux de soins. Il est à noter que les lavabos réservés au lavage des mains ne doivent pas être utilisés à des fins autres que le lavage des mains et que les fournisseurs de soins de santé ne devraient pas utiliser le lavabo d'un résident pour pratiquer l'hygiène des mains.

Les gants réduisent, mais n'éliminent pas le risque de contamination des mains. De plus, il arrive souvent que les fournisseurs de soins se contaminent les mains en retirant leurs gants. L'hygiène des mains devrait être pratiquée immédiatement avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Le port d'équipement de protection individuelle (ÉPI) est un autre élément important des pratiques de base :

- On porte des gants médicaux lorsqu'on prévoit un contact des mains avec des muqueuses, de la peau non intacte, des tissus, du sang, d'autres liquides organiques, des sécrétions ou des excréments, ou encore du matériel ou des surfaces contaminés par ces derniers.

- On porte une blouse lorsqu'une procédure ou activité liée aux soins risque d'occasionner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions.
- On porte un masque (en plus d'une protection oculaire) pour protéger les muqueuses du nez et de la bouche lorsqu'une procédure ou activité liée aux soins risque d'occasionner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions dans un rayon de deux mètres d'un résident qui tousse.
- On utilise un respirateur N95 pour prévenir l'inhalation de petites particules pouvant contenir certains agents infectieux dont la transmission par voie aérienne est connue (p. ex. tuberculose pulmonaire), ou au moment de pratiquer des interventions médicales générant des aérosols auprès de résidents ayant reçu un diagnostic ou manifestant des symptômes d'infection des voies respiratoires (voir 5. [Précautions supplémentaires](#)).

Une fois que l'interaction nécessitant l'ÉPI est terminée, les fournisseurs de soins doivent enlever immédiatement et avec précaution l'ÉPI et le placer dans le contenant approprié. Cela évitera qu'ils ne contaminent leurs vêtements et l'environnement avec l'ÉPI utilisé. L'usage convenable de l'ÉPI permettra de prévenir la transmission d'agents infectieux non seulement des résidents aux membres du personnel, mais également des résidents entre eux, des membres du personnel aux résidents et des membres du personnel entre eux.

Une hiérarchie des mesures de contrôle devrait être établie pour prévenir la transmission des infections parmi les résidents et le personnel :

- Mesures techniques : Mesures physiques ou mécaniques mises en place pour réduire le risque d'infection du personnel ou des résidents. Parmi les exemples figurent les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation, l'aménagement des salles, les barrières physiques, l'endroit où sont installés les lavabos réservés au lavage des mains, les contenants d'objets pointus et tranchants aux points de service et les distributeurs de désinfectants pour les mains à base d'alcool. **Les mesures techniques sont à privilégier** étant donné qu'elles sont intégrées aux installations et que leur efficacité ne dépend pas de leur mise en œuvre convenable par les fournisseurs de soins de santé individuels.^{15,18}
- Mesures administratives : Politiques, procédures et pratiques de soins mises en place en vue de protéger le personnel et les résidents contre les infections durant la prestation de soins. Parmi les exemples figurent les politiques et procédures de PCI, l'éducation et la formation, les programmes d'immunisation, l'étiquette respiratoire, le placement des résidents, le nettoyage du matériel médical et de l'environnement, la vérification des pratiques et la dotation adéquate en personnel. **L'efficacité des mesures administratives dépend de l'engagement du FSLD envers l'allocation des ressources requises** pour la mise en œuvre optimale de ces mesures^{15,18} (voir 7. [Contrôle de l'environnement](#); 9. [Retraitement du matériel médical](#); 10. [Mesures administratives](#)).

- ÉPI : Matériel que le personnel porte pour le protéger contre l'exposition à des maladies infectieuses ou à des agents chimiques après avoir effectué une évaluation des risques au point de service. Parmi les exemples figurent les masques, les protections des yeux (lunettes et écrans faciaux), les blouses et les gants. L'ÉPI doit être accessible à portée de main aux points de service, dans toutes les tailles requises pour assurer son bon ajustement. L'usage approprié d'ÉPI offre une barrière physique entre une personne susceptible de contamination et une source d'infection. Dans les milieux de soins de santé, le choix et l'usage appropriés de l'ÉPI constituent une mesure de contrôle importante. Cependant, comme son efficacité dépend de la connaissance qu'a le personnel des techniques appropriées, et de son respect de ces techniques, ce type de mesures se situe au plus bas et plus faible échelon de la hiérarchie des mesures de contrôle. Les FSLD ne devraient pas utiliser l'ÉPI comme mesure de prévention primaire sans le jumeler à des mesures techniques et à des mesures administratives.^{15,18}

Pour obtenir des renseignements additionnels sur les pratiques de base, y compris l'évaluation des risques au point de service et l'hygiène des mains, voir les documents du CCPMI intitulés :

- [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé.](#)¹⁵
- [Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants \(OA\).](#)¹⁹
- [Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé.](#)²⁰

Pratiques exemplaires générales — pratiques de base

- 4.1 Fournir aux visiteurs des directives concernant les mesures de contrôle des infections de l'établissement avant qu'ils ne rendent visite à un résident, en vue d'assurer la conformité aux pratiques établies.¹⁵
- 4.2 Mener une évaluation des risques au point de service avant chaque interaction avec une résidente ou un résident, ou son environnement, afin de déterminer quelles mesures doivent être prises pour éviter la contagion durant l'interaction prévue.¹⁵
- 4.3 Élaborer un programme multidisciplinaire et multidimensionnel d'hygiène des mains qui comprend des produits d'hygiène des mains disponibles aux points de service. Dans les FSLD, le programme d'hygiène des mains doit également prévoir :²⁰
 - a. l'appui et l'engagement des cadres supérieurs et intermédiaires, pour faire de l'hygiène des mains une priorité organisationnelle
 - b. des changements environnementaux et des mesures de soutien systémiques, notamment l'offre de désinfectants pour les mains à base d'alcool aux points de service et l'instauration d'un programme de soins des mains

- c. l'éducation des fournisseurs de soins de santé sur quand et comment se nettoyer les mains
 - d. le suivi et l'observation continus des pratiques d'hygiène des mains et une rétroaction aux fournisseurs de soins de santé
 - e. un engagement de la part des résidents
 - f. l'adoption d'un comportement approprié par les leaders d'opinion et les champions.
- 4.4 Adopter des politiques et des procédures écrites d'hygiène des mains dans tous les FSLD.²⁰
- 4.5 Assurer la pratique de l'hygiène des mains aux quatre moments suivants, associés aux soins de santé :²⁰
- a. avant le premier contact avec chaque résident ou avec des objets se trouvant dans son environnement
 - b. avant une intervention invasive ou aseptique
 - c. après des soins comportant un risque d'exposition à des liquides organiques, ou de contact avec des liquides organiques
 - d. après un contact avec un résident ou son environnement.
- 4.6 Mettre des installations d'hygiène des mains à la disposition des résidents et des visiteurs. Il faut encourager et aider les résidents à pratiquer l'hygiène des mains à leur arrivée, avant de manger et avant de quitter la chambre ou le secteur clinique.²⁰
- 4.7 Veiller à ce que les fournisseurs de soins s'efforcent de protéger l'intégrité de la peau de leurs mains afin d'assurer une hygiène des mains efficace.²⁰
- 4.8 Mettre en œuvre un programme de soins des mains qui comporte l'évaluation des mains, la formation du personnel et la participation de ce dernier à la sélection des produits d'hygiène des mains.²⁰
- 4.9 Utiliser désinfectant pour les mains contenant de 70 à 90 % d'alcool dans les FSLD.²⁰
- 4.10 Se laver les mains avec de l'eau et du savon en cas de saleté, de sang ou de liquides ou autres substances organiques visibles. Se servir d'essuie-mains suivis d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool lorsqu'il y a de la saleté visible sur les mains et qu'on n'a pas accès à de l'eau courante.²⁰
- 4.11 Ne jamais utiliser des pains de savon pour l'hygiène des mains dans les FSLD; seuls les résidents peuvent s'en servir à des fins personnelles.²⁰

- 4.12 Ne jamais utiliser de produits antiseptiques sans alcool et sans rinçage comme produits d'hygiène des mains.²⁰
- 4.13 Inclure l'acceptation par les usagers aux facteurs à considérer au moment de choisir des produits d'hygiène des mains.²⁰
- 4.14 Choisir des produits d'hygiène et de soins des mains qui sont peu irritants.²⁰
- 4.15 Choisir des produits d'hygiène des mains qui ne portent pas atteinte à l'intégrité des gants ni à l'action d'autres produits d'hygiène ou de soins des mains.²⁰
- 4.16 Au moment d'utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool, en appliquer une quantité suffisante pour qu'il reste en contact avec les mains pendant au moins 15 secondes avant de s'évaporer (généralement un ou deux jets).²⁰
- 4.17 Au moment d'utiliser de l'eau et du savon, faire mousser pendant au moins 15 secondes avant le rinçage.²⁰
- 4.18 Se sécher les mains d'une façon qui ne causera pas de recontamination.²⁰
- 4.19 Se sécher complètement les mains avant d'enfiler des gants.²⁰
- 4.20 Ne pas utiliser de désinfectant pour les mains à base d'alcool tout de suite après s'être lavé les mains à l'eau et au savon.²⁰
- 4.21 Pour assurer une hygiène des mains efficace :²⁰
- a. Les ongles doivent donc être propres et courts.
 - b. Quand on porte du vernis, il faut s'assurer qu'il est frais et en bon état.
 - c. Il ne faut pas porter d'ongles artificiels ou de prothèses plastifiées.
 - d. Il est préférable de ne pas porter de bague.
 - e. Le personnel qui donne des soins aux résidents doit enlever les bijoux portés aux mains et aux poignets, y compris les montres, ou les remonter au-dessus du poignet avant de pratiquer l'hygiène des mains.
- 4.22 Effectuer l'évaluation des déplacements du personnel et des risques d'exposition afin de déterminer où placer les lavabos et les distributeurs de produits d'hygiène des mains.²⁰
- 4.23 Veiller à ce que les lavabos réservés au lavage des mains soient à mains libres, autonomes et utilisés uniquement à cette fin.²⁰
- 4.24 Veiller à ce que le nombre de lavabos réservés au lavage des mains soit suffisant pour qu'il y ait toujours un lavabo un dans un rayon d'au plus 6 mètres (20 pieds) du personnel.²⁰

- 4.25 Utiliser des serviettes de papier jetables pour se sécher les mains dans les secteurs cliniques.²⁰
- 4.26 Installer des distributeurs de serviettes conçus de façon qu'on puisse prendre une serviette sans toucher à l'appareil.²⁰
- 4.27 Installer des robinets mains libres là où on utilise des sècheurs à air chaud dans les secteurs non cliniques.²⁰
- 4.28 Prévoir des mesures de régulation thermique et de rechange en cas de panne de courant si on utilise des sècheurs à air chaud ou des commandes de lavabo à cellule photo-électrique.²⁰
- 4.29 Installer les distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool aux points de service et à l'entrée d'autres zones où se déroulent des activités, sauf si l'évaluation des risques ou les directives du Bureau du commissaire des incendies de l'Ontario le déconseillent.²⁰
- 4.30 Fournir des produits hydratants pour les mains au personnel (et les encourager à s'en servir souvent) pour réduire l'incidence de la dermatite de contact irritante associée à l'hygiène des mains.²⁰
- 4.31 Fournir tous les produits d'hygiène et de soins des mains dans des distributeurs jetables qui procurent un volume approprié de produit.²⁰
- 4.32 Utiliser des distributeurs de produits à usage unique que l'on jette une fois vides. Ne pas remplir de nouveau les contenants. Confier à des membres désignés du personnel l'entretien des distributeurs.²⁰
- 4.33 Diriger les membres du personnel qui ont des problèmes d'intégrité de la peau vers le service de santé au travail.²⁰
- 4.34 Offrir aux fournisseurs de soins une formation sur :²⁰
- les consignes relatives à l'hygiène des mains
 - les facteurs qui influent sur l'hygiène des mains
 - les produits d'hygiène des mains
 - les techniques d'hygiène des mains
 - les soins des mains, pour protéger l'intégrité de la peau.
- 4.35 Encourager les partenariats entre les résidents, leur famille et les fournisseurs de soins afin de promouvoir l'hygiène des mains dans les lieux de soins.²⁰

Pratiques exemplaires générales — ÉPI

- 4.36 Choisir l'ÉPI en fonction de l'évaluation des risques.¹⁵
- 4.37 Disposer d'une quantité suffisante et facilement accessible d'ÉPI.¹⁵
- 4.38 Se doter d'un processus pour évaluer l'ÉPI afin de veiller à ce qu'il réponde aux normes de qualité, le cas échéant, y compris un programme de protection respiratoire conforme aux exigences du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences touchant l'utilisation de respirateurs au sein de l'établissement.¹⁵
- 4.39 Offrir à tous les fournisseurs de soins de santé et autres membres du personnel susceptibles d'être exposés à des gouttelettes de sang et à d'autres liquides organiques une formation sur l'utilisation appropriée de l'ÉPI.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de gants

- 4.40 Porter des gants lorsqu'on prévoit un contact des mains avec des muqueuses, de la peau non intacte, des tissus, du sang, d'autres liquides organiques, des sécrétions ou des excréments, ou encore du matériel ou des surfaces contaminés par ces derniers.¹⁵
- 4.41 Ne pas porter de gants pour les soins de santé courants au cours desquels les contacts se limitent à la peau intacte du résident.¹⁵
- 4.42 Choisir des gants bien ajustés qui garderont leur intégrité pendant toute la durée de la tâche à accomplir.¹⁵
- 4.43 Mettre les gants juste avant d'accomplir la tâche ou de pratiquer la procédure pour laquelle ils sont requis.¹⁵
- 4.44 Pratiquer l'hygiène des mains avant de mettre des gants pour pratiquer une intervention aseptique.¹⁵
- 4.45 Enlever ses gants ou changer de gants quand on passe d'un site corporel contaminé à un site corporel non contaminé chez le même résident.²⁰
- 4.46 Ne pas utiliser une même paire de gants pour offrir des soins à plus d'un résident.²⁰
- 4.47 Retirer les gants immédiatement après avoir accompli la tâche à laquelle ils sont destinés, avant de toucher des surfaces propres.¹⁵
- 4.48 Se laver les mains immédiatement après avoir retiré des gants.¹⁵
- 4.49 Ne pas réutiliser ou laver les gants à usage unique.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de blouses

- 4.50 Porter une blouse dans le cadre d'une procédure ou d'une activité liée aux soins qui risquent d'occasionner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions.¹⁵
- 4.51 Enlever la blouse immédiatement après avoir effectué la tâche pour laquelle elle a été utilisée, d'une façon qui prévient la contamination des vêtements ou de la peau, ainsi que l'agitation de la blouse.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de masques

- 4.52 Porter un masque ou une protection oculaire pour protéger les membranes des yeux et les muqueuses du nez et de la bouche dans le cadre d'une intervention ou d'une activité liée aux soins d'un résident qui risque de provoquer des éclaboussures ou la pulvérisation de sang, d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de transfert et de placement des résidents

- 4.53 Choisir la chambre du résident en fonction de l'évaluation des risques.¹⁵
- 4.54 Les chambres individuelles, avec salle de bains et lavabo privés, sont privilégiées pour le placement de tous les résidents.¹⁵
- 4.55 Établir des protocoles clairs pour déterminer les options concernant le placement des patients et le partage des chambres en fonction d'une évaluation des risques, si le nombre de chambres individuelles est limité.¹⁵
- 4.56 Placer les résidents qui souillent manifestement l'environnement ou pour lesquels le maintien d'une hygiène appropriée est impossible dans des chambres individuelles équipées d'une toilette privée.¹⁵

5. Précautions supplémentaires

Par « précautions supplémentaires », on entend les mesures de PCI (p. ex. ÉPI, placement en chambre individuelle, nettoyage environnemental additionnel) qu'on adopte en plus des pratiques de base lorsque ces pratiques de base pourraient ne pas suffire à prévenir la transmission d'un agent infectieux.¹⁸ Il existe trois catégories de précautions supplémentaires, fondées sur le mode de transmission :¹⁵

- précautions contre les contacts, dont l'objectif est d'interrompre la transmission par contact direct ou indirect
- précautions contre l'exposition aux gouttelettes, dont l'objectif est d'interrompre la transmission par gouttelettes
- précautions contre la transmission par voie aérienne, dont l'objectif est d'interrompre la transmission par voie aérienne.

Les fournisseurs de la santé devraient également porter un respirateur N95 lorsqu'ils se trouvent à moins de deux mètres d'interventions médicales générant des aérosols dont on a établi qu'elles peuvent exposer le personnel à des cas de tuberculose non diagnostiquée ou de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). L'expression « intervention médicale générant des aérosols » n'est pas toujours interprétée correctement. Pour savoir si une procédure est considérée comme une intervention médicale générant des aérosols, consulter les documents suivants de SPO :

- [Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.](#)²¹
- [Pleins feux sur : Les aérosols générés par la toux et les éternuements.](#)²²

Tout résident faisant l'objet de précautions supplémentaires devrait être maintenu en tout temps à une distance d'au moins deux mètres des autres résidents partageant sa chambre s'il n'est pas possible de l'installer dans une chambre individuelle. Le personnel doit retirer et jeter son ÉPI au moment de quitter la chambre ou l'espace du résident, et enfiler de l'ÉPI propre avant d'entrer de nouveau dans la chambre. Dans la mesure du possible, le matériel de soins de santé doit être réservé au résident auprès duquel il est utilisé, ou nettoyé entre ses utilisations auprès de différents résidents. De plus, lorsqu'un résident change d'unité, de milieu ou d'établissement de soins, il est essentiel de communiquer efficacement à l'unité ou à l'établissement d'accueil les précautions supplémentaires à prendre auprès de lui.

Il est à noter que le regroupement en cohortes est un moyen d'aider à prévenir la propagation d'une infection dans un établissement durant une éclosion ou quand des chambres individuelles ne sont pas disponibles. Dans les FSLD, le déplacement de résidents à des fins de regroupement en cohortes n'est pas approprié en raison des conséquences souvent néfastes que cela peut avoir sur le résident. Le

regroupement en cohortes des résidents peut tout de même être effectué en qualifiant de cohorte des résidents qui partagent déjà une chambre ou une salle de bains et sont infectés ou colonisés par le même microorganisme. Le personnel qui s'occupe d'une cohorte de résidents ne devrait pas se déplacer d'une cohorte de résidents à une autre durant un même quart de travail. Si le personnel doit se déplacer entre les cohortes, il devrait, dans la mesure du possible, uniquement passer de la cohorte présentant le risque le plus faible (résidents en santé qui ne sont pas exposés à la maladie ou qui s'en sont rétablis) à la cohorte présentant le risque le plus élevé (résidents infectés ou colonisés, résidents ayant obtenu un résultat négatif au dépistage après exposition, ou résidents dont on ne connaît pas le statut d'infection). Au cours d'une éclosion, les membres du personnel devraient, si possible, intervenir auprès d'une seule cohorte et ne pas se déplacer d'une cohorte à une autre.

Lorsqu'un microorganisme donné compte plus d'un mode de transmission, on doit adopter des précautions aptes à agir sur l'ensemble des modes de transmission du microorganisme. Les décisions relatives à l'adoption de précautions supplémentaires doivent tenir compte des délais d'obtention des résultats du dépistage en laboratoire, des probabilités de transmission (compte tenu, par exemple, des facteurs de risque du résident et du nombre d'infections transmises dans cette unité par le passé) et du risque de maladie chez les patients voisins si une transmission devait survenir (p. ex. les patients ayant subi une greffe de moelle osseuse présentent un risque plus élevé que ceux qui subissent une intervention chirurgicale non urgente de courte durée). Il est possible de prendre des précautions supplémentaires avant que les résultats du dépistage soient disponibles auprès des patients qu'on croit présenter un risque particulièrement élevé d'être colonisés ou infectés par des organismes antibiorésistants.

- Pour obtenir des précisions sur les précautions supplémentaires en milieu de soins de longue durée, voir le document du CCPMI intitulé [*Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*](#).¹⁵
- Pour obtenir plus de renseignements sur les précautions supplémentaires à prendre contre les organismes antibiorésistants, voir le document du CCPMI intitulé [*Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants \(OA\)*](#).¹⁹

Pratiques exemplaires générales — précautions supplémentaires

- 5.1 Les FSLD devraient intégrer les éléments des précautions supplémentaires aux pratiques de soins de santé.¹⁵
- 5.2 Les FSLD devraient veiller à ce que des politiques et des procédures appropriées soient en place pour exiger la participation du personnel aux séances de formation et d'éducation sur les précautions supplémentaires, et faire en sorte que leur présence soit consignée et signalée au directeur afin de figurer dans l'évaluation de leur rendement.¹⁵

- 5.3 Si le nombre de chambres individuelles est limité, il faut déterminer la faisabilité de regrouper les résidents infectés par le même microorganisme ou ayant contracté le même microorganisme en cohorte.¹⁵
- 5.4 Les FSLD doivent envisager de procéder à un regroupement géographique en cohorte des résidents et des employés afin de réduire le risque de transmission pendant les éclosions.¹⁵
- 5.5 Lors des regroupements en cohorte, il faut prendre des précautions supplémentaires individuellement pour chaque résident de la cohorte. Il ne faut pas porter la même blouse et les mêmes gants pour passer d'un résident à un autre de la cohorte, et ne pas partager le matériel servant aux soins du résident.¹⁵
- 5.6 Les FSLD doivent fournir de l'ÉPI aux visiteurs des résidents qui font l'objet de précautions supplémentaires s'ils sont en contact direct avec les résidents ou s'ils leur prodiguent des soins directs.¹⁵
- 5.7 Les FSLD doivent adopter une politique autorisant tous les professionnels de la santé réglementés à prendre les précautions supplémentaires adéquates dès l'apparition des symptômes.¹⁵
- 5.8 Poursuivre les précautions supplémentaires jusqu'à ce que le risque de transmission du microorganisme ou de la maladie soit éliminé.¹⁵
- 5.9 Mettre en place une politique qui autorise l'abandon des précautions supplémentaires en consultation avec le professionnel en PCI ou la personne désignée.¹⁵
- 5.10 Ne pas mettre en pratique les précautions supplémentaires plus longtemps qu'il en est nécessaire; les professionnels en prévention des infections devraient procéder à une évaluation continue du risque de transmission.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de précautions contre les contacts

- 5.11 Effectuer le placement des résidents devant faire l'objet de précautions contre les contacts au cas par cas, au moyen d'une évaluation des risques.¹⁵
- 5.12 Porter des gants et une blouse pour accomplir des activités qui incluent des soins directs à un résident devant faire l'objet de précautions contre les contacts. Si des gants et une blouse ont été portés, les enlever et se laver les mains immédiatement après avoir quitté la chambre.¹⁵
- 5.13 Dans la mesure du possible, dédier du matériel et des objets au résident devant faire l'objet de précautions contre les contacts.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de précautions contre l'exposition aux gouttelettes

- 5.14 Veiller à ce que les résidents devant faire l'objet de précautions contre l'exposition aux gouttelettes demeurent, si possible, dans leur chambre ou leur portion de la chambre.¹⁵
- 5.15 Porter un masque et une protection des yeux dans un rayon de deux mètres d'un résident faisant l'objet de précautions contre l'exposition aux gouttelettes.¹⁵
- 5.16 Fournir un masque aux résidents faisant l'objet de précautions contre l'exposition aux gouttelettes lors de leur transport ou déplacement à l'extérieur de leur chambre, s'ils le tolèrent.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de précautions contre la transmission par voie aérienne

- 5.17 Placer le plus tôt possible les résidents qui doivent faire l'objet de précautions contre la transmission par voie aérienne dans une chambre d'isolement pour patients porteurs d'une infection transmissible par voie aérienne. Si une telle chambre n'est pas disponible, les résidents doivent être transférés dans un établissement offrant l'hébergement approprié dès que leur état de santé le permet.¹⁵
- 5.18 Confiner les résidents faisant l'objet de précautions contre la transmission par voie aérienne dans leur chambre avec la porte fermée, à moins qu'ils doivent la quitter pour subir les interventions médicales nécessaires.¹⁵
- 5.19 Porter un respirateur N95 dont on a vérifié l'ajustement et l'étanchéité pour entrer dans une chambre d'isolement pour personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne.¹⁵
- 5.20 Ne pas entrer dans la chambre d'un résident atteint de rougeole, de varicelle ou de zona disséminé à moins d'être immunisé contre ces maladies.¹⁵
- 5.21 Fournir un masque aux résidents faisant l'objet de précautions contre la transmission par voie aérienne lors de leur transport ou déplacement à l'extérieur de leur chambre, s'ils le tolèrent.¹⁵
- 5.22 Porter un respirateur N95 en vue de prévenir l'inhalation de petites particules pouvant contenir des agents infectieux transmis par voie aérienne.¹⁵
- 5.23 Porter un respirateur N95 pendant le transport des résidents faisant l'objet de précautions contre la transmission par voie aérienne.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de combinaison de types de précautions supplémentaires

- 5.24 Les FSLD doivent veiller à ce que tous les fournisseurs de soins de santé qui prodiguent des soins à un résident souffrant de symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires sachent qu'ils doivent prendre des précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes.²²
- 5.25 Chaque FSLD devrait avoir une politique autorisant tout membre d'une profession de la santé réglementé à prendre les précautions supplémentaires appropriées dès l'apparition de symptômes et de maintenir ces précautions jusqu'à ce que le laboratoire fournisse les résultats confirmant ou excluant le diagnostic.²²
- 5.26 Les résidents qui ont une infection aiguë des voies respiratoires et ne sont pas logés dans une chambre individuelle devraient faire l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes dans leur portion de la chambre, et les rideaux séparateurs devraient rester tirés.²²
- 5.27 Une fois que la nécessité de mettre en œuvre des précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes a été établie, on doit en informer tous les établissements/unités ou services où est aiguillé le résident.²²

Pratiques exemplaires en matière d'organismes antibiorésistants

- 5.28 Les résidents devraient recevoir des soins de santé complets dont ils ont besoin, même s'ils sont colonisés par des organismes antibiorésistants.¹⁹
- 5.29 Chaque FSLD devrait adopter des politiques qui permettent d'identifier les résidents qui présentent le risque le plus élevé de colonisation par des *Clostridioides difficile*, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) ou des entérobactériacées productrices de la carbapénémase (EPC) afin que l'on puisse prendre des précautions contre les contacts jusqu'à ce que les résultats des tests de dépistage soient disponibles.¹⁹

6. Médicaments, vaccins et antiseptie cutanée

Les principes généraux relatifs à l'utilisation et à l'entreposage des médicaments englobent ce qui suit :

- Entreposer uniquement les médicaments dans des endroits dont l'accès est doté d'un dispositif de sécurité et interdit aux personnes non autorisées.
- Prévoir des installations pour se laver les mains dans les aires de préparation des médicaments.
- Fournir au point de service un contenant antiperforation pour objets pointus et tranchants.
- Entreposer et préparer les médicaments et le matériel dans un endroit et sur une surface propres.
- Dater les contenants ouverts de solutions stériles et les jeter toutes les 24 heures ou selon les directives du fabricant.
- Jeter les médicaments périmés. Il devrait y avoir une procédure en place pour vérifier les dates de péremption avant l'utilisation.

Il est à noter que l'utilisation de flacons à doses multiples accroît le risque de transmission d'agents pathogènes transmissibles par le sang ainsi que la contamination bactérienne. Les flacons à dose unique sont TOUJOURS préférables et la sécurité des patients devrait avoir priorité sur les considérations relatives au coût au moment de choisir entre l'utilisation d'un flacon à dose unique et l'utilisation d'un flacon à doses multiples. Si on choisit d'utiliser un flacon à doses multiples, les recommandations suivantes doivent être mises en pratique chaque fois qu'on utilise le flacon :¹²

- Toutes les aiguilles sont À USAGE UNIQUE.‡
- Toutes les seringues sont À USAGE UNIQUE.‡
- Ne JAMAIS réinsérer une aiguille/seringue qui a été utilisée dans un flacon.
- Une fois le médicament aspiré, l'aiguille devrait IMMÉDIATEMENT être retirée du flacon.

AUCUNE aiguille ne devrait être laissée dans un flacon à des fins d'utilisation avec une nouvelle seringue.

- Dans la mesure du possible, utiliser les flacons à doses multiples auprès d'un seul patient et inscrire les données d'identification du patient sur le flacon.
- Indiquer sur tout flacon à doses multiples la date de sa première utilisation et s'assurer de jeter le flacon au moment approprié.

- Respecter les techniques aseptiques au moment de manipuler des flacons à doses multiples. Les flacons à doses multiples devraient être manipulés sur une surface propre sur laquelle n'a été placé ni conservé de matériel souillé, usagé ou potentiellement contaminé. Frotter la membrane d'accès des flacons avec de l'alcool à 70 %. Laisser sécher avant d'insérer une nouvelle aiguille ou seringue dans le flacon.
- Jeter immédiatement le flacon à doses multiples si sa stérilité est mise en doute ou a été compromise, ou si le flacon ne porte pas sa date de première utilisation ou le nom et les données d'identification du patient.
- Passer en revue le dépliant du produit pour connaître la durée d'utilisation recommandée après pénétration du flacon à doses multiples. Jeter les flacons à doses multiples en suivant les directives du fabricant ou 28 jours après leur ouverture, selon la période la plus courte*.

‡ Lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser de nouvelles aiguilles et seringues pour chaque nouvelle injection à un même résident (p. ex. quand l'administration en plusieurs doses consécutives du contenu d'une même seringue à un même patient fait partie intégrante de la procédure), les fournisseurs de soins devraient utiliser une technique aseptique uniquement lorsqu'ils réutilisent la même seringue et la même aiguille auprès du même résident dans le cadre d'une même procédure. La seringue devrait être jetée immédiatement après la procédure et ne devrait jamais être laissée sans surveillance.

* Des exceptions peuvent être envisagées dans le cas de flacons à doses multiples utilisées auprès d'un seul patient (p. ex. administration d'immunothérapie) si les directives du fabricant stipulent que le flacon peut être utilisé pour une période supérieure à 28 jours. Toutes les étapes susmentionnées doivent être suivies et le flacon doit être utilisé auprès d'un seul patient.

Des éclosions en lien avec l'utilisation d'autopiqueurs auprès de plus d'un résident ont aussi été rapportées. Ces dispositifs (y compris la lancette (objet tranchant qui perce la peau), le porte-lancette et le dispositif en forme de stylo dans lequel on conserve la lancette) ne doivent jamais être mis en commun, même lorsqu'il s'agit de proches parents ou d'amis. Aussi, lorsque cela est possible, les dispositifs de lecture des valeurs sanguines, comme les glucomètres, ne devraient pas être mis en commun. S'il faut mettre en commun un de ces dispositifs, le dispositif doit être approuvé à des fins d'usages multiples par Santé Canada et devrait être nettoyé et désinfecté après chaque utilisation en suivant les directives du fabricant. Si le fabricant n'indique pas comment le dispositif devrait être nettoyé et désinfecté avant d'être utilisé auprès d'un nouveau patient, ou si l'étiquette indique qu'il ne doit pas être utilisé par plus d'un résident, il ne faut alors l'utiliser auprès de plus d'une personne.

- Pour obtenir des précisions, voir le document du CCPMI intitulé [*Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique*](#).¹²
- Pour en savoir davantage sur la conservation et la manipulation des vaccins, voir le document de 2012 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario intitulé [*Guide sur la conservation et la manutention des vaccins*](#).²³

Pratiques exemplaires en matière de médicaments, de vaccins et d'antisepsie cutanée

- 6.1 Les seringues et aiguilles qui ont été utilisées auprès d'un résident ne doivent jamais être réinsérées dans un flacon ou utilisées pour retirer le médicament d'un flacon.¹²
- 6.2 Les seringues ne doivent pas être réutilisées.¹²
- 6.3 Les flacons à dose unique ne doivent pas être réutilisés et les restes des flacons à dose unique ne doivent pas être combinés.¹²
- 6.4 Les seringues ne doivent pas être remplies à l'avance à des fins d'utilisation plus tard.¹²
- 6.5 Les flacons à doses multiples ouverts doivent être éliminés en suivant les directives du fabricant ou 28 jours après leur ouverture, selon la période la plus courte.¹²
- 6.6 Les directives du fabricant des vaccins et du ministère de la Santé relatives à la conservation et à la manipulation des vaccins doivent être suivies.¹²

7. Contrôle de l'environnement

Le contrôle de l'environnement inclut la prise de mesures intégrées à l'infrastructure du FSLD qui se sont révélées efficaces pour réduire les risques d'infection du personnel et des résidents. Cela comprend la prise de mesures administratives, comme ce qui suit :

- Hébergement et placement appropriés : les chambres individuelles, avec salle de bains et lavabo privés, sont privilégiées pour le placement de tous les résidents. Lorsqu'il manque de chambres individuelles pour la pratique des soins de base, les décisions relatives au placement des résidents et au choix des compagnons de chambre doivent être fondées sur la voie de transmission de l'agent infectieux connu ou présumé, les facteurs de risque de transmission par le résident (p. ex. hygiène, état cognitif) et les facteurs de risque d'acquisition par les autres résidents (p. ex. résidents immunodéprimés).
- Utilisation de matériel de soins aux résidents qui soit en bon état (voir 9. [Retraitement du matériel médical](#)).
- Adoption de pratiques de nettoyage efficaces du matériel et de l'environnement (voir ci-après).

Les FSLD devraient adopter des politiques qui énoncent les critères à prendre en compte au moment de choisir les surfaces, les finitions, l'ameublement et le matériel des zones où sont prodigués les soins aux résidents. Ces politiques devraient garantir que toutes les surfaces et finitions, tout l'ameublement et tout le matériel répondent aux exigences de PCI en matière de nettoyage et de désinfection. Elles devraient inclure un processus décisionnel pour la sélection et l'approbation de l'ameublement et du matériel auquel participent le professionnel de la PCI, la SST et les services environnementaux. Ces politiques devraient être appliquées dans tous les cas, que l'ameublement et le matériel soient achetés, prêtés, empruntés ou donnés.

L'approche adoptée pour le nettoyage variera selon la zone à nettoyer. Dans les zones non cliniques comme les entrées et les bureaux administratifs, un nettoyage de « qualité hôtelière » est nécessaire. Un nettoyage plus complet, appelé nettoyage « de qualité hospitalière » doit être effectué dans les zones de soins cliniques, lesquelles ne se limitent pas aux endroits où les résidents reçoivent des soins, mais comprennent également les aires d'attente, les aires d'entreposage de matériel et de fournitures médicaux, les aires de préparation de médicaments, les autres aires impliquées dans la prestation de soins de santé (p. ex. postes infirmiers, salles d'intervention, cliniques et salles d'examen, aires de traitement et de diagnostic) et les salles de bains. Les services environnementaux et le professionnel de la prévention des infections devraient mener une évaluation des risques pour recenser les zones nécessitant un nettoyage « de qualité hospitalière » et déterminer la fréquence requise de nettoyage.

Pour obtenir plus de renseignements sur le contrôle de l'environnement, voir le document du CCPMI intitulé :

- Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé.²⁴
- Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé.¹⁵

Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement

- 7.1 Dans les FSLD, le nettoyage de l'environnement doit être effectué de façon systématique et constante en vue d'assurer un milieu sécuritaire et propre.²⁴
- 7.2 Des ressources suffisantes doivent être consacrées aux services environnementaux afin d'assurer le nettoyage efficace en tout temps, y compris durant les périodes de demande accrue, p. ex. durant une éclosion ou lorsque l'établissement est bondé ou connaît un important roulement de résidents.²⁴
- 7.3 Les FSLD devraient concevoir la structure organisationnelle de leurs services environnementaux de façon à assurer la responsabilisation à tous les échelons et à prévoir :²⁴
 - a. une personne à qui l'on confie la responsabilité générale du nettoyage des installations matérielles;
 - b. des superviseurs chargés d'assurer le respect des politiques et protocoles de santé au travail et de prévention et contrôle des infections, y compris en ce qui a trait à la bonne utilisation de l'équipement de protection individuelle, au maintien d'un environnement de travail sécuritaire et au respect des calendriers et protocoles de nettoyage.
- 7.4 Les FSLD doivent avoir des procédures écrites relatives au nettoyage et à la désinfection du matériel et des zones de soins qui comprennent :²⁴
 - la responsabilité spécifique d'objets et de zones précises
 - des méthodes de nettoyage systématique et suivant le congé/transfert
 - des méthodes de nettoyage dans les zones de construction et de rénovation
 - des méthodes de nettoyage et de désinfection des zones où des précautions supplémentaires doivent être prises
 - la gestion des éclosions
 - des normes et des fréquences de nettoyage.

- 7.5 Si les services environnementaux sont confiés en sous-traitance, les politiques de l'entreprise sous-traitante en matière de santé et de sécurité au travail doivent concorder avec celles de l'établissement.²⁴
- 7.6 Il est préférable de se doter en personnel dédié aux services environnementaux.²⁴
- 7.7 Si d'autres tâches sont assignées au personnel des services environnementaux, les établissements doivent calculer de nouveau les niveaux de dotation en personnel requis, et accorder la priorité aux tâches associées aux services environnementaux.²⁴
- 7.8 Les niveaux de personnel de supervision doivent tenir compte du nombre d'employés chargés du nettoyage et être suffisants pour veiller à ce que :²⁴
- a. tous les membres du personnel reçoivent la formation appropriée
 - b. le milieu de travail soit sécuritaire en tout temps et des procédures de SST et de PCI soient systématiquement respectées, notamment en assurant le port adéquat de l'ÉPI.
- 7.9 Chaque FSLD devrait adopter des politiques et méthodes écrites relatives au nettoyage et à la désinfection appropriés du matériel médical non invasif qui définissent clairement la fréquence et le niveau de nettoyage, et qui attribuent les responsabilités à cet égard.²⁴
- 7.10 Tous les aspects des activités de nettoyage de l'environnement doivent être confiés à des membres du personnel compétents ayant reçu la formation nécessaire.²⁴
- 7.11 Les directeurs et les superviseurs des services environnementaux doivent recevoir une formation.²⁴
- 7.12 Les superviseurs des services environnementaux devraient obtenir une accréditation.²⁴
- 7.13 Le matériel médical non invasif doit être nettoyé et désinfecté après chaque utilisation.²⁴
- 7.14 Le matériel médical non invasif utilisé dans les FSLD, y compris le matériel acheté, emprunté, donné et utilisé à des fins de recherche, doit pouvoir être nettoyé et désinfecté au moyen d'un désinfectant hospitalier.
- 7.15 Les FSLD doivent avoir obtenu des fabricants des directives de nettoyage et de désinfection qui s'appliquent spécifiquement à leur matériel médical non invasif, y compris le matériel acheté, emprunté, donné et utilisé à des fins de recherche.
- 7.16 Le matériel réutilisable utilisé pour le nettoyage doit lui-même être nettoyé et désinfecté au moyen d'un désinfectant hospitalier.
- 7.17 Les produits de nettoyage et de désinfection :²⁴
- a. doivent être approuvés par les services environnementaux, le PPI et le service de santé et de sécurité au travail.

- b. (dans le cas des désinfectants) doivent avoir un DIN attribué par Santé Canada;
 - c. devraient être compatibles avec les surfaces, les finitions, l'ameublement, les objets et le matériel à nettoyer et à désinfecter;
 - d. doivent être utilisés selon les recommandations du fabricant.
- 7.18 Les désinfectants sélectionnés en vue d'être utilisés dans des FSLD :²⁴
- a. doivent agir contre les microorganismes habituellement présents dans les FSLD;
 - b. devraient nécessiter peu de mélange ou de dilution, voire aucun, c'est-à-dire qu'ils devraient être délivrés au moyen d'un proportionneur efficace approprié;
 - c. devraient agir à la température ambiante avec une courte durée d'exposition;
 - d. devraient avoir de faibles propriétés irritantes et allergènes;
 - e. devraient être sans danger pour l'environnement.
- 7.19 Les FSLD devraient choisir un nombre limité de désinfectants hospitaliers pour minimiser la formation requise et les risques d'erreur.²⁴
- 7.20 Les désinfectants hospitaliers utilisés pour la désinfection du matériel non invasif et des surfaces :²⁴
- a. doivent être appliqués uniquement après l'enlèvement de la saleté visible et des autres éléments nuisant à la désinfection;
 - b. doivent être appliqués selon les directives du fabricant quant à la dilution et à la durée d'exposition.
- 7.21 Les chiffons ne doivent pas être plongés à répétition dans la solution désinfectante (c.-à-d. pas de « double-trempe » des chiffons).²⁴
- 7.22 Les aérosols et pulvérisateurs à gâchette ne doivent pas être utilisés pour les produits chimiques de nettoyage.²⁴
- 7.23 Les chariots de nettoyage doivent avoir une séparation claire entre les articles propres et sales.²⁴
- 7.24 Les chariots de nettoyage ne doivent jamais contenir de vêtements personnels, de nourriture ou de boissons.²⁴
- 7.25 Le choix du matériel de nettoyage doit respecter les principes d'ergonomie.²⁴
- 7.26 Le personnel des services environnementaux doit suivre les pratiques exemplaires en matière d'hygiène des mains.²⁴

- 7.27 Le personnel doit retirer les gants et se laver les mains au moment de passer de l'environnement d'un résident à celui d'un autre, et de l'environnement d'un résident à un environnement de soins.²⁴
- 7.28 Le personnel des services environnementaux doit se conformer aux pratiques de base et précautions supplémentaires au moment du nettoyage.²⁴
- 7.29 L'équipement de protection individuelle :²⁴
- a. doit être suffisant et accessible à tout le personnel des services environnementaux
 - b. sera porté conformément aux pratiques de base, aux précautions supplémentaires et aux exigences des fiches de données de sécurité pour la manipulation des produits chimiques
 - c. doit être enlevé immédiatement après l'exécution de la tâche pour laquelle il a été utilisé.
- 7.30 Un processus doit être mis en place afin de mesurer la qualité du nettoyage dans le FSLD.²⁴
- 7.31 Les FSLD doivent avoir des politiques et des méthodes écrites sur la gestion des déversements de sang et d'autres liquides organiques.²⁴
- 7.32 Des calendriers de nettoyage doivent être élaborés en fonction d'une évaluation du risque d'infection de résidents et membres du personnel par contact avec des surfaces contaminées.²⁴
- 7.33 Le matériel électronique utilisé dans les zones de soins doit être nettoyé et désinfecté à la même fréquence que le matériel non électronique.²⁴
- 7.34 Tout le matériel doit être nettoyé et désinfecté avant d'être utilisé par un nouveau résident, y compris le matériel de transport.²⁴
- 7.35 Les FSLD doivent adopter des politiques et des méthodes relatives au nettoyage quotidien et suivant le congé/transfert des chambres faisant l'objet de précautions contre les contacts et précautions contre les contacts/l'exposition aux gouttelettes, y compris les particularités des méthodes requises de nettoyage et désinfection en cas d'ERV, d'EPC, du *C. difficile* et du norovirus.²⁴

Pratiques exemplaires en matière de conception et de rénovation des établissements

- 7.36 Les surfaces, les finitions, l'ameublement et le matériel du FSLD doivent être nettoyables avec des détergents, des produits de nettoyage et des désinfectants hospitaliers (à l'exception des meubles fournis par les résidents), et être lisses, non poreux et sans couture.²⁴
- 7.37 Les services environnementaux, le PPI et le service de santé et de sécurité au travail doivent participer au choix des surfaces, des finitions, de l'ameublement et du matériel dans le milieu de

soins de longue durée, et les FSLD devraient adopter des politiques qui précisent les critères à respecter.²⁴

- 7.38 Les surfaces qui permettent ou favorisent la croissance microbienne ne doivent pas être utilisées dans le FSLD.²⁴
- 7.39 L'ameublement ayant des fissures ou des déchirures doit être retiré des zones de soins jusqu'à ce qu'il soit remplacé, ou qu'il soit réparé de façon à pouvoir être nettoyé efficacement.²⁴
- 7.40 Les meubles et le mobilier rembourrés et les autres articles en tissu ne doivent pas être utilisés dans des zones de soins où habitent des résidents immunodéprimés ou dans d'autres zones de soins.²⁴
- 7.41 Les rideaux séparateurs en tissu doivent immédiatement être retirés, et remplacés ou lavés et désinfectés, s'ils sont contaminés par du sang ou des liquides organiques ou s'ils sont visiblement souillés.²⁴
- 7.42 Les rideaux séparateurs devraient être changés après tout congé.²⁴
- 7.43 Les rideaux séparateurs utilisés pour les résidents faisant l'objet de précautions supplémentaires doivent être retirés, et remplacés ou lavés et désinfectés, après le congé ou le transfert du résident et avant l'admission d'un nouveau résident dans la chambre ou l'espace du lit.²⁴
- 7.44 Des moquettes ne doivent pas être installées dans les zones de soins des FSLD.²⁴
- 7.45 Les housses de plastique utilisées pour recouvrir le matériel doivent être :²⁴
 - a. nettoyées et désinfectées (ou jetées) avant chaque utilisation auprès d'un nouveau résident (matériel de soins aux résidents) ou à intervalles réguliers (matériel non utilisé pour les soins aux résidents, mais présent dans le milieu de soins)
 - b. remplacées si elles sont endommagées.
- 7.46 Le matériel électronique qui ne peut pas être nettoyé et désinfecté ne doit pas être acheté, installé ou utilisé dans les FSLD.²⁴

8. Surveillance

La surveillance est la collecte, la compilation et l'analyse systématiques des données ainsi que la transmission en temps opportun d'information aux intervenants qui ont besoin de cette information pour prendre des mesures concrètes. En PCI, il existe deux types de surveillance : la surveillance des processus et la surveillance des résultats. Ces deux types de surveillance démontreront l'efficacité du programme de PCI lorsqu'il s'agit de protéger les résidents, fournisseurs de soins et visiteurs contre les infections associées aux soins de santé tout en réduisant les coûts relatifs aux infections. Le type et la méthode de surveillance dépendront des types d'infection les plus importants pour le lieu de soins de longue durée, pour les soins ou services fournis et pour la population desservie. La surveillance de certains processus et résultats fait l'objet d'un suivi approprié exécuté en continu; d'autres éléments peuvent être surveillés périodiquement.

Pour obtenir des précisions sur la surveillance de base dans les FSLD quand aucune écloison n'a été déclarée, voir les documents suivants :

- Document du CCPMI intitulé [*Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé*](#).²⁵
- Document du CCPMI intitulé [*Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé*](#).¹³

Les définitions de cas relatives à la surveillance des infections des voies urinaires et des infections de peau, de tissus mous et de muqueuses ont été mises à jour depuis la publication du document de pratiques exemplaires du CCPMI sur la surveillance. Se reporter au document de Happe et coll. [*Surveillance Definitions of Infections in Canadian Long Term Care Facilities*](#)²⁶ pour connaître les définitions de cas de surveillance mises à jour. PCI Canada encourage l'utilisation de ces définitions de cas pour assurer l'identification cohérente des cas et permettre les comparaisons entre les FSLD de l'ensemble du Canada.²⁷ Dans le cas des infections respiratoires et gastro-entérites, les FSLD doivent appliquer aux écloisions les définitions de cas provinciales relatives à la surveillance.^{3,28,29}

Pour obtenir des précisions sur la surveillance des organismes antibiorésistants et *Clostridioides difficile*, voir les documents du CCPMI intitulés :

- [*Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants \(OA\)*](#).¹⁹
- [*Annexe C – Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile*](#).³⁰

Pour obtenir des précisions sur la surveillance d'infections spécifiques parmi le personnel des FSLD, voir :

- Document de l'Ontario Hospital Association et de l'Ontario Medical Association intitulé [*Communicable Diseases Surveillance Protocols*](#).³¹

Pratiques exemplaires générales — surveillance

- 8.1 Les FSLD doivent faire le suivi des processus ciblés de PCI en soumettant les pratiques à des vérifications régulières.¹³
- 8.2 L'hygiène des mains doit être surveillée pour en assurer la conformité et fournir une rétroaction en temps opportun, au moyen d'un outil d'observation viable et validé et d'un processus de formation.²⁰
 - a. Le suivi devrait permettre d'évaluer la conformité aux quatre moments d'hygiène des mains afin d'orienter les mesures de formation et d'assurer la fiabilité.²⁰
- 8.3 Les résultats de la surveillance des processus doivent être analysés et communiqués sans délai; un plan d'amélioration, notamment en matière de responsabilité organisationnelle, doit être élaboré par le secteur ciblé conjointement avec le PPI, en fonction des résultats de la surveillance.¹³
- 8.4 Les FSLD doivent faire le suivi des résultats ciblés de PCI en effectuant la surveillance des infections associées aux soins de santé dans des populations particulières.¹³
- 8.5 Les FSLD devraient veiller à ce qu'une seule personne soit chargée de passer en revue les données de surveillance et de veiller à ce que les constatations soient communiquées aux responsables de la PCI et fournisseurs de soins appropriés (p. ex. médecins qui appuient le FSLD ou qui participent au comité de PCI, directeurs des soins, personnes responsables des indicateurs d'amélioration de la qualité), ainsi qu'aux cadres supérieurs.

Pratiques exemplaires en matière de planification de la surveillance

- 8.6 Comme première étape dans la planification d'un système de surveillance, le FSLD devrait évaluer:²⁵
 - a. les types de résidents qu'il traite
 - b. les principaux procédés et interventions médicaux qu'il exécute
 - c. les types d'infection pour lesquels les patients sont le plus à risque.
- 8.7 Les FSLD devraient effectuer une surveillance quotidienne des infections des voies respiratoires et des gastroentérites.²⁵
- 8.8 Les FSLD devraient s'assurer de pouvoir recenser les cas d'IAVR et de détecter les grappes ou les éclosions d'IAVR.²²

- 8.9 Tous les résidents admis dans un FSLD devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes d'IAVR au moyen de l'algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires.²²
- 8.10 Les FSLD devraient avoir établi des méthodes pour aviser le PPI de ce qui suit :²²
- a. la présence de résidents qui sont admis avec une IAVR ou qui contractent une IAVR, de sorte qu'il puisse surveiller la situation
 - b. toute grappe d'IAVR chez les fournisseurs de soins de santé ou des résidents.
- 8.11 Les administrateurs de FSLD et les médecins traitants doivent faire un signalement au médecin hygiéniste local lorsqu'un résident a une nouvelle IAVR
- ET
- a voyagé récemment dans un pays où une alerte médicale pour cause d'infection des voies respiratoires a été lancée par l'Agence de la santé publique du Canada
- OU
- A été en contact avec une personne qui a une IAVR et a voyagé récemment dans un pays où une telle alerte médicale a été lancée.
- REMARQUE : il n'est pas nécessaire d'obtenir une confirmation en laboratoire avant de procéder au signalement.²²
- 8.12 Quand les FSLD choisissent les résultats sanitaires faisant l'objet de surveillance, en plus des infections nommées plus haut, ils doivent tenir compte des facteurs suivants :²⁵
- la fréquence de l'infection
 - les conséquences de l'infection (y compris le taux de létalité et les coûts excédentaires associés à l'infection)
 - le caractère évitable de l'infection.
- 8.13 Les résultats sanitaires faisant l'objet de surveillance doivent être réévalués au moins annuellement.²⁵
- 8.14 Les FSLD devraient utiliser des définitions de cas validées et normalisées pour les infections associées aux soins de santé.²⁵
- 8.15 Les FSLD devraient adopter des mesures pour s'assurer que les définitions de cas sont appliquées avec uniformité et exactitude.²⁵

Pratiques exemplaires en matière de collecte des données de surveillance

- 8.16 Les FSLD devraient avoir recours à la surveillance active en raison de la sensibilité élevée qui y est associée en contexte de recherche de cas.²⁵

Pratiques exemplaires en matière d'analyse des données de surveillance

- 8.17 Les taux d'infection associée aux soins de santé devraient être modulés en fonction de la durée des séjours des résidents en utilisant comme dénominateur le nombre de jours-résidents plutôt que le nombre d'admissions ou le nombre de lits.²⁵
- 8.18 Les taux d'infection associée à un dispositif médical qui sont modulés en fonction de la durée de l'exposition au dispositif devraient être calculés.²⁵
- 8.19 Pendant la collecte de données relatives au dénominateur des taux d'infections associées aux dispositifs médicaux, des données devraient être recueillies sur la durée de l'exposition de chaque résident à un dispositif donné, plutôt que le nombre total de jours d'exposition de l'ensemble des résidents au dispositif.²⁵
- 8.20 Les FSLD devraient utiliser des systèmes électroniques qui conservent des données et facilitent le calcul des taux d'infections associées aux soins de santé.²⁵

Pratiques exemplaires en matière d'interprétation des taux d'infection

- 8.21 Un collègue qui s'y connaît en matière d'épidémiologie et d'analyse de données devrait passer en revue les taux d'infections associées aux soins de santé et en vérifier l'exactitude avant qu'on en fasse l'interprétation.²⁵
- 8.22 Le cas échéant, on devrait explorer la possibilité que les écarts dans les taux d'infection de l'établissement par rapport à ceux des périodes précédentes soient le résultat de changements aux pratiques organisationnelles ou pratiques de surveillance.²⁵
- 8.23 Des FSLD semblables qui utilisent les mêmes définitions de cas et des méthodes de recherche de cas similaires devraient former un groupe de comparaison. Tout PPI qui compare les taux d'infections associées aux soins de santé obtenus à ceux d'autres FSLD devrait tenir compte des méthodes de surveillance utilisées dans ces établissements.²⁵

- 8.24 En plus de comparer leurs résultats à ceux d'autres établissements, les FSLD devraient fixer leurs propres cibles.
- 8.25 Si l'équipe de contrôle des infections constate qu'un taux élevé d'infections associées aux soins de santé représente un risque accru d'infection, elle devrait faire appel à un cadre conceptuel (comme le modèle de chaîne d'infection) pour tenter d'expliquer ce taux élevé et explorer les améliorations à apporter aux pratiques de contrôle des infections pour le réduire.²⁵

Pratiques exemplaires en matière de communication des données de surveillance

- 8.26 La communication des données de surveillance devrait se faire sur une base systématique et continue, et viser ceux qui ont le pouvoir de changer les pratiques en matière de contrôle des infections. Tous les rapports de surveillance devraient être clairs et faciles à suivre, et comprendre des aides visuelles comme des graphiques circulaires, des graphiques à barres et des diagrammes.²⁵

Pratiques exemplaires en matière d'évaluation des systèmes de surveillance

- 8.27 Le processus de surveillance mis en place dans un FSLD (p. ex. l'application des définitions de cas, la recherche de cas et les modes de communication) devrait être régulièrement revu et des modifications devraient être apportées au besoin. Les résultats des systèmes de surveillance (c.-à-d. réductions observées du risque d'infection) devraient être revus au moins tous les ans, et les objectifs de ces systèmes devraient être revus au besoin.²⁵

9. Retraitement du matériel médical

Le matériel médical doit bien fonctionner et faire l'objet de l'entretien préventif nécessaire, dont l'information est consignée dans un registre. On doit pouvoir laver, désinfecter et (ou) stériliser tout produit utilisé pour prodiguer des soins aux résidents en respectant les normes et lignes directrices les plus à jour de l'Association canadienne de normalisation et de l'Agence de la santé publique du Canada/Santé Canada, ainsi que les pratiques exemplaires de l'Ontario.

On applique les critères de Spaulding pour déterminer le degré de retraitement requis des instruments et appareils médicaux.

- Le matériel non invasif touche que la peau intacte et aucune muqueuse, et n'entre pas en contact direct avec le résident. À tout le moins, le matériel non invasif (p. ex. électrocardiographes, sondes d'échographies périphériques, oxymètres, stéthoscopes, brassards de tensiomètre, bassines de lit, aides à la mobilité) devrait faire l'objet d'un nettoyage suivi d'une désinfection partielle.
- Le matériel semi-invasif entre en contact avec de la peau non intacte ou des muqueuses, mais sans les pénétrer. À tout le moins, le matériel semi-invasif devrait faire l'objet d'un nettoyage suivi d'une désinfection complète. La stérilisation est à privilégier (p. ex. spéculums vaginaux).
- Le matériel invasif pénètre des tissus stériles, y compris le système vasculaire. Le matériel invasif devrait faire l'objet d'un nettoyage suivi d'une stérilisation (p. ex. matériel de soins des pieds).*†

* Bien qu'il ne soit pas nécessaire de stériliser tout le matériel de soins des pieds après l'avoir utilisé étant donné que le niveau de retraitement requis dépend de l'usage prévu du dispositif et du risque potentiel d'infection associé à cet usage, selon la compréhension du mode d'utilisation du dispositif, du risque de blessures involontaires ou d'exposition à du sang qui accompagne bon nombre des procédures de soins des pieds et des directives générales de retraitement en cours, le CCPMI recommande que tout le matériel de soins des pieds multipatients utilisé en milieu de soins de santé dans le cadre de procédures qui percent la peau, pourraient percer la peau ou pourraient exposer le dispositif à du sang fasse l'objet d'une stérilisation entre chaque usage, et de préférence une stérilisation à la vapeur. La stérilisation sélective des dispositifs uniquement lorsque la peau a été percée n'est pas une option viable étant donné que tout dispositif doit être stérilisé au moment de percer involontairement la peau, ce qu'on ne peut pas prévoir. Cette recommandation est conforme aux recommandations de l'Association canadienne de normalisation³², de Santé Canada³³ et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC)³⁴. Les instruments non invasifs et réutilisables de soins des pieds, comme les marteaux à réflexe et porte-cônes et capuchons réutilisables, ne nécessitent pas de stérilisation, mais peuvent faire l'objet d'un nettoyage et d'une stérilisation partielle.

Le matériel de soins des pieds qui appartient à un client et est uniquement utilisé par ce client n'exige pas de désinfection entre les utilisations s'il est nettoyé adéquatement et entreposé au sec entre ses utilisations, et s'il n'est pas utilisé à d'autres fins que celle des soins des pieds. Il importe d'utiliser uniquement ces instruments pour effectuer des procédures simples, comme tailler des ongles en santé, et non des procédures invasives ou complexes. Ces instruments doivent également être étiquetés et conservés dans un endroit sûr afin d'éviter leur utilisation accidentelle par d'autres personnes (c'est-à-dire ne pas les conserver dans une salle de bains commune).

Le matériel médical réutilisable doit être lavable; on doit aussi pouvoir le désinfecter ou le stériliser, selon ce qui est approprié. Pour un petit FSLD, cela pourrait ne pas être économique ou réalisable en temps voulu, et d'autres options devraient être envisagées. La quantité de matériel et sa fréquence d'utilisation devraient être les indicateurs utilisés pour déterminer si le retraitement à l'interne est possible, s'il est préférable de retenir les services d'une entreprise extérieure de retraitement ou s'il est plus économique de faire l'acquisition de matériel jetable. Pour en savoir plus sur le retraitement, voir les documents suivants :

- Document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins.*³⁵
- Document de SPO intitulé *Algorithm for Level of Reprocessing for Equipment and Instruments.*³⁶
- Document de SPO intitulé *Étapes de retraitement.*³⁷
- Document du CCPMI intitulé *Recommandations relatives aux zones de retraitement.*³⁸
- Document de SPO intitulé *Matière à considération au moment de faire l'achat d'un stérilisateur de table à vapeur.*³⁹
- Document du CCPMI intitulé *Zones d'entreposage du matériel stérile et maintien de la stérilité.*⁴⁰

Pratiques exemplaires en matière de retraitement du matériel médical

- 9.1 Le FSLD doit, au minimum, adopter des politiques et des procédures concernant tous les volets du retraitement fondées sur des normes et des recommandations reconnues et faisant l'objet d'un examen au moins une fois par an.³⁵
- 9.2 La méthode, le degré et les produits de retraitement utilisés pour le matériel médical doivent refléter l'utilisation prévue du matériel ainsi que les dangers potentiels d'infection découlant de l'utilisation du matériel.¹²
- 9.3 Le matériel médical invasif ou semi-invasif désigné à usage unique ne doit pas être retraité ou réutilisé à moins que le retraitement ne soit effectué par un retraiteur autorisé.¹²

- 9.4 La méthode de stérilisation doit faire l'objet d'un test et d'un contrôle, avec consignation et vérification des résultats.¹²
- 9.5 Le rendement de tous les stérilisateurs doit être évalué à l'aide de contrôles et d'indicateurs physiques, chimiques et biologiques.¹²
- 9.6 Une procédure doit être établie pour le rappel du matériel médical qui n'a pas été retraité correctement.¹²
- 9.7 Les FSLD doivent avoir des systèmes de ventilation adaptés au procédé ou produit utilisé pour protéger le personnel des vapeurs toxiques.¹²
- 9.8 On doit respecter les normes de la Canadian Standards Association lorsqu'on retire du matériel médical.¹²
- 9.9 On doit utiliser des désinfectants chimiques conformément à la réglementation de la [Loi sur la santé et la sécurité au travail](#).¹

10. Mesures administratives

Les mesures administratives sont des mesures qu'adoptent les FSLD afin de protéger le personnel contre les infections. Ces mesures ciblent des champs d'activités comme les politiques de santé au travail, l'immunisation du personnel, la prévention de la tuberculose, la gestion des infections chez les fournisseurs de soins de santé, l'exposition du personnel et les protocoles de gestion des expositions, ainsi que l'étiquette respiratoire.

Pour obtenir plus de renseignements sur les mesures administratives, voir les documents du CCPMI intitulés :

- [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé.](#)¹⁵
- [Annexe B : Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires.](#)²²

Pratiques exemplaires en matière de mesures administratives

- 10.1 S'assurer que l'on s'attende clairement à ce que le personnel ne se rende pas au travail s'il présente des symptômes de maladie d'origine infectieuse, et que cette attente soit fondée sur des politiques appropriées de gestion de la présence au travail.¹⁵
- 10.2 Les fournisseurs de soins de santé qui manifestent des symptômes d'une infection aiguë des voies respiratoires doivent signaler leur état aux services de santé et de sécurité au travail ou au service délégué.²²
- 10.3 Le PPI devrait alerter les services de santé et de sécurité au travail de toute grappe de cas d'infection aiguë des voies respiratoires chez les résidents de sorte qu'ils puissent faire un suivi auprès des fournisseurs de soins de santé. Les services de santé et de sécurité au travail devraient alerter (de façon non nominative) le PPI de toute grappe de cas d'infection aiguë des voies respiratoires chez les fournisseurs de soins de santé.²²
- 10.4 Les employeurs sont tenus de déclarer toute infection acquise en milieu de travail par leur personnel au Comité mixte de la santé et de la sécurité.²²
- 10.5 Si un travailleur acquiert une infection professionnelle ou qu'une réclamation relative à une infection professionnelle a été déposée auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, un avis écrit doit être transmis au ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences.¹³

- 10.6 Les services de santé et de sécurité au travail doivent effectuer l'évaluation de tous les fournisseurs de soins pour permettre la détection des états reliés aux maladies transmissibles susceptibles de se propager dans le milieu de soins de longue durée.¹
- 10.7 Les fournisseurs de soins de santé doivent avoir accès aux vaccins appropriés les protégeant contre les maladies transmissibles dans leur lieu de travail.¹³
- 10.8 La vaccination annuelle contre la grippe devrait constituer une condition d'emploi ou de maintien de l'emploi dans un FSLD.¹³
- 10.9 Le vaccin contre la grippe devrait être facilement accessible. On devrait en faire la promotion au travail.²²
- 10.10 Tous les FSLD devraient adopter des politiques de vaccination des fournisseurs de soins de santé qui sont conformes au document *Influenza Surveillance Protocol for Ontario Hospitals* élaboré conjointement par l'Ontario Hospital Association et l'Ontario Medical Association.²²
- 10.11 Les FSLD doivent mettre en œuvre un programme pour faire face aux expositions du personnel, y compris les expositions à du sang et à d'autres liquides organiques.¹⁵
- 10.12 Les FSLD doivent mettre en œuvre un programme de promotion de l'étiquette respiratoire auprès du personnel, des résidents et des visiteurs du FSLD.¹⁵

11. Gestion des éclosions

Les infections associées aux soins de santé sont qualifiées d'éclosion quand leur incidence est supérieure aux taux habituels. L'intervention précoce visant à prévenir les éclosions ou à limiter la propagation des infections lors d'éclosions permettra d'interrompre la transmission de la maladie et d'en réduire l'impact sur les coûts et la santé des résidents. Il est possible de détecter la présence d'éclosions en :

- utilisant des données de surveillance de base sur l'incidence des infections associées aux soins de santé afin de détecter toute hausse de cas
- appliquant les définitions de cas relatives à la surveillance des éclosions pour déterminer si les critères de déclaration d'une éclosion ont été atteints
- veillant à ce que les fournisseurs de soins de santé déclarent immédiatement au programme de PCI toute grappe de cas ou éclosion potentielle
- veillant à ce que les PPI examinent sans délai les rapports de microbiologie pour repérer les grappes inhabituelles de cas ou la présence anormalement élevée de certaines espèces ou souches de microorganismes.

En cas d'éclosion, le FSLD mettra sur pied une équipe multidisciplinaire de gestion de l'éclosion. Cette équipe devrait avoir le pouvoir d'apporter des changements à la pratique ou d'adopter toute autre mesure nécessaire pour maîtriser l'éclosion (p. ex. interdire l'admission de nouveaux résidents dans les unités touchées; regrouper en cohortes les résidents et (ou) membres du personnel; modifier/suspendre les activités communes, accroître la fréquence du nettoyage).

Les FSLD devraient aussi veiller à ce que les services de laboratoire auxquels ils font appel sont en mesure de mener ou d'obtenir les analyses requises, et d'en faire rapport en temps opportun pour appuyer l'investigation des éclosions.

Tous les établissements devraient avoir l'expertise et les ressources appropriées pour gérer les éclosions, y compris en ce qui a trait au soutien additionnel requis des bureaux de santé publique et à la liaison avec d'autres établissements de soins de santé, avec les centres universitaires de sciences de la santé, à avec [l'équipe régionale de soutien à la prévention et au contrôle des infections](#) de SPO, etc.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la préparation aux éclosions, la détection, l'investigation et la gestion des éclosions, et les mesures de contrôle visant les résidents, le personnel et les bénévoles, voir les documents suivants :

- Document du CCPMI intitulé [Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé](#).¹³

- Document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé.*²⁴
- Document du CCPMI intitulé *Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants (OA).*¹⁹
- Document du CCPMI intitulé *Annexe C – Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile.*³⁰
- Document du ministère de la Santé et des Soins de longue durée intitulé *Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018.*²⁸
- Document du ministère de la Santé et des Soins de longue durée intitulé *Recommandations pour le contrôle des épidémies de gastro-entérite dans les foyers de soins de longue durée.*²⁹

Pratiques exemplaires en matière de gestion des éclosions

- 11.1 Tous les FSLD doivent avoir le pouvoir et la capacité de repérer et de gérer les grappes ou éclosions de maladies infectieuses.¹³
- 11.2 Les éclosions dans les FSLD devraient être gérées par une équipe multidisciplinaire qui comprend le PPI et le bureau de santé publique local.¹³
- 11.3 Le PPI devrait avoir le pouvoir d'instaurer des mesures de gestion d'une éclosion pouvant aller jusqu'à la fermeture de l'unité touchée.¹³
- 11.4 Un personnel suffisant et convenablement formé doit être disponible pour assurer la propreté et la sécurité de l'environnement et permettre l'affectation de ressources additionnelles au nettoyage de l'environnement en cas d'éclosion.¹³

Références

1. Ontario. Ministère de la Santé; ministère des Soins de longue durée. Gestion des situations d'urgence : Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe de 2013 [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2013 [modifié le 9 août 2018; cité le 28 octobre 2020]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/emb/pan_flu/pan_flu_plan.aspx
2. *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07108>
3. *Dispositions générales*, Règl. de l'Ont. 79/10. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/100079>
4. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. O.1. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01>
5. *Établissements d'hébergement et de soins de santé*, Règl. de l'Ont. 67/93. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/930067>
6. *Sécurité des aiguilles*, Règl. de l'Ont. 474/07. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/070474>
7. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07>
8. *Dépôts d'aliments*, Règl. de l'Ont. 493/17. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/170493>
9. *Loi sur la protection de l'environnement*, L.R.O. 1990, c E.19. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90e19>
10. *Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses*, 1992, L.C. 1992, chap. 34. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/t-19.01/page-1.htmls>
11. *Loi sur le transport de matières dangereuses*, L.R.O. 1990, chap. D.1. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90d01>
12. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique [Internet]. 1^{re} révision. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2015 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-clinical-office-practice.pdf?la=fr>
13. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé [Internet]. 3^e édition. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-ipac-hc-settings.pdf?la=fr>
14. Infection Prevention and Control Canada. Infection prevention and control (IPAC) program standard [Internet]. Winnipeg, MB: Infection Prevention and Control Canada; 2016 [cité

le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://PCI-canada.org/photos/custom/CJIC/Vol31No4supplement.pdf>

15. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. 3^e édition. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?la=fr> dans tous les établissements de soins de santé
16. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Formation de base en PCI [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/education-and-events/online-learning/ipac-fundamentals>
17. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). Infection prevention guide to long-term care. 2nd ed. Arlington, VA: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2019.
18. Agence de la santé publique du Canada. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins. Ottawa, ON: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2016. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf>
19. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants (OA) dans tous les établissements de soins de santé, annexe du document Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2013. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/a/2013/aros-screening-testing-surveillance.pdf?la=fr>
20. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé. 4^e édition. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2014. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2014/bp-hand-hygiene.pdf?la=fr>
21. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?la=fr>
22. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Annexe B : Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires, annexe du document Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2013. Disponible à : <http://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-prevention-transmission-ari.pdf?la=fr>

23. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide sur la conservation et la manutention des vaccins [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/reference/vaccine%20storage_handling_guidelines_fr.pdf
24. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé [Internet]. 3^e édition. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-environmental-cleaning.pdf?la=fr>
25. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé. 3^e édition. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2014. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-hai-surveillance.pdf?la=fr>
26. Happe J, Stoll F, Biluk L, Cargill K, Cuff A, Cerkowniak G, et al. Surveillance definitions of infections in Canadian long term care facilities. PCI News. 2017;Fall:10-7. Disponible à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/Documents/Canadian%20LTC%20Surveillance%20Definitions.pdf>
27. Infection Prevention and Control Canada. Position statement: surveillance in long-term care settings [Internet]. Winnipeg, MB: Infection Prevention and Control Canada; 2019 [cité le 2020 Aug 19]. Disponible à : https://PCI-canada.org/photos/custom/Members/pdf/PCI_LTC_Surveillance_Position_Statement_June2019_FINAL.pdf
28. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/reference/respiratory_infectn_ctrl_guide_ltc_2018_fr.pdf
29. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Recommandations pour le contrôle des épidémies de gastro-entérite dans les foyers de soins de longue durée. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/reference/Control_Gastroenteritis_Outbreaks_2018_fr.pdf
30. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Annexe C – Analyse, surveillance et gestion du *Clostridium difficile*, annexe du document Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2013. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/cdiff-testing-surveillance-management.pdf?la=fr>
31. Ontario Hospital Association. Communicable diseases surveillance protocols [Internet]. Toronto, ON: Ontario Hospital Association; [cité le 28 octobre 2020]. Disponible à :

<https://www.oha.com/labour-relations-and-human-resources/health-and-safety/communicable-diseases-surveillance-protocols>

32. Groupe CSA. CAN/CSA Z314-18 : Retraitement des dispositifs médicaux au Canada. Toronto, ON: Groupe CSA; 2018
33. Santé Canada. Soins des pieds à l'intention des dispensateurs de soins dans la collectivité. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 1997;23(S8):i-2-7. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP3-1-23-S8-fra.pdf
34. Centers for Disease Control and Prevention. Guide to infection prevention for outpatient podiatry settings [Internet]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2018 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/Podiatry-Guide_508.pdf
35. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins. 3^e édition. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2013. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2013/bp-cleaning-disinfection-sterilization-hcs.pdf?la=fr>
36. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). At a glance: algorithm for level of reprocessing for equipment and instruments [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/a/2018/at-a-glance-PCI-pss-reprocessing-algorithm.pdf?la=en>
37. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Étapes de retraitement [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/r/2018/reprocessing-steps.pdf?la=fr>
38. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Recommandations relatives aux zones de retraitement [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/c/2017/cds-physical-space-decontamination.pdf?la=fr>
39. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Matière à considération au moment de faire l'achat d'un stérilisateur de table à vapeur [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/P/2017/purchasing-tabletop-sterilizer.pdf?la=fr>
40. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Zones d'entreposage du matériel stérile et maintien de la stérilité [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017 [cité le 11 novembre 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/c/2017/cds-storage-sterility.pdf?la=fr>

Public
Health
Ontario

Santé
publique
Ontario

Santé publique Ontario

480, av. University, bureau 300

Toronto, Ontario

M5G 1V2

647 260-7100

PCI@oahpp.ca

santepubliqueontario.ca

Ontario 