



# Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections dans un contexte de soins de longue durée

Avril 2026

## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario (SPO) 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. SPO met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs. Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter [publichealthontario.ca/fr](http://publichealthontario.ca/fr).

## À propos du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses — prévention et contrôle des infections

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – prévention et contrôle des infections (CCPMI-PCI) est un comité multidisciplinaire de professionnels de la santé d'une grande expertise et expérience en matière de prévention et contrôle des infections. Le comité conseille SPO relativement à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales en tenant compte de la totalité du système de santé, portant une attention particulière aux clients, aux patients et aux résidents ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé. Le CCPMI-PCI rédige des documents de pratique exemplaire fondée sur des preuves, dans la plus grande mesure possible, afin d'aider les établissements de santé à améliorer la qualité des soins ainsi que d'augmenter la sécurité des clients, des patients et des résidents.

## Avis de non-responsabilité

Le présent document a été préparé par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI) pour Santé publique Ontario (SPO). Le CCPMI-PCI prodigue à Santé publique Ontario des conseils fondés sur les données probantes concernant les questions de prévention et de contrôle des infections. Les travaux du CCPMI-PCI ont été guidés par les données disponibles au moment de l'élaboration du présent document. Les outils et les documents sur les pratiques exemplaires que produit le CCPMI-PCI sont l'expression de l'opinion généralisée de ses membres relativement aux pratiques qu'ils jugent prudentes. Ces ressources sont mises à la disposition des services de santé publique et des fournisseurs de soins de santé. L'application et l'usage de ce document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. SPO n'assume aucune responsabilité découlant d'une telle application ou d'un tel usage. Ce document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales uniquement, pourvu que SPO soit citée comme étant la source. Aucune modification ne doit lui être apportée sans l'autorisation écrite expresse de Santé publique Ontario.

## Pour nous joindre

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Courriel : [pidac@oahpp.ca](mailto:pidac@oahpp.ca)

## Citer le présent document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections dans un contexte de soins de longue durée Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026.

ISBN : 978-1-4868-8690-6

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026

## Auteurs et collaborateurs

### Membres du CCPMI-PCI

**D<sup>r</sup> Dominik Mertz, président**

Professeur agrégé, directeur médical, contrôle des infections, Hamilton Health Sciences, Hamilton

**Maria Louise Azzara**

Spécialiste en prévention et contrôle des infections, services de santé et communautaires de la région de York, Richmond Hill

**D<sup>r</sup> Zain Chagla**

Codirecteur médical, contrôle des infections et chef du service de lutte contre les maladies infectieuses, St. Joseph's Healthcare, Hamilton

**D<sup>r</sup> William Ciccotelli, vice-président**

Maladies infectieuses et microbiologie médicale, hôpital Grand River, Kitchener

**Megan Clarke**

Praticienne du contrôle des infections, The Hospital for Sick Children, Toronto

**D<sup>re</sup> Reena Lovinsky**

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, Scarborough Health Network, Scarborough

**Liz McCreight**

Directrice, prévention et contrôle des infections et gestion du risque, Sinai Health, Toronto

**Francine Paquette**

Directrice, prévention et contrôle des infections, peopleCare Communities, Waterloo

**D<sup>re</sup> Herveen Sachdeva**

Médecin hygiéniste adjointe, Bureau de santé de Toronto, Toronto

**Laurie Streitenberger**

Gestionnaire principale, prévention et contrôle des infections, The Hospital for Sick Children, Toronto

**D<sup>re</sup> Nisha Thampi**

Directrice médicale prévention et contrôle des infections, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa

**D<sup>r</sup> Alon Vaisman**

Épidémiologiste hospitalier, prévention et contrôle des infections, University Health Network, Toronto

**Erika Vitale**

Directrice, prévention et contrôle des infections et planification pandémique, hôpital régional de Windsor, Windsor

## Remerciements

CCPMI-PCI tient à souligner la contribution à la rédaction de ce document des anciens membres du CCPMI-PCI :

**D<sup>r</sup> Matthew Muller (ancien président)**

Directeur médical, prévention et contrôle des infections, St. Michael's Hospital, Toronto

**D<sup>r</sup> Jeffrey Eruvwetaghware**

Directeur, Qualité, risque, rendement opérationnel et contrôle des infections, Weeneebayko Area Health Authority, Moose Factory

**Zahir Hirji**

Chef, protection de la vie privée et gestion du risque, Scarborough Health Network, Toronto

**D<sup>re</sup> Susy Hota**

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, University Health Network, Toronto

**D<sup>re</sup> Jennie Johnstone**

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, Sinai Health, Toronto

**D<sup>r</sup> Mike Payne**

Directeur médical, prévention et contrôle des infections, London Health Sciences Centre, London

Le CCPMI-PCI et SPO tiennent à remercier D<sup>r</sup> Matthew Muller d'avoir continué à diriger la rédaction du présent document après la fin de son mandat à titre de président du comité.

Le CCPMI-PCI tient à souligner les contributions de D<sup>r</sup> Kevin Katz, North York General Hospital, qui a servi à titre d'expert-conseil et de Mary Boutette, Perley Health et Deanna Leach, Grey County Long-Term Care, qui ont servi à titre d'experts externes.

Le CCPMI-PCI tient également à souligner l'apport de ses partenaires gouvernementaux : du ministère de la Santé, Helen Bedkowski (de juin 2023 à décembre 2024), D<sup>re</sup> Kate Bingham (à compter d'avril 2025), Elizabeth Choi (à compter de février 2025), Melissa Helferty (jusqu'en juin 2023), D<sup>re</sup> Michelle Murti (d'août 2024 à février 2025), D<sup>re</sup> Barbara Yaffe (de juin 2023 à août 2024); du ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences, D<sup>r</sup> Nikhil Rajaram; et du ministère des Soins de longue durée, Jacky Sweetnam.

Ce document a été préparé pour le comité par le secrétariat du CCPMI-PCI en son nom : Anne Augustin, D<sup>re</sup> Michelle Science, Meghan Davies, Tanya Denich, Rhodora Laylo, Mabel Lim (jusqu'à mars 2023), Arezou Saedi, Eva Skiba, Kate Sanderson, Sera Thomas, Sarah Traynor, Sandra Callery (jusqu'à septembre 2022), D<sup>re</sup> Jennifer Robertson, D<sup>r</sup> Samir Patel et D<sup>re</sup> Jessica Hopkins. Le CCPMI-PCI tient également à remercier les membres du personnel de SPO œuvrant au sein de l'équipe de PCI, les relations avec les parties prenantes, les services de bibliothèque, le service des communications, ainsi que publications et développement de produits pour leur aide durant la rédaction de ce document.

# Table des matières

---

<b>Abréviations</b> .....	<b>1</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>2</b>
<b>Préambule</b> .....	<b>11</b>
<b>1.0 Législation relative à la PCI dans les foyers de soins de longue durée</b> .....	<b>13</b>
1.1 <i>La Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> .....	13
1.2 Le règlement sur les établissements d’hébergement et de soins de santé.....	15
1.3 Le Système d’information sur les matières dangereuses utilisées au travail .....	16
1.4 <i>Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée</i> .....	17
1.5 Autres exigences législatives et normes pertinentes en matière de PCI .....	17
Exigences réglementaires .....	18
Recommandation.....	18
<b>2.0 Structure, fonctionnement et ressources nécessaires du programme de PCI</b> .....	<b>19</b>
2.1 Objectifs et fonctions essentielles du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI).....	19
2.2 Structure du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) .....	20
2.2.1 Structure du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les petits foyers de soins de longue durée.....	22
2.3 Fonctions du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI).....	23
2.4 Ressources nécessaires au programme de PCI .....	26
2.4.1 Autres besoins en ressources .....	28
Exigences réglementaires .....	29
Recommandations .....	29
<b>3.0 Formation et perfectionnement du personnel</b> .....	<b>31</b>
3.1 Formation et perfectionnement du personnel .....	31
3.2 Formation des résidents, des visiteurs et des aidants essentiels .....	33
Exigences réglementaires .....	33
Recommandations .....	33
<b>4.0 Pratiques de base</b> .....	<b>34</b>
4.1 Aperçu des pratiques de base .....	37
4.1.1 Éléments constitutifs des pratiques de base .....	37
4.1.2 Pratiques de base pour les visiteurs et les proches aidants .....	38
4.2 Évaluation des risques au point de service .....	39
4.3 Hygiène des mains .....	43

4.3.1	Programme d'hygiène des mains.....	43
4.3.2	Les principes fondamentaux de l'hygiène des mains .....	46
4.3.3	Sélection et emplacement des produits .....	48
4.3.4	Techniques d'hygiène des mains — comment procéder correctement.....	53
4.3.5	Hygiène des mains des résidents et des visiteurs.....	54
4.4	Étiquette respiratoire.....	55
4.5	Port continu du masque.....	56
4.6	Équipement de protection individuelle pour les pratiques de bases .....	57
4.6.1	Gants .....	58
4.6.2	Blouses .....	60
4.6.3	Protection faciale .....	61
4.7	Contrôle de l'environnement et mesures administratives .....	64
4.7.1	Contrôle de l'environnement.....	65
4.7.2	Mesures administratives.....	65
	Exigences réglementaires .....	66
	Recommandations.....	66
<b>5.0</b>	<b>Précautions supplémentaires .....</b>	<b>68</b>
5.1	Voies de transmission des infections.....	69
5.2	Types de précautions supplémentaires .....	70
5.2.1	Les éléments de précautions supplémentaires .....	73
5.3	Amorcer les précautions supplémentaires .....	80
5.4	Précautions supplémentaires et fournisseurs de soins essentiels/visiteurs .....	84
5.5	Arrêt des précautions supplémentaires.....	84
5.6	Incidence des précautions supplémentaires sur la qualité des soins et la qualité de vie .....	86
	Recommandations.....	88
<b>6.0</b>	<b>Sécurité des médicaments et gestion des vaccins.....</b>	<b>90</b>
6.1	Mesures pour la préparation et l'entreposage sécurisés des médicaments.....	90
6.2	Administration sécuritaire des médicaments injectables.....	91
6.2.1	Technique d'asepsie.....	91
6.2.2	Flacons à dose unique.....	91
6.2.3	Flacons multidoses.....	92
6.3	Réfrigérateurs .....	93
6.4	Vaccins .....	93
6.5	Solutions d'irrigation stérile.....	94

6.6	Gouttes et onguents ophtalmiques .....	94
6.7	Tests au point de service.....	95
	Recommandations .....	95
<b>7.0</b>	<b>Nettoyage de l'environnement.....</b>	<b>96</b>
7.1	Exigences organisationnelles et de ressources pour un programme des services de l'environnement efficace .....	97
7.1.1	Politiques et procédures .....	98
7.1.2	Effectifs .....	99
7.1.3	Services contractuels .....	101
7.2	Favoriser et maintenir un environnement propre.....	101
7.2.1	Choix des surfaces, finitions, meubles et matériels.....	101
7.2.2	Considérations relatives à des types spécifiques de surfaces, finitions, meubles et matériels .....	103
7.2.3	Maintenir un environnement lavable .....	105
7.3	Choix des produits de nettoyage, désinfectants, lingettes désinfectantes et chiffons .....	105
7.3.1	Choix des produits de nettoyage et de désinfection .....	106
7.3.2	Choix des lingettes désinfectantes ou des chiffons .....	107
7.4	Pratiques générales de nettoyage pour obtenir une propreté de niveau « milieu de santé »	108
7.4.1	Exigences de nettoyage et de désinfection dans les établissements de soins de santé ..	108
7.4.2	Méthodes de nettoyage et de désinfection.....	110
7.4.3	Fréquence du nettoyage périodique .....	111
7.4.4	Approche pour le nettoyage régulier des chambres et espaces de lit des résidents et des autres zones de soins pour résidents .....	113
7.4.5	Locaux de service/fournitures pour matériels souillés et propres .....	117
7.4.6	Nettoyage des sols .....	118
7.4.7	Entretien et entreposage des fournitures et matériels utilisés pour le nettoyage de l'environnement .....	119
7.5	Nettoyage et désinfection du matériel non critique et des articles spécialisés .....	121
7.5.1	Nettoyage et désinfection du matériel non critique .....	121
7.5.2	Nettoyage et désinfection du matériel non critique spécialisé .....	122
7.6	Nettoyage et désinfection lorsque les résidents sont soumis aux précautions supplémentaires .....	127
7.6.1	Préparation du nettoyage de la chambre ou de l'espace de lit d'un résident soumis aux précautions supplémentaires .....	127

7.6.2 Nettoyage de la chambre ou de l'espace de lit d'un résident soumis aux précautions supplémentaires .....	128
7.7 Pratiques de nettoyage et de désinfection pour situations particulières.....	131
7.7.1 Déversement de sang ou contamination importants par d'autres liquides organiques..	131
7.7.2 Inondations .....	132
7.7.3 Nettoyage de l'environnement lors des activités de construction.....	133
7.8 Gestion de la blanchisserie et des déchets du foyer.....	135
7.8.1 Gestion de la blanchisserie et de la literie .....	135
7.8.2 Gestion des déchets biomédicaux .....	139
7.9 Exigences en matière de formation, de prévention des infections et de santé au travail pour le personnel des services de l'environnement .....	142
7.9.1 Formation.....	142
7.9.2 Principes de prévention et de contrôle des infections pour le personnel des services de l'environnement .....	144
7.9.3 Principes et pratiques de santé au travail pour les services de l'environnement .....	145
7.10 Évaluation de la propreté et contrôle de la qualité .....	147
7.10.1 Supervision du nettoyage et de la propreté dans le FSLD — Tout mettre en place .....	149
Obligations légales.....	149
Recommandations .....	151
<b>Récapitulatif des obligations légales et des recommandations .....</b>	<b>155</b>
<b>Références.....</b>	<b>172</b>
<b>Annexe A : Éléments constitutifs des précautions de contact .....</b>	<b>189</b>
<b>Annexe B : Éléments constitutifs des précautions relatives aux gouttelettes.....</b>	<b>191</b>
<b>Annexe C : Liste de contrôle pour une utilisation sûre des médicaments.....</b>	<b>192</b>
<b>Annexe D : Exemples d'éléments fréquemment touchés dans le milieu des soins de longue durée... </b>	<b>194</b>
<b>Annexe E : Exemples d'objets et de surfaces fréquemment touchés dans les foyers de SLD.....</b>	<b>196</b>

# Abréviations

---

DMBA	Désinfectant pour les mains à base d'alcool	CMSS	Comité mixte sur la santé et la sécurité
CIIA	Chambre d'isolement des infections aéroportées	SLD	Soins de longue durée
IAVR	Infection aiguë des voies respiratoires	FSLD	Foyer de soins de longue durée
ORA	Organisme résistant aux antimicrobiens	IFE	Instructions du fabricant pour l'emploi
EPC	Entérobactérie productrice de carbapénémase	SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
MIT	Maladie infectieuse transmissible	SST	Santé et sécurité au travail
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019	LSST	<i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i>
OPC	Organisme producteur de carbapénémase	ERPS	Évaluation des risques au point de service
DIN	Numéro d'identification du médicament	SPO	Santé publique Ontario
IAS	Infection associée aux soins de santé	BSP	Bureau de santé publique
TS	Travailleur de la santé	CCPMI-PCI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	ÉPI	Équipement de protection individuelle
PPI	Professionnel en prévention des infections	ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
EIPCI	Équipe interdisciplinaire de PCI		
PCI	Prévention et contrôle des infections		
CPCI	Comité de prévention et de contrôle des infections		

# Glossaire

---

**Aérosol** : Terme qui désigne habituellement de minuscules gouttelettes d'humidité parfois porteuses de micro-organismes. En raison de leur légèreté, les aérosols peuvent brièvement demeurer en suspension et ainsi être inhalés avec les micro-organismes qu'ils contiennent<sup>1</sup>.

**Agent infectieux** : Micro-organisme, c'est-à-dire une bactérie, un champignon, un parasite, un virus ou un prion, capable d'envahir les tissus organiques, de se multiplier puis de causer une infection.

**Aidant** : Toute personne qui apporte un soutien personnel, social, psychologique et/ou physique à un résident — souvent un membre de la famille, un ami ou un soutien communautaire, mais il peut également s'agir d'un soignant embauché à titre privé.

**Aidant essentiel** : Voir [Aidant](#).

**Audit** : Examen systématique et indépendant visant à déterminer si les activités qualitatives et leurs résultats satisfont aux dispositions prévues, sont mis en œuvre efficacement et sont appropriés pour l'atteinte des objectifs.

**Carbapénémase** : Classe d'enzymes qui inactivent les antibiotiques carbapénèmes en les hydrolysant. Dans la plupart des cas, ces enzymes hydrolysent non seulement les antimicrobiens carbapénèmes, mais également les céphalosporines et pénicillines de seconde et troisième génération (p. ex., la pipéracilline-tazobactam) L'information génétique pour produire des carbapénémases est souvent située sur un élément génétique mobile (p. ex., plasmide, transposon), qui peuvent fréquemment aussi transférer la résistance à d'autres classes d'antimicrobiens comme les fluoroquinolones et les aminoglycosides<sup>1</sup>.

**Cas** : En épidémiologie, personne infectée ou colonisée par un micro-organisme en particulier.

**Centre de prévention et contrôle des infections (PCI)** : Équipe locale d'experts en PCI, ayant ses locaux dans des hôpitaux ou des bureaux de santé publique, et qui partagent leur expertise afin d'appuyer les programmes de PCI et de créer une capacité en PCI au sein des foyers de SLD et d'autres établissements de soins collectifs<sup>2</sup>.

**Chambre d'isolement des infections par voie aérienne (CIIVA)** : Chambre munie d'un système de ventilation qui est conçu et construit de façon à limiter la propagation de micro-organismes transmis par voie aérienne d'un occupant infecté aux espaces adjacents du milieu de soins de santé. On appelle aussi ces chambres des chambres à pression négative. REMARQUE : L'Association canadienne de normalisation utilise le terme « chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne ».

**Chambre individuelle** : Aussi appelée chambre privée (sous l'influence de l'anglais), ce terme désigne la situation où un seul résident occupe la chambre; ainsi une chambre partagée dont un lit a été bloqué peut fonctionner à titre de chambre individuelle lorsque la situation de PCI l'exige.

**Colonisation** : Présence d'un micro-organisme dans ou sur un corps, accompagnée de croissance et de multiplication, mais sans invasion des tissus, de lésion cellulaire ou de symptômes.

### **Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Prévention et contrôle des infections**

**(CCPMI-PCI)**<sup>3</sup> : Organisme consultatif scientifique multidisciplinaire prodiguant à Santé publique Ontario des conseils fondés sur les données probantes concernant de nombreux aspects du repérage, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses.

**Désinfectant** : Produit que l'on utilise sur des surfaces de l'environnement, ou du matériel et des instruments médicaux non critiques pour les désinfecter. On applique les désinfectants uniquement sur des objets inanimés. Certains produits combinent un nettoyant et un désinfectant.

**Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA)** : Désinfectant liquide, en gel ou en mousse contenant de l'alcool (p. ex., alcool isopropylique ou éthanol), que l'on utilise dans les situations cliniques pour réduire le nombre de micro-organismes se trouvant sur les mains non visiblement souillées. Les DMBA contiennent des émoullients qui réduisent l'irritation cutanée et permettent un lavage des mains plus rapide qu'avec du savon et de l'eau<sup>4</sup>.

**Désinfection** : Inactivation des micro-organismes pathogènes. La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes. Le matériel et les instruments médicaux doivent être nettoyés à fond avant de pouvoir procéder à une désinfection efficace. Voir également [désinfectant](#).

**Écllosion** : Pour les besoins du présent document, une écllosion est une augmentation du nombre de cas supérieure au nombre de cas qui surviennent normalement dans un établissement de soins de santé particulier pendant une période définie.

**Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)** : Aux fins du présent document, ces bactéries sont des entérobactériacées résistantes aux antimicrobiens carbapénèmes (p. ex., imipénem, meropénème, ertapénème) par la production de carbapénémase<sup>1</sup>.

**Entérocoques résistant à la vancomycine (ERV)** : Souches d'*Enterococcus faecium* ou d'*Enterococcus faecalis* qui présentent une concentration minimale inhibitrice (CMI) à la vancomycine de  $\geq 32$  mcg/ml et/ou contiennent les gènes de résistance *vanA* ou *vanB*<sup>1</sup>.

**Environnement de prestation de soins de santé** : Personnes et articles qui constituent l'environnement de soins (p. ex., le matériel médical, le personnel, les résidents) d'un établissement de soins de santé, à l'extérieur de l'environnement immédiat du résident<sup>4</sup>. Voir aussi [environnement du résident](#).

**Environnement du résident** : Espace immédiat d'un résident qui peut être touché par celui-ci et qui peut également être touché par le fournisseur de soins de santé au moment de la prestation des soins. Dans une chambre individuelle, la chambre elle-même constitue l'environnement du résident. Dans une chambre à plusieurs lits, l'environnement du résident est constitué de l'espace délimité par le rideau de la personne<sup>1,4</sup>. Voir aussi [Environnement de prestation des soins de santé](#).

**Équipe interdisciplinaire de PCI (EIP) :** Équipe comptant le gestionnaire de prévention et de contrôle des infections du foyer ou de l'organisme, le directeur médical, la directrice des services infirmiers et l'administrateur<sup>5</sup>.

**Équipement de protection individuelle (ÉPI) :** Vêtement ou autre équipement porté pour se protéger d'un danger<sup>1</sup>.

**Essai d'ajustement :** Méthode qualitative ou quantitative destinée à évaluer l'ajustement d'une marque, d'une taille et d'un modèle précis de respirateur sur une personne. Un essai d'ajustement doit être effectué au moins tous les deux ans et lorsque l'on change de masque de respirateur ou en présence de changement de l'état physique de l'utilisateur qui pourrait nuire à l'ajustement du respirateur<sup>6-8</sup>.

**Établissement de santé :** Ensemble d'infrastructures physiques où s'effectue la prestation de services de santé. Ne sont pas considérés comme des établissements de santé les résidences des patients et les bureaux de médecins, de dentistes ou d'autres professionnels où des soins sont parfois prodigués<sup>1</sup>.

**Établissement de soins de santé :** Tout lieu où des soins sont prodigués, comme les milieux de soins préhospitaliers, les hôpitaux, les établissements de soins complexes de longue durée, les hôpitaux de réadaptation, les foyers de soins de longue durée, les établissements de santé mentale, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les centres de santé communautaires intégrés, les locaux extrahospitaliers ainsi que tout autre lieu dans la communauté où sont prodigués des soins de santé<sup>1</sup>.

**Étiquette respiratoire :** Mesures personnelles visant à prévenir la propagation des bactéries et des virus qui causent des infections aiguës des voies respiratoires (p. ex., se couvrir la bouche quand on tousse, jeter les papiers mouchoirs aux endroits appropriés)<sup>1</sup>.

**Évaluation des risques :** Évaluation de l'interaction entre le fournisseur de soins de santé, le résident et l'environnement de ce dernier afin d'évaluer et d'analyser les risques d'exposition potentielle à une maladie infectieuse<sup>1</sup>. Voir aussi [Évaluation des risques au point de service](#).

**Évaluation des risques au point de service (ERPS) :** Une évaluation des risques dynamique et personnalisée doit être effectuée par le travailleur de la santé avant chaque interaction ou tâche auprès d'un résident où il y a un risque d'être exposé à une infection et qu'il convient d'effectuer un choix judicieux d'équipement de protection individuelle convenant à l'interaction avec le résident et son environnement<sup>1,9</sup>.

**Événement iatrogène médicamenteux :** Lésions ou complications non intentionnelles survenant durant le processus de prescription, de délivrance ou d'administration d'un médicament qui entraînent une invalidité au moment du congé de l'établissement de santé, un prolongement du séjour hospitalier ou le décès. Les événements iatrogènes médicamenteux découlent des soins prodigués au résident et non au processus morbide sous-jacent. Les événements iatrogènes médicamenteux peuvent être évitables (comme dans le cas des erreurs relatives aux médicaments) ou non évitables (comme dans le cas d'une réaction à une propriété inhérente à une médication utilisée sans erreur)<sup>10,11</sup>.

**Exposition** : Une personne exposée est une personne qui s'est trouvée à proximité d'un cas de maladie transmissible, de sorte que la transmission est possible. Il y a différents degrés de risque en fonction du type d'exposition ou des conditions de l'exposition.

**Filtre HEPA** : Filtre à haute efficacité contre les particules de l'air (HEPA) dont l'efficacité est de 99,97 % pour éliminer les particules en suspension dans l'air d'au moins 0,3 micron<sup>12</sup>.

**Hôte susceptible** : Individu à risque de contracter une infection<sup>1</sup>.

**Hygiène des mains** : Terme général faisant référence à tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à éliminer la saleté visible et à éliminer ou supprimer les micro-organismes transitoires se trouvant sur les mains. Elle comprend l'utilisation de savon et d'eau courante ou d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. Elle comprend l'antisepsie chirurgicale des mains<sup>1,4</sup>.

**Infection** : Pénétration et multiplication d'un agent infectieux dans les tissus de l'hôte. Une infection asymptomatique ou subclinique est un processus infectieux qui évolue de façon semblable à une maladie clinique sans se manifester par des symptômes cliniques. Une infection symptomatique ou clinique se manifeste par des signes et des symptômes cliniques (maladie).

**Infection aiguë des voies respiratoires (IAVR)** : Toute nouvelle apparition d'une infection respiratoire aiguë transmise par des gouttelettes (par les voies respiratoires supérieures ou inférieures) et dont les symptômes consistent en une fièvre supérieure à 38 °C, ainsi que l'apparition ou l'aggravation d'une toux ou d'un essoufflement (anciennement connue sous le nom de « maladie respiratoire fébrile » ou MRF). Il convient de noter qu'il se peut que les personnes âgées et immunodéprimées ne manifestent pas de réaction fébrile à une infection respiratoire.

**Infection liée aux soins de santé (IASS)** : Terme désignant une infection acquise durant la prestation des soins de santé (aussi connue sous le nom d'infection nosocomiale).

**Lavage des mains** : Élimination physique de micro-organismes se trouvant sur les mains avec du savon (ordinaire ou antimicrobien) et de l'eau courante<sup>4</sup>.

**Liquides organiques** : Tout liquide du corps. Des exemples de liquides corporels auxquels les travailleurs de la santé peuvent raisonnablement être exposés sont : le sang, l'urine, la salive, les expectorations, les larmes, le sperme, le liquide préséminal, le lait, les sécrétions vaginales, le liquide synovial, le liquide amniotique, le liquide céphalo-rachidien, le liquide pleural, le liquide péritonéal, la moelle, le liquide péricardique, les fèces, les sécrétions nasales, les vomissures, le mucus, le mucus cervical, le flegme, le colostrum, les sécrétions et le sang provenant du cordon ombilical.

**Mains visiblement souillées** : Mains sur lesquelles on peut voir de la saleté ou des liquides organiques<sup>4</sup>.

**Maladie infectieuse transmissible (MIT)** : Terme utilisé tout au long du présent document pour désigner une maladie infectieuse pouvant être transmise d'un résident, membre du personnel ou visiteur à d'autres résidents, membres du personnel ou visiteurs d'un foyer de soins de longue durée.

**Masque** : Objet qui couvre le nez et la bouche, fixé à l'arrière et utilisé à titre d'équipement de protection individuelle afin de protéger les muqueuses du nez et de la bouche. Il peut également être utilisé pour limiter le risque de transmission lorsqu'il est porté par des personnes contagieuses. Dans les établissements de soins de santé, le terme masque désigne un masque médical (ou un masque pour intervention chirurgicale). Au Canada, les masques (médicaux ou pour intervention chirurgicale) utilisés à des fins médicales sont considérés comme du matériel médical et doivent être conformes au *Règlement sur les instruments médicaux pris en application de la Loi sur les aliments et drogues*<sup>13</sup>. Santé Canada reconnaît les masques cotés par les systèmes d'évaluation American Society for Testing and Materials (ASTM) ou Centre européen de normalisation (CEN). Les trois classifications de l'ASTM présentent une efficacité semblable de filtration des particules et présentent les différences les plus grandes relativement à la résistance aux fluides, laquelle peut entrer en jeu lorsque des liquides corporels sont projetés ou éclaboussés dans les établissements de soins de santé.

**Mesures administratives** : Mesures mises en place par l'administration d'un établissement de santé pour réduire les risques d'infection du personnel ou des résidents par l'entremise de politiques ou de procédures d'atténuation de l'exposition aux dangers (p. ex. politiques de dépistage, politiques de santé au travail, perfectionnement et formation).

**Mesures techniques** : Mesures physiques ou mécaniques mises en place pour réduire le risque d'infection du personnel ou des clients (p. ex. système de chauffage, de ventilation ou de climatisation, conception des chambres, installation de lavabos réservés au lavage des mains)<sup>1</sup>.

**Moment d'hygiène des mains** : Moment où, pendant une activité, il faut pratiquer l'hygiène des mains. Il peut y avoir plusieurs moments d'hygiène des mains au cours d'une seule séance de soins ou d'une activité<sup>4</sup>.

**Nettoyage** : Élimination des corps étrangers (p. ex. poussières, saletés) et des matières organiques (p. ex. sang, sécrétions, excréments, micro-organismes). Le nettoyage enlève physiquement les micro-organismes au lieu de les tuer. Il est effectué avec de l'eau, des détergents et une action mécanique.

**Nettoyage final/au transfert/au congé** : Nettoyage complet de la chambre ou de l'espace du lit du résident à la suite de son congé, de son décès ou de son transfert en vue d'éliminer les micro-organismes contaminants pouvant être transmis aux prochains occupants ou membres du personnel. Lorsque des précautions supplémentaires ont été cessées, un nettoyage complet de la chambre du résident doit être fait et être désigné comme un nettoyage final.

**Numéro d'identification du médicament (NIM)** : Au Canada, les désinfectants sont réglementés comme des médicaments en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et des règlements pris en application de cette loi<sup>13,14</sup>. Les fabricants de désinfectants doivent obtenir un DIN auprès de Santé Canada avant de les commercialiser, ce qui garantit que l'étiquetage de ces produits et les données à l'appui ont été fournis et que la Direction des produits de santé naturels et sans ordonnance a établi que le produit est efficace et sécuritaire pour l'usage auquel il est destiné<sup>15</sup>.

**Objets pointus et tranchants** : Objets pouvant causer des perforations ou des coupures (p. ex. aiguilles, seringues, lames ou verre clinique).

**Organisme résistant aux antimicrobiens (ORA)** : Micro-organisme devenu résistant à l'action de plusieurs agents antimicrobiens et dont la présence est significative sur le plan clinique ou épidémiologique.

**Particules respirables** : Particules exhalées qui peuvent être infectieuses.

**Particules respiratoires infectieuses (PRI)** : Pathogènes transportés par l'expiration des voies respiratoires des personnes infectées<sup>16</sup>.

**Personnel** : Personnes travaillant dans un établissement où sont prodigués des soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les travailleurs de la santé. Voir aussi [Travailleur de la santé](#).

**Point de service** : Endroit où les trois éléments suivants sont réunis : le résident, le fournisseur de soins de santé et les soins ou les traitements qui supposent un contact avec le résident. Les produits au point de service, p. ex. le désinfectant pour les mains à base d'alcool, l'équipement de protection individuelle ainsi que les contenants pour objets pointus et tranchants doivent être accessibles pour le fournisseur de soins, sans que celui-ci doive quitter la zone de soins, afin qu'ils puissent être utilisés au moment approprié<sup>17</sup>.

**Port continu du masque** : Port du masque pendant des périodes prolongées et lors d'interactions avec plusieurs résidents, à la fois comme contrôle de la source et comme ÉPI.

**Porte d'entrée** : Site anatomique où les micro-organismes pénètrent dans l'organisme, comme les muqueuses du nez ou de la bouche et les lésions cutanées<sup>1</sup>.

**Porte de sortie** : Site anatomique par où les micro-organismes sortent de l'organisme, comme les sécrétions et les excréments expulsés des voies respiratoires, le tractus gastro-intestinal ou des lésions cutanées<sup>1</sup>.

**Pratiques de base** : Système de pratiques de prévention et de contrôle des infections qu'il faut appliquer à tous les résidents lorsqu'on leur prodigue des soins afin de prévenir et de limiter la transmission des micro-organismes dans tous les établissements de soins de santé<sup>1</sup>.

**Précautions** : Interventions visant à réduire la transmission de micro-organismes, p. ex., d'un résident à l'autre, d'un résident au personnel, du personnel à un résident, par contact avec l'environnement ou avec de l'équipement contaminé.

**Précautions contre la transmission par les contacts** : Utilisées en plus des pratiques de base pour réduire les risques de transmission d'agents infectieux par contact avec une personne infectée ou son environnement.

**Précautions contre la transmission par les gouttelettes** : Terme désignant habituellement des précautions employées en plus des pratiques de base pour les résidents atteints ou potentiellement atteints d'une infection transmissible par de grosses particules respiratoires.

**Précautions contre la transmission par voie aérienne :** Utilisées en plus des pratiques de base pour les résidents que l'on sait atteints ou que l'on soupçonne de l'être d'une maladie transmise par de petites particules qui restent en suspension dans l'air et peuvent être inhalées par d'autres personnes. Voir également [Particules respiratoires infectieuses](#).

**Précautions supplémentaires :** Il faut prendre de telles précautions (c.-à-d., précautions contre les contacts, les gouttelettes et la transmission par voie aérienne) en plus des pratiques de base afin de se protéger contre certains pathogènes ou certaines présentations cliniques<sup>1</sup>.

**Prévention et contrôle des infections (PCI) :** Pratiques et méthodes fondées sur des éléments probants qui, lorsqu'elles sont appliquées systématiquement dans les établissements de soins de santé, peuvent prévenir la transmission de micro-organismes aux fournisseurs de soins de santé, aux autres résidents et aux visiteurs ou réduire le risque de transmission.

**Professionnel en prévention des infections (PPI) :** Personne formée qui est responsable des mesures de PCI dans un établissement de soins de santé, notamment la mise au point, la mise en œuvre, l'évaluation et la formation relative aux politiques, procédures et pratiques de prévention des infections<sup>18</sup>.

**Programme de soins des mains :** Un programme de soins des mains à l'intention du personnel est une composante clé de l'hygiène des mains et comprend une évaluation du soin des mains, la formation du personnel, l'évaluation de la santé au travail si l'intégrité de la peau est compromise, la fourniture de produits d'hydratation des mains et la fourniture d'une lotion pour les mains à base d'alcool et contenant un émollient<sup>4</sup>.

**Propreté hospitalière :** Mesure de propreté maintenue dans les zones de soins aux résidents dans les foyers de soins de longue durée<sup>19</sup>. La propreté hospitalière correspond à la « [propreté hôtelière](#) » en plus de la désinfection, de l'augmentation de la fréquence du nettoyage, de l'audit et d'autres mesures de contrôle des infections dans les zones de soins aux résidents. Dans ce document, nous désignons aussi la propreté hospitalière comme « propreté pour soins de santé » afin de faire preuve d'inclusivité à l'égard des milieux de SLD.

**Propreté hôtelière :** Mesure de propreté fondée sur l'apparence visuelle, laquelle comprend l'enlèvement de la poussière et de la saleté, l'élimination des déchets ainsi que le nettoyage des fenêtres et des surfaces. La propreté hôtelière constitue le degré élémentaire de nettoyage qui doit être appliqué dans toutes les zones d'un établissement de soins de santé.

**Protection des yeux :** Dispositif qui couvre les yeux et qui est utilisé par les fournisseurs de soins de santé pour se protéger les yeux lorsque l'on s'attend à ce qu'une procédure ou une activité liée aux soins de santé risque de produire des éclaboussures ou la pulvérisation de sang ou d'autres liquides corporels, de sécrétions ou d'excrétions, ou lorsque les fournisseurs se trouvent dans un rayon de deux mètres d'un résident qui tousse. Ce terme englobe les lunettes de sécurité, les lunettes protectrices, les écrans faciaux et les visières.

**Protection du visage** : Équipement de protection individuelle qui protège les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche des éclaboussures ou de la pulvérisation de sang et d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions. La protection du visage peut comprendre un masque médical ou un respirateur utilisé conjointement avec des lunettes de protection ou un écran facial qui couvre les yeux, le nez et la bouche.

**Regroupement en cohorte** : Affectation à une zone limitée, comme une chambre ou un secteur où des résidents reçoivent des soins, d'au moins deux résidents qui sont colonisés ou infectés par le même micro-organisme.

**Réservoir** : Source animée ou inanimée où peuvent survivre ou se multiplier des micro-organismes (comme l'eau, la nourriture, les personnes)<sup>1</sup>.

**Respirateur N95** : Dispositif de protection individuelle porté sur le visage, qui couvre le nez et la bouche afin de réduire les risques d'inhalation de particules en suspension dans l'air pour la personne qui le porte. Le respirateur le plus souvent utilisé dans les milieux de soins de santé est le demi-masque filtrant N95. Un respirateur N95 homologué par le National Institute for Occupational Safety and Health présente une efficacité de filtration de 95 % ou plus des particules de la taille de 0,3 micron ou plus, et offre une étanchéité faciale laissant pénétrer moins de 10 % de contaminants.

**Retraitement** : Mesures prises afin que le matériel médical qui a été utilisé soit prêt à l'emploi (p. ex., nettoyage, désinfection, stérilisation).

**Santé et sécurité au travail (SST)** : Services préventifs et thérapeutiques de santé fournis dans le milieu de travail par des professionnels qualifiés (infirmiers, hygiénistes, médecins, etc.).

**Santé publique Ontario (SPO)**<sup>20</sup> : Santé publique Ontario est le nom sous lequel fonction l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

**Savon ordinaire** : Détergents qui ne contiennent pas d'agents antimicrobiens ou en contiennent de très faibles concentrations à des fins de préservation.

**Soins de longue durée (SLD)** : Vaste gamme de soins personnels, de services de soutien et de services de santé fournis aux personnes qui ont des limites qui les empêchent de participer pleinement aux activités de la vie quotidienne. Les personnes qui ont recours aux services de soins de longue durée sont habituellement des personnes âgées, handicapées et atteintes d'une maladie chronique ou de longue durée.

**Soins des mains** : Actions et produits qui réduisent le risque d'irritation cutanée<sup>4</sup>.

**Soins directs** : Prestation de soins (p. ex., donner le bain à un résident, le laver ou le tourner, changer ses vêtements, lui prodiguer des soins relatifs à l'incontinence, changer ses pansements, soigner ses plaies et ses lésions ouvertes, faire sa toilette). Aider un résident à manger et pousser son fauteuil roulant ne sont pas considérés comme des soins directs.

**Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) :** Souche de *Staphylococcus aureus* qui présente une concentration minimale inhibitrice (CMI) à l'oxacilline de  $\geq 4$  mcg/ml et contient le gène *mecA* qui encode la protéine fixatrice de pénicilline 2a (PBP 2a). Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline à toute la famille d'antibiotiques des bêta-lactamines, comme les pénicillines, les pénicillines résistantes à la pénicillinase (p. ex., la cloxacilline) et les céphalosporines<sup>1</sup>.

**Surveillance syndromique :** Détection des indicateurs de maladie après d'un individu ou d'une population (c'est-à-dire, les signes et symptômes de maladie infectieuse) qui peuvent être repérés avant qu'un diagnostic confirmé en laboratoire puisse être posé.

**Transmission :** Méthode par laquelle les agents infectieux se propagent d'une personne à l'autre (p. ex. contacts, particules respirables).

**Travailleur de la santé (TS) :** Toute personne œuvrant dans un établissement de soins de santé en contact direct avec un résident, y compris, mais sans s'y limiter, les employés, les médecins, les infirmières et infirmiers, les contractuels, les étudiantes et étudiants, les stagiaires en formation médicale postdoctorale, les chercheurs et les bénévoles. Voir aussi [membres du personnel](#).

**Vérification de l'étanchéité :** Procédure que le fournisseur de soins de santé doit effectuer chaque fois qu'il porte un respirateur N95 pour s'assurer qu'il est ajusté correctement au visage de l'utilisateur afin qu'il fournisse une protection respiratoire adéquate. Le fournisseur de soins de santé doit recevoir une formation sur la façon de procéder correctement à une vérification de l'étanchéité<sup>8</sup>.

**Visiteur :** Personne qui va dans un établissement de soins de santé pour voir un résident, généralement pour socialiser, et qui ne fournit pas au résident le type de soutien critique offert par un fournisseur de soins essentiels. Voir également [aidant](#).

# Préambule

---

La nécessité de mettre en place des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) n'a jamais été aussi évidente. L'Ontario connaît un vieillissement de sa population, ce qui constitue un fardeau de plus en plus lourd pour les FSLD. Les résidents de ces établissements nécessitent des soins médicaux de plus en plus complexes. La résistance aux antibiotiques est devenue un problème majeur dans les établissements de soins de santé, y compris les foyers de soins de longue durée. De plus, les effets de la pandémie de COVID-19 ont mis en évidence le risque de transmission des infections et la vulnérabilité des résidents dans un tel contexte, et ont révélé des lacunes importantes dans les programmes et les ressources de PCI au sein des FSLD.

Il incombe à tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) de tout mettre en œuvre pour protéger cette population vulnérable et garantir un environnement sûr au personnel, aux visiteurs et aux aidants essentiels. Un environnement sûr repose notamment sur un programme solide de prévention et de contrôle des infections (PCI), assorti de politiques fondées sur des données probantes et régulièrement mises à jour, sur une direction qui accorde la priorité à la PCI et à la sécurité des résidents, ainsi que sur un personnel qui connaît les principes de PCI et les politiques de l'établissement en la matière et qui applique ces principes et ces pratiques de manière cohérente.

La prévention et le contrôle des infections (PCI) constituent un domaine complexe qui touche tous les aspects des soins de santé. Les principes et les pratiques de PCI sont essentiels dans toutes les interactions cliniques, de l'aide à l'alimentation aux soins des pieds. De nombreux autres aspects des soins de longue durée requièrent également une attention particulière en matière de PCI, notamment la conception et la rénovation des établissements, l'acquisition et le reconditionnement du matériel, le nettoyage des locaux, ainsi que l'admission et le transfert des résidents.

Si les principes de la prévention et du contrôle des infections (PCI) sont les mêmes dans tous les milieux cliniques, leur mise en œuvre varie d'un milieu à l'autre. Il peut être difficile pour les foyers de soins de longue durée (FSLD) de connaître l'ensemble des documents d'orientation fondés sur des données probantes qui traitent de ces différents aspects de la PCI et de savoir comment les appliquer dans le contexte des soins de longue durée. Le présent document a pour objectif de fournir un résumé des meilleures pratiques en matière de PCI telles qu'elles s'appliquent aux FSLD en Ontario.

Les maisons de retraite ne sont pas considérées comme des établissements de soins de santé et sont régies par une législation distincte. À ce titre, elles ne relèvent pas du champ d'application du présent document. Elles sont toutefois confrontées à bon nombre des défis auxquels font face les foyers de soins de longue durée (FSLD). Dans certaines maisons de retraite, ou dans certaines unités au sein de celles-ci, les problèmes médicaux auxquels sont confrontés les résidents sont similaires à ceux observés dans les foyers de soins de longue durée. Bien que ce document ne puisse s'appliquer directement à ce contexte, certaines de ses informations peuvent présenter un intérêt pour ce secteur, à condition qu'elles soient utilisées en tenant bien compte des différences entre ces deux types d'établissements.

Ce document s'adresse aux responsables des foyers de soins de longue durée (FSLD), notamment aux responsables administratifs et médicaux, aux professionnels de la prévention et du contrôle des infections (PCI) travaillant avec ou au sein des FSLD, ainsi qu'aux médecins et à l'ensemble du personnel travaillant dans le secteur des soins de longue durée.

# 1.0 Législation relative à la PCI dans les foyers de soins de longue durée

---

La prévention et le contrôle des infections sont des éléments essentiels à la sécurité des soins dans tous les milieux de soins de santé. Le présent chapitre décrit les exigences législatives provinciales et fédérales en matière de prévention et de contrôle des infections telles qu'elles s'appliquent dans le contexte des foyers de soins de longue durée en Ontario.

Les exigences législatives établissent des obligations en matière de prévention et de contrôle des infections dans le milieu des soins de longue durée. Ces exigences doivent être considérées comme des exigences minimales. Pour garantir que les principes et les pratiques de prévention et de contrôle des infections soient mis en œuvre de manière à procurer un maximum d'avantages aux résidents des foyers de soins de longue durée et à assurer la sécurité du personnel, il est nécessaire que la direction de ces établissements comprenne l'esprit de ces exigences et agisse en conséquence, c'est-à-dire qu'elle renforce et soutienne les programmes et les pratiques de prévention et de contrôle des infections dans le milieu des soins de longue durée.

Pour ce faire, tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent mettre en œuvre ces exigences légales de manière à prévenir efficacement les infections, à protéger les résidents et à garantir la sécurité sur le lieu de travail.

Il convient de noter que les références à la législation relative à la prévention et au contrôle des infections (PCI) figurant dans le présent document ne doivent pas être interprétées comme un exposé exhaustif de la législation ou des exigences légales, et ne dispensent pas les FSLD de l'obligation de consulter directement la législation et de solliciter un avis juridique le cas échéant.

## 1.1 La Loi sur la santé et la sécurité au travail

Les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de disposer de politiques et de procédures visant à protéger la santé et la sécurité des travailleurs, conformément à la [\*Loi sur la santé et la sécurité au travail \(LSST\)\*](#)<sup>21</sup>.

La LSST exige que l'employeur prenne toutes les précautions raisonnables, compte tenu des circonstances, pour assurer la protection des travailleurs, ce qui inclut la protection contre les infections contractées sur le lieu de travail et la protection contre l'exposition à des agents biologiques potentiellement nocifs, tels que les virus, les bactéries et autres micro-organismes<sup>21</sup>. En outre, la LSST précise les rôles et responsabilités spécifiques des travailleurs, des superviseurs et des employeurs pour garantir un environnement de travail sûr au sein des foyers de soins de longue durée ([Tableau 1](#)).

L'article 9 de la LSST exige que les foyers de soins de longue durée (FSLD) comptant au moins 20 travailleurs employés régulièrement disposent d'un comité mixte de santé et de sécurité (CMSS) qui travaille en collaboration avec les délégués des travailleurs et de la direction pour identifier et traiter les dangers potentiels sur le lieu de travail, y compris les dangers liés au risque de transmission d'infections<sup>21</sup>. Les lieux de travail plus petits sont tenus d'avoir un délégué en matière de santé et de sécurité. (Pour les établissements comptant moins de 20 employés, voir le [Guide pour les comités et les délégués en matière de santé et de sécurité](#)).<sup>22</sup>

**Tableau 1 : Rôles et responsabilités des employeurs, des superviseurs et des travailleurs dans le secteur des soins de longue durée, tels que définis par la *Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST)*\***

Rôles	Responsabilités
Employeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que les travailleurs soient informés des risques et des dangers en leur fournissant des informations, des instructions et une supervision sur les méthodes de travail sécuritaires.</li> <li>• Désigner une « personne compétente », telle que définie par la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST)</i>, pour occuper le poste de superviseur.</li> <li>• S'assurer que le superviseur connaît les exigences relatives à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs sur le lieu de travail.</li> <li>• Mettre en place des politiques et des procédures en matière de santé et de sécurité au travail (lorsque plus de cinq travailleurs sont régulièrement employés).</li> <li>• Veiller à ce que tout le monde respecte les politiques et procédures en matière de santé et de sécurité au travail.</li> <li>• Veiller à ce que les travailleurs portent et utilisent l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié.</li> <li>• Maintenir l'équipement, le matériel et les dispositifs de protection en bon état.</li> <li>• Respecter la législation applicable et les obligations de déclaration.</li> <li>• Faire tout ce qui est raisonnable dans les circonstances pour protéger les travailleurs contre les blessures ou les maladies professionnelles.</li> </ul>
Superviseurs**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informez les travailleurs des risques et des dangers, et répondez à leurs préoccupations.</li> <li>• Montrez aux travailleurs comment travailler en toute sécurité, et assurez-vous qu'ils respectent la loi ainsi que les politiques et procédures de santé et de sécurité au travail.</li> <li>• Assurez-vous que les travailleurs portent et utilisent l'ÉPI approprié.</li> <li>• Faire tout ce qui est raisonnable dans les circonstances pour protéger les travailleurs contre les blessures ou les maladies professionnelles.</li> </ul>

Rôles	Responsabilités
Travailleurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> (LSST) et ses règlements, ainsi que les politiques et procédures de santé et de sécurité au travail.</li> <li>• Travailler et agir de manière à ne pas se blesser ni blesser autrui.</li> <li>• Signaler tout danger ou toute blessure au superviseur/employeur.</li> <li>• Porter et utiliser l'ÉPI requis par l'employeur.</li> </ul>

\* Remarque : Il s'agit d'une liste des principaux rôles et responsabilités, mais elle ne prétend pas être exhaustive quant à l'ensemble des rôles et responsabilités des employeurs, des superviseurs ou des travailleurs.

\*\* Le terme « superviseur » désigne toute personne chargée d'un lieu de travail ou exerçant une autorité sur un travailleur. Les définitions des termes « employeur », « superviseur » et « travailleur » figurent dans la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST)<sup>21</sup>.

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST) exige également des inspections régulières du lieu de travail, au moins une fois par mois, afin de s'assurer que toutes les exigences en matière de sécurité ont été effectivement mises en œuvre (par exemple, pour identifier et consigner les risques pour la santé et la sécurité, évaluer si les mesures de contrôle existantes sont adéquates, et identifier et mettre en œuvre des mesures correctives si nécessaire).

Conformément à la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST), toutes les personnes travaillant dans le milieu des soins de longue durée ont la responsabilité partagée de garantir un environnement de travail sûr, ce qui inclut la prévention de la propagation des infections. Pour plus d'informations concernant les exigences de la LSST, veuillez consulter le [Guide de la Loi sur la santé et la sécurité au travail](#)<sup>23</sup>.

## 1.2 Le règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé

Dans le cadre de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST.), le [règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé \(Règl. De l'Ont. 67/93\)](#) stipule que les employeurs, en consultation avec le comité mixte de santé et de sécurité (CMSS) ou le représentant en matière de santé et de sécurité, sont tenus de<sup>24</sup> :

- Disposer de procédures écrites en matière de santé et de sécurité qui sont révisées et mises à jour chaque année, et pleinement mises en œuvre. Bon nombre de ces procédures obligatoires concernent la prévention et le contrôle des infections (PCI), notamment l'obligation de disposer de procédures écrites sur :
  - les bonnes pratiques d'hygiène et l'utilisation des installations sanitaires;
  - la prévention et le contrôle des infections;
  - la vaccination;
  - l'utilisation appropriée des ÉPI;

- la gestion du linge souillé;
- la protection contre l'exposition aux facteurs de risque biologiques.
- Former et sensibiliser tous les travailleurs afin de s'assurer qu'ils comprennent et sont en mesure d'appliquer correctement les procédures de santé et de sécurité requises, et consigner cette formation.
- Veiller à ce que tous les travailleurs reçoivent, lors de leur embauche et périodiquement par la suite, une formation spécifique sur l'utilisation et les indications d'utilisation de tous les ÉPI requis\*.

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST) exige également, dans le cadre du [règlement sur la sécurité des aiguilles \(Règl. De l'Ont. 474/07\)](#), l'utilisation d'aiguilles creuses conçues pour réduire le risque de blessures par objets tranchants chez les travailleurs de la santé<sup>25</sup>.

## 1.3 Le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail

Le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) est une norme nationale de communication des dangers, telle que définie dans [le Règlement sur le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail \(R.R.O. 1990, Règl. 860\)](#) de la LSST<sup>26</sup>.

Il comporte trois éléments clés :

- l'étiquetage de mise en garde des contenants de substances dangereuses, appelées « produits dangereux », par exemple les désinfectants;
- la mise à disposition de fiches de données de sécurité (FDS) pour toutes les substances dangereuses;
- et des programmes de formation des travailleurs.

Les employeurs sont tenus de respecter les normes du SIMDUT dans tous les foyers de soins de longue durée. Le foyer de soins de longue durée et l'ensemble de son personnel sont tenus de bien connaître cette législation.

**Points réglementaires<sup>21</sup> :**

- l'employeur, le superviseur et le travailleur ont des obligations en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* ([LSST](#))<sup>21</sup>;
- les employeurs sont tenus de respecter les normes du SIMDUT sur leur lieu de travail. Toutes les personnes travaillant dans les foyers de soins de longue durée doivent connaître les exigences du SIMDUT;
- et les employeurs doivent veiller à ce que le lieu de travail offre un environnement sûr qui protège les résidents, le personnel et eux-mêmes, et qui soit conforme aux législations fédérale et provinciale.

Pour plus d'informations sur le SIMDUT, voir le règlement 860<sup>26</sup>.

---

\* Le cas échéant, les travailleurs sont également tenus d'utiliser l'ÉPI exigé par l'employeur.

## 1.4 *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*

La [\*Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée\*](#) exige que chaque foyer de soins de longue durée (FSLD) dispose d'un programme de prévention et de contrôle des infections (PCI)<sup>27</sup>. Ce programme doit garantir que tous les résidents font l'objet d'une évaluation quotidienne visant à détecter les symptômes et les signes d'infection, que des mesures sont en place pour prévenir la transmission des infections au sein du FSLD, et que le programme de PCI respecte toutes les normes et exigences requises. La *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* exige également que les foyers de soins de longue durée (FSLD) dispensent une formation en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) à l'ensemble du personnel, des résidents, des bénévoles et des aidants essentiels. Les exigences détaillées du programme de PCI sont énoncées dans les [\*Dispositions générales du Règl. de l'Ont. 79/10\*](#) en vertu de cette loi et dans le document [\*Norme de prévention et de contrôle des infections \(PCI\) pour les foyers de soins de longue durée\*](#)<sup>5,28</sup>.

La norme relative à la prévention et au contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée exige également que les programmes de PCI élaborent, documentent et utilisent un cadre éthique pour éclairer les décisions en matière de PCI<sup>5,29</sup>. Les principes clés qui doivent sous-tendre ce cadre éthique comprennent : l'équité, la transparence, les données probantes, les répercussions des décisions sur les résidents et le personnel, la qualité de vie des résidents, les risques et avantages, ainsi que la sécurité.

## 1.5 *Autres exigences législatives et normes pertinentes en matière de PCI*

- [\*Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7\*](#), concernant l'obligation de signaler les maladies présentant un risque pour la santé publique<sup>30</sup>.
- [\*Règl. de l'Ont. 493/17 : Dépôts d'aliments, R.R.O. 1992, Règl. 562\*](#), relatif à la manipulation sécuritaire des aliments<sup>31</sup>.
- [\*Loi sur la protection de l'environnement, L.R.O. 1990, chap. E.19\*](#), relative à l'élimination sécuritaire des déchets cliniques<sup>32</sup>.
- [\*Règl. de l'Ont. 136/18 : Établissements de services personnels\*](#), relatif à la prestation sécuritaire de services à la personne présentant un risque d'exposition au sang ou aux liquides biologiques<sup>33</sup>.
- [\*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées, L.O. 1991, chap. 18\*](#)<sup>34</sup>.
- [\*Dispositions générales, Règl. de l'Ont. 63/09\*](#) pris en vertu de la [\*Loi sur les pesticides, L.R.O. 1990, chap. P.11\*](#), pour la lutte antiparasitaire<sup>35,36</sup>.
- [\*Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses, L.C. 1992, ch. 34\*](#), et [\*Loi sur le transport des marchandises dangereuses, L.R.O. 1990, ch. D.1\*](#), pour le transport d'équipements ou de dispositifs souillés (pour les foyers de soins de longue durée qui transportent des équipements ou des dispositifs médicaux prêtés, partagés ou loués)<sup>37,38</sup>.

## Exigences réglementaires

1. **Tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de se conformer aux exigences législatives fédérales et provinciales en matière de santé et de sécurité, y compris les exigences législatives relatives à la prévention et au contrôle des infections (PCI).**
2. **Tous les FSLD sont tenus de se conformer à la norme relative à la prévention et au contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée<sup>5</sup>.**

## Recommandation

3. **Les foyers de soins de longue durée devraient élaborer et soutenir un programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui met en œuvre les meilleures pratiques en la matière, dans le but de réduire au minimum les risques d'infection pour les résidents, le personnel et toutes les autres personnes présentes dans l'environnement du foyer.**

## 2.0 Structure, fonctionnement et ressources nécessaires du programme de PCI

---

Ce chapitre présente la structure optimale, les principaux éléments fonctionnels et les ressources nécessaires à la mise en place d'un programme de PCI efficace, capable de protéger les résidents, le personnel, les aidants essentiels et les visiteurs contre les infections contractées en milieu de soins de longue durée, selon une approche rentable fondée sur des données probantes.

---

Un programme de PCI doté de ressources suffisantes et fonctionnant efficacement est essentiel pour améliorer la sécurité des résidents, du personnel, des aidants essentiels et des visiteurs.

---

### 2.1 Objectifs et fonctions essentielles du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Les objectifs d'un programme de PCI sont les suivants<sup>39,40</sup> :

- protéger les résidents contre les infections associées aux soins de santé (IAS), ce qui permet d'améliorer leur survie et leur qualité de vie tout en réduisant la morbidité liée aux infections;
- prévenir la propagation des infections parmi les résidents, le personnel de santé, les visiteurs, les aidants essentiels et les autres personnes qui interviennent dans l'environnement des soins de santé;
- prendre en compte et atténuer tout préjudice potentiel pouvant résulter de la mise en œuvre des procédures et politiques de prévention et de contrôle des infections associées aux soins (PCI).

Ces objectifs ne peuvent être atteints qu'avec un programme de PCI réactif, efficace, appliqué à l'échelle de l'établissement et soutenu par la haute direction du foyer de soins de longue durée (FSLD).

Les fonctions essentielles d'un programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) comprennent :

- la mise en œuvre de pratiques, de normes et de directives fondées sur des données probantes grâce à l'élaboration de politiques et de procédures adaptées au milieu des foyers de soins de longue durée;
- l'enseignement et la formation du personnel de santé, des employés, des résidents et des aidants essentiels;
- la mise en place d'un programme efficace de surveillance syndromique au sein du foyer de soins de longue durée afin d'identifier, de diagnostiquer et de prendre en charge rapidement les résidents présentant des symptômes compatibles avec une maladie infectieuse transmissible (MIT; par exemple, la surveillance syndromique des infections des voies respiratoires et des infections gastro-intestinales);

- la collecte et la gestion des données de surveillance sur les conséquences infectieuses (par exemple, l'incidence des infections associées aux soins de santé) et des données de performance (par exemple, le respect des règles d'hygiène des mains), avec une rétroaction sur ces mesures fournissent à toutes les parties prenantes;
- la mise en œuvre de mesures visant à prévenir la transmission des infections, y compris des mesures efficaces de prévention et de contrôle des épidémies;
- la communication aux responsables et au personnel des problèmes liés aux infections ainsi que des pratiques préventives requises pour en permettre le redressement;
- l'évaluation continue et l'amélioration constante du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI);
- et une étroite collaboration avec le programme de santé et de sécurité au travail (SST) du foyer de soins de longue durée afin de s'assurer que des politiques en matière de santé au travail et des programmes de vaccination sont en place<sup>41</sup>.

## 2.2 Structure du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de disposer d'un programme de PCI dirigé par un coordonnateur de la PCI dédié<sup>27</sup>. Le coordonnateur de la PCI doit être un professionnel du contrôle des infections ayant suivi une formation adéquate, notamment une certification en prévention et contrôle des infections (soit une certification en contrôle des infections [CCI], soit une certification en prévention des infections dans les foyers de soins de longue durée [CPI-FSLD]). En fonction de la taille et de la complexité de l'établissement, l'équipe de PCI peut envisager d'inclure également d'autres professionnels du contrôle des infections ou d'autres personnes ayant suivi une formation en matière de PCI (voir la [Section 2.4, Exigences en matière de ressources du programme de PCI](#)).

Un programme de PCI ne peut être couronné de succès que s'il bénéficie du soutien de la direction du foyer de soins de longue durée. Une communication régulière, formelle ou informelle, doit s'établir entre le coordonnateur de la PCI et le programme, la direction du foyer de soins de longue durée ainsi que les autres partenaires et parties prenantes.

Tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de disposer d'un comité chargé de superviser les activités du programme de PCI (comité de supervision de la PCI)<sup>5</sup>. Dans un contexte de soins actifs, le comité de supervision de la PCI est communément appelé comité de prévention et de contrôle des infections (CPCI). Dans le document *Infection Prevention and Control (IPAC) Standard for Long-Term Care Homes*<sup>5</sup>, ce comité est appelé « équipe interdisciplinaire de PCI » (EIDP) et ce terme sera utilisé tout au long du présent document.

La supervision du programme de PCI peut être assurée soit par une EIDP autonome, soit en confiant cette fonction à un comité existant, tel que le comité consultatif professionnel ou le comité d'amélioration de la qualité et de gestion des risques du foyer de soins de longue durée (FSLD). Si la supervision de la PCI est

assurée par le comité consultatif professionnel ou le comité d'amélioration de la qualité/gestion des risques, il est essentiel que toutes les parties prenantes requises siègent au sein du comité (voir ci-dessous) et que l'ordre du jour de celui-ci dédie régulièrement suffisamment de temps à la PCI.

Les rôles de l'EIDP sont les suivants :

- définir les objectifs et les priorités du programme de PCI;
- élaborer, examiner et approuver les politiques et procédures;
- examiner les données de surveillance des infections associées aux soins de santé (IAS) et autres données relatives à la prévention et au contrôle des infections (PCI);
- examiner et surveiller les épidémies ainsi que les actions entreprises pour les contrer;
- évaluer régulièrement l'efficacité du programme;
- veiller à ce que des ressources suffisantes soient allouées au programme de PCI;
- et mettre en relation les principales parties prenantes en prévention et contrôle des infections avec la PCI (par exemple, les services cliniques, la santé et la sécurité au travail et les services environnementaux).

Si les grands groupes qui gèrent plusieurs foyers de soins de longue durée peuvent disposer d'une EIDP centralisée, il est essentiel que chaque établissement dispose de sa propre EIDP et de son propre coordonnateur de la prévention et du contrôle des infections (tel qu'indiqué plus haut). L'élaboration des politiques générales en matière de prévention et de contrôle des infections peut être centralisée, mais il est recommandé que l'EIDP locale et le coordonnateur de la PCI examinent, adaptent (lorsque nécessaire) et approuvent chaque politique afin de s'assurer qu'elle est adaptée à la population de résidents, à la communauté, au personnel et à l'infrastructure propres au foyer de soins de longue durée.

La composition suggérée de l'EIDP est présentée au [Tableau 2](#). L'EIDP doit se réunir au moins une fois par trimestre<sup>42</sup>. Des réunions plus fréquentes peuvent être nécessaires pour répondre aux problèmes qui surgissent en matière de prévention et de contrôle des infections. Des procès-verbaux écrits de toutes les réunions doivent être conservés et transmis à la direction de l'établissement.

Il convient de noter que l'EIDP n'est pas la même chose qu'une équipe de gestion des épidémies. L'EIDP assure globalement une supervision et un accompagnement continu du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), ce qui doit inclure un examen par les hautes instances des épidémies survenant dans l'établissement. L'équipe de gestion des épidémies est spécifiquement constituée, pour une durée limitée, afin de traiter rapidement les épidémies au sein du foyer de soins de longue durée (FSLD). Bien que la composition des deux groupes puisse se recouper, les rôles de l'EIDP et de l'équipe de gestion des épidémies sont distincts.

**Tableau 1 : Composition d'un comité interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections**

Poste	Composition
Permanent†	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonnateur administratif</li> <li>• Professionnel du contrôle des infections coordonnateur du programme de PCI</li> <li>• Représentant des infirmières</li> <li>• Directeur médical</li> <li>• Coordonnateur de la santé au travail</li> <li>• Entretien/installations</li> <li>• Services environnementaux et ménage</li> <li>• Représentant du comité mixte en matière de santé et sécurité‡</li> <li>• Représentation des résidents et leurs familles§</li> <li>• Services cliniques</li> <li>• Services alimentaires</li> <li>• Autres représentants jugés opportuns</li> </ul>
Ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les parties prenantes importantes qui ne sont pas tenues d'assister à toutes les réunions de l'EIDP peuvent être invitées ponctuellement pour traiter de questions spécifiques ou peuvent présenter un rapport périodique (par exemple, annuel ou semestriel) au comité.</li> </ul>

† Le médecin-hygiéniste local (ou son représentant) doit être invité aux réunions de l'EIDP.

‡ La communication entre le comité mixte de santé et de sécurité (CMSS) et l'EIDP est essentielle. Une approche optimale consiste à faire siéger le coordonnateur de la PCI au sein du CMSS et à désigner un représentant du CMSS au sein de l'EIDP.

§ La participation des résidents et de leurs familles est essentielle. Cela peut être facilité en faisant siéger un résident et un membre de sa famille au sein de l'EIDP ou en demandant à l'EIDP d'envoyer un représentant aux conseils des résidents et des familles.

### 2.2.1 Structure du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les petits foyers de soins de longue durée

Il n'est pas toujours possible de disposer au sein du personnel d'un coordonnateur de la PCI à plein temps dans les petits foyers de soins de longue durée (moins de 70 lits). Dans un tel cas, l'établissement doit faire appel à un coordonnateur de la PCI à temps partiel qui doit disposer d'un nombre suffisant d'heures de présence sur place pour soutenir l'établissement et contribuer à la réalisation des objectifs du programme de PCI de celui-ci. Si le coordonnateur désigné de la PCI a d'autres responsabilités au sein du foyer de soins de longue durée qui ne relèvent pas de la PCI, il est essentiel qu'il dispose d'un temps hebdomadaire dédié à la PCI, clairement défini et protégé. Ces heures doivent être clairement consignées dans une politique écrite relative au programme de PCI de l'établissement et appliquées de manière cohérente.

S'il est essentiel que les coordonnateurs de la prévention des infections aient suffisamment de temps à consacrer à leur mission, il est tout aussi important que leur rôle soit suffisamment axé sur la prévention des infections pour qu'ils puissent acquérir l'expertise nécessaire afin d'asseoir leur crédibilité au sein de l'établissement et auprès des partenaires externes en tant qu'experts en la matière.

## 2.3 Fonctions du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Les fonctions essentielles d'un programme de PCI sont énumérées dans le [Tableau 3](#). Ces fonctions ne représentent pas l'ensemble des activités auxquelles la PCI peut être associée au sein d'un foyer de soins de longue durée (ESDL), mais elles sont toutes considérées comme des fonctions essentielles ou critiques qui devraient faire partie intégrante de tous les programmes de PCI dans un ESDL. Seuls les programmes de PCI dotés de ressources suffisantes seront en mesure de mettre en œuvre efficacement ces fonctions essentielles.

Certaines fonctions essentielles (par exemple, la surveillance, la gestion des cas) doivent être disponibles à tout moment, même la nuit, le week-end et les jours fériés. Afin d'assurer une couverture continue de la prévention et du contrôle des infections (PCI), comme le requièrent les normes mentionnées au document [Infection Prevention and Control \(IPAC\) Standard for Long-Term Care Homes<sup>5</sup>](#), les foyers de soins de longue durée (FSLD) dotés d'un seul coordonnateur de la PCI devront être en mesure de déléguer les responsabilités et les activités de PCI à d'autres membres du personnel ayant reçu une formation appropriée, selon les besoins.

**Tableau 3 : Fonctions du programme de PCI**

Fonction	Aperçu
Élaborer les politiques et procédures de PCI	<p>Le programme de PCI doit élaborer et tenir à jour des politiques et des procédures concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les pratiques courantes, notamment l'hygiène des mains ainsi que le choix et l'utilisation des ÉPI;</li> <li>• les précautions supplémentaires;</li> <li>• la surveillance des infections associées aux soins de santé (IAS) et des organismes résistants aux antimicrobiens (ORA);</li> <li>• les politiques de contrôle spécifiques à certains organismes (par exemple, pour la grippe, la COVID-19);</li> <li>• la gestion des épidémies;</li> <li>• la formation du personnel;</li> <li>• et la vaccination des résidents et du personnel.</li> </ul>

Fonction	Aperçu
Examiner les politiques cliniques importantes pour la PCI	<p>Le programme de PCI doit examiner et approuver les règles qui ont une importance pour la prévention et le contrôle des infections. Voici quelques exemples de règles qui doivent être examinées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les règles cliniques ayant des implications en matière de PCI (par exemple, la pose et la gestion des cathéters urinaires);</li> <li>• les règles de santé et de sécurité au travail (par exemple, la règle de vaccination du personnel);</li> <li>• le retraitement du matériel (par exemple, les règles et procédures relatives à l'entretien du matériel respiratoire personnel tel que les appareils à pression positive continue ou à pression positive à deux niveaux, et celles relatives au retraitement du matériel de soins des pieds);</li> <li>• le nettoyage des locaux (par exemple, la procédure de nettoyage quotidien des chambres des résidents, des salles de sortie, des salles d'activités et des salles à manger, la procédure en cas de déversements de sang, etc.).</li> </ul>
Gestion des cas	<p>Le programme de PCI aide les équipes cliniques et le foyer de soins de longue durée (FSLD) à procéder à l'attribution optimale des chambres aux résidents, ainsi qu'à déterminer s'il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures de précautions supplémentaires (voir le <a href="#">Chapitre 5. Mesures de précautions supplémentaires</a>). Le programme de PCI détermine à quel moment les résidents peuvent ne plus être soumis à des mesures de précautions supplémentaires.</p>
Surveillance et communication	<p>Le programme de PCI doit mettre en place et superviser un programme de surveillance syndromique (c'est-à-dire l'examen lors de l'admission et la surveillance quotidienne de tous les résidents afin de détecter les symptômes d'infections courantes, telles que les infections respiratoires et gastro-intestinales, et le signalement des résidents présentant des symptômes au programme de PCI).</p> <p>Le programme de PCI doit identifier, en collaboration avec la direction de l'établissement* et les parties prenantes, les principaux indicateurs de résultats et de performance à surveiller.</p> <p>Le programme de PCI doit adopter des définitions de cas standardisées et validées pour toutes les mesures suivies, assurer la surveillance et communiquer les taux d'incidence à l'EIDP et aux autres parties prenantes.</p> <p>Le programme de PCI doit suivre toutes les maladies d'intérêt pour la santé publique (c'est-à-dire les infections à déclaration obligatoire) et signaler ces infections aux autorités de santé publique.</p>

Fonction	Aperçu
Perfectionnement et formation	<p>Le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) doit dispenser une formation en matière de PCI à tout membre du personnel au moment de son embauche, puis chaque année.</p> <p>La PCI doit aider les équipes cliniques à dispenser la formation requise en matière de PCI aux résidents, aux aidants essentiels et aux visiteurs.</p>
Amélioration de la qualité Audit des pratiques de soins	<p>Le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) devrait mener des audits réguliers des pratiques de soins (par exemple, le respect des règles d'hygiène des mains, l'utilisation des ÉPI, l'entretien et l'utilisation des dispositifs à demeure), en mettant l'accent sur les points identifiés comme étant prioritaires par le programme PCI.</p> <p>Participer et soutenir les efforts d'amélioration de la qualité en lien avec les buts et objectifs de la prévention et du contrôle des infections (par exemple, les initiatives de gestion des antimicrobiens, et les initiatives visant à assurer une utilisation pertinente et une pose adéquate des cathéters urinaires).</p>
Évaluation des produits	<p>La PCI devrait participer à l'évaluation des nouveaux produits destinés à être utilisés dans le milieu des soins de longue durée afin de s'assurer qu'ils ne présentent pas de risque d'infection et qu'ils peuvent être nettoyés et désinfectés efficacement.</p>
Gestion des installations	<p>La PCI doit collaborer avec le service de gestion des installations, les services environnementaux et les autres parties prenantes afin de garantir le respect des normes dans tous les domaines suivants :</p> <p>chauffage et climatisation, nettoyage des locaux, gestion de la blanchisserie, gestion des objets tranchants, gestion des déchets, préparation et stockage des aliments, retraitement du matériel.</p>
Construction et rénovation	<p>Il est obligatoire de consulter le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) dès les phases de planification et de conception des nouveaux foyers de soins de longue durée (FSLD) ainsi que lors de la rénovation d'établissements existants, afin de garantir que les principes de PCI soient intégrés à la conception**.</p> <p>La PCI doit rester impliquée tout au long des projets de construction afin de s'assurer que des processus sont en place pour minimiser le risque de transmission d'infections lié aux activités de construction et de garantir que toutes les exigences de la PCI sont respectées avant la mise en service de tout espace neuf ou rénové**. Le service de PCI (ou un tiers délégué) doit dispenser une formation sur la PCI à l'équipe de construction**.</p>

Fonction	Aperçu
Planification en cas de pandémie et gestion des catastrophes	La PCI devrait être associée à la planification des événements majeurs susceptibles de présenter un risque d'infection pour les résidents et le personnel, notamment la planification en cas de pandémie ainsi que la planification et la gestion en cas de catastrophe.

\* La direction de l'établissement comprend le directeur médical et la direction administrative du foyer de soins de longue durée (FSLD).

\*\* Bien qu'il soit recommandé que le service de PCI participe à toutes les étapes des travaux de rénovation et de construction, il incombe à l'établissement de s'assurer que le processus de conception et de construction respecte les normes de PCI applicables et que les entreprises engagées pour réaliser les travaux de construction ou de rénovation possèdent les connaissances et l'expérience requises en matière de PCI<sup>12</sup>. Pour les grands projets, l'équipe de PCI peut ne pas disposer des connaissances, de l'expérience ou des ressources suffisantes en matière de construction pour superviser efficacement le projet; les FSLD devraient donc envisager de faire appel à un consultant tiers approprié pour travailler avec le FSLD, le programme de PCI et l'équipe de construction afin de s'assurer que les processus de construction et l'ouvrage qui en résulte respectent les normes de PCI.

## 2.4 Ressources nécessaires au programme de PCI

Seuls des programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) dotés de ressources suffisantes peuvent fonctionner efficacement<sup>43</sup>. Les programmes de PCI des foyers de soins de longue durée (FSLD) devraient pouvoir compter sur un professionnel certifié en contrôle des infections pour diriger et soutenir la mise en œuvre du programme de PCI au sein du FSLD.

Conformément à la [Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée de l'Ontario](#) et à la [Norme de prévention et de contrôle des infections \(PCI\) pour les foyers de soins de longue durée](#)<sup>5,27</sup>, il est exigé que le nombre minimal d'heures que le coordonnateur de la prévention et du contrôle des infections consacre à la PCI dans un foyer de soins de longue durée soit basé sur le nombre de lits agréés (voir le [Tableau 4](#))<sup>42</sup>. Cela est conforme aux recommandations antérieures du Comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses en matière de prévention et de contrôle des infections (CCPMI-PCI) qui préconisaient un professionnel du contrôle des infections pour 150 à 200 lits<sup>44</sup>.

Certaines maisons de retraite offrent un soutien à des populations de résidents complexes, similaires à celles que l'on observe dans les FSLD, et pourraient avoir intérêt à se demander si un programme de PCI similaire à ceux recommandés dans les FSLD serait bénéfique pour leur établissement.

**Tableau 4 : Nombre minimum† d’heures consacrées à la protection et au contrôle des infections par le coordonnateur de la PCI dans un foyer de soins de longue durée (FSLD)<sup>42,44</sup>**

Nombres de lits agréés	Nombre minimal d’heures par semaine dédiées à la direction de la PCI
69 lits et moins	17,5 <sup>††</sup>
De 70 à 199	26,25 <sup>††</sup>
De 200 à 299	35 <sup>††</sup>
De 300 à 399	52,5 <sup>†††</sup>
De 400 à 499	De 70 à 87,5 <sup>†††</sup>
De 500 à 599	De 87,5 à 105 <sup>†††</sup>
600 et plus	>105 <sup>†††</sup>

† Il convient également de noter que les FSLD doivent tenir compte de la complexité et de la vulnérabilité de leur population de résidents et que, sur la base de cette évaluation, ils pourraient avoir besoin de personnel supplémentaire dédié à la prévention et au contrôle des infections (PCI) ainsi que d’heures supplémentaires de présence de ce personnel au-delà de ce minimum. Les besoins en ressources du programme de PCI dépendront non seulement de la taille du FSLD, mais aussi de la nature de la population résidente (par exemple, la complexité de leurs besoins médicaux, leur état fonctionnel et leurs besoins en soins, et la présence éventuelle de populations spécialisées telles que les résidents atteints d’une lésion médullaire, les résidents présentant des troubles cognitifs ou les résidents nécessitant une dialyse), ainsi que de l’étendue requise du programme de prévention et de contrôle des infections.

†† Heures requises selon les normes ontariennes en matière de prévention et de contrôle des infections.

††† Nombre d’heures minimum recommandé par le CCPMI-PCI pour les grands foyers de soins de longue durée.

Compte tenu de ces éléments, les heures indiquées dans le [Tableau 4](#) correspondent au nombre minimal d’heures requis pour un foyer de soins de longue durée (FSLD) type. Pour les FSLD comptant une proportion plus élevée de résidents âgés, présentant des pathologies complexes ou autrement vulnérables, ou accueillant des populations spécialisées telles qu’un grand nombre de résidents sous dialyse, de résidents atteints de démence ou de résidents sous ventilation mécanique chronique, il sera nécessaire de prévoir des effectifs supérieurs à ce minimum.

Ces recommandations ne tiennent pas non plus compte des grands foyers de soins de longue durée comptant plus de 300 à 350 lits. Lorsque la taille d’un FSLD dépasse 300 lits, il est recommandé de prévoir plus de personnel dédié à la PCI et d’y consacrer plus de temps, comme indiqué dans le [Tableau 4](#).

Outre la prise en compte du nombre minimum d’heures requises pour le coordonnateur de la PCI, les recommandations suivantes sont importantes pour garantir l’efficacité du programme de PCI :

- Une personne doit être désignée comme coordonnatrice de la PCI sur place<sup>42</sup>.

- Quelle que soit la taille du foyer, le nombre d'heures hebdomadaires prévu pour les activités de PCI doit être clairement indiqué dans la politique du foyer et respecté.
- Le coordonnateur de la PCI ne doit pas assumer d'autres responsabilités au sein du foyer de soins de longue durée. Dans les petits foyers de soins de longue durée où cela n'est pas possible, le coordonnateur de la PCI doit disposer d'un temps hebdomadaire réservé et protégé pour ses activités de PCI.
- Le coordonnateur de la PCI doit posséder la formation et l'expérience requises et détenir la certification CIC en tant que professionnel du contrôle des infections ou professionnel du contrôle des infections en foyer de soins de longue durée (FSLD). Les FSLD qui, temporairement, ne disposent pas d'un professionnel du contrôle des infections certifié doivent avoir accès à un professionnel du contrôle des infections certifié pour consultation et soutien lorsque cela est nécessaire, jusqu'à ce qu'un professionnel du contrôle des infections certifié puisse être embauché ou formé. Il peut s'agir d'un professionnel du contrôle des infections certifié à l'emploi d'un autre FSLD, d'un groupe de FSLD, d'un établissement de soins actifs; ou d'un centre de coordination régional de prévention et de contrôle des infections (voir la [Section 2.4.1, Autres exigences en matière de ressources](#)).

### 2.4.1 Autres besoins en ressources

- Les foyers de soins de longue durée (FSLD) disposent souvent d'un seul coordonnateur de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et comptent rarement en leur sein un médecin ayant une formation et une expérience approfondies en matière de PCI ou de maladies infectieuses. Il est important que le programme de PCI d'un FSLD dispose de liens formels ou informels avec des programmes de PCI régionaux plus exhaustifs mis en place dans des hôpitaux qui ont à leur emploi des médecins spécialisés en PCI et des professionnels du contrôle des infections dotés de compétences spécialisées (par exemple, en matière de construction, de prise en charge des cas de *Candidozyma auris* [*C. auris*], etc.), permettant ainsi d'obtenir des conseils et un soutien pour la gestion de problèmes de PCI complexes. Cela peut s'accomplir par l'un des moyens suivants : (a) lien direct avec un infirmier spécialisé en prévention des infections externe au FSLD; (b) lien direct avec un médecin spécialisé en PCI externe au FSLD; (c) lien direct avec le programme de PCI d'un hôpital régional de soins actifs; (d) lien direct avec un centre de coordination de la PCI. Un contact régulier avec l'unité locale de santé publique (ULSP) peut également apporter un soutien important au programme de lutte contre les infections associées aux soins de santé (IAS) du FSLD. Pour les FSLD situés dans des régions éloignées de la province, les liens avec l'ULSP sont particulièrement importants, car il se peut qu'il n'y ait pas d'accès à un hôpital local disposant d'une expertise en matière d'IAS ou à un centre de coordination de la lutte contre les IAS.
- Il est également possible de faire appel à des consultants externes possédant l'expertise requise en matière de PCI. Par exemple, si le FSLD doit faire l'objet d'une rénovation majeure, il pourrait s'avérer nécessaire ou utile de recruter des experts externes en PCI pour examiner les plans de construction et veiller au bon déroulement des travaux, notamment si l'équipe interne chargée de la PCI dispose d'une expérience limitée dans le domaine de la construction ou de ressources insuffisantes pour mener à bien ces activités de manière efficace.

- Analyses de laboratoire — Les FSLD doivent disposer d'un accès garanti à des laboratoires de microbiologie agréés, capables de réaliser dans les meilleurs délais des dépistages d'organismes résistants aux antimicrobiens (ORA) ainsi que d'autres analyses microbiologiques pertinentes (par exemple, dépistage de la grippe, de la COVID-19 et de *Clostridioïdes difficile* [*C. difficile*]).
- Soutien administratif.
- Soutien aux possibilités et aux ressources éducatives.

Pour plus de détails sur les programmes de PCI et les compétences que doit avoir un coordonnateur de la PCI, voir le document du CCPMI-PCI intitulé « [Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé, 3<sup>e</sup> édition](#) »<sup>44</sup>.

## Exigences réglementaires

4. **Tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) de l'Ontario sont tenus d'élaborer et de maintenir un programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) efficace, axé sur la réduction du risque d'infections associées aux soins de santé, afin d'améliorer le bien-être et la sécurité des résidents et du personnel**<sup>27,42</sup>.
5. **Tous les FSLD sont tenus de disposer d'une équipe interdisciplinaire de PCI chargée de fixer les objectifs des programmes de PCI et de veiller à ce que ces objectifs soient atteints**<sup>5</sup>.
6. **Le programme de PCI doit être dirigé par un professionnel de la santé accrédité et formé en PCI**<sup>5,42</sup>.
7. **Les FSLD doivent disposer d'un nombre suffisant de professionnels de la prévention et du contrôle des infections pour permettre la mise en œuvre efficace de toutes les fonctions essentielles du programme de PCI. Le nombre de coordonnateurs au sein du programme doit être proportionnel à la taille, à la complexité et la diversité des cas et au risque encouru par la population desservie par le FSLD, et doit respecter les exigences minimales en matière d'heures de travail dédiées à la coordination, établies par la norme ontarienne de prévention et de contrôle des infections en fonction du nombre de lits**<sup>5,44</sup>.

## Recommandations

8. **Le soutien assidu au programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) doit constituer une priorité organisationnelle.**
9. **Au minimum, le programme de PCI doit faire l'objet d'une évaluation annuelle par l'équipe EIDP afin de réévaluer les besoins du foyer de soins de longue durée (FSLD), de vérifier si les objectifs du programme de PCI sont atteints et de déterminer si des éléments de programme supplémentaires sont nécessaires.**
10. **Les FSLD doivent avoir accès à un laboratoire de microbiologie agréé capable de traiter les échantillons de dépistage des ORA, d'alerter le programme de PCI en cas de détection de micro-organismes importants et de fournir au programme des informations de surveillance dans les meilleurs délais.**

- 11. Le programme de PCI du FSLD doit établir des liens formels avec des experts en PCI hors établissement, notamment avec : des professionnels du contrôle des infections accrédités dans un autre FSLD ou dans une unité de soins actifs, des médecins spécialisés en PCI, une unité de santé publique (USP) ou un centre de coordination de la PCI, afin de soutenir le programme PCI du foyer et de garantir que les pratiques restent à jour et fondées sur des données probantes.**

## 3.0 Formation et perfectionnement du personnel

---

Les programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont particulièrement efficaces lorsque tous les membres du personnel comprennent l'importance de la PCI ainsi que les principes fondamentaux de la transmission des agents pathogènes et de la prévention de celle-ci, qu'ils connaissent les politiques de PCI et de santé et sécurité au travail (SST) du foyer et qu'ils ont été formés aux procédures de PCI, notamment à l'hygiène des mains et à l'utilisation des ÉPI.

Le perfectionnement et la formation en matière de prévention et de contrôle des infections sont également importants pour les résidents, les familles, les aidants essentiels et les visiteurs, afin de les aider à se protéger et à prévenir la transmission des infections au sein du foyer.

### 3.1 Formation et perfectionnement du personnel

Une formation régulière, tant au moment de l'embauche ou de l'intégration que sur une base annuelle, est essentielle pour garantir que le personnel connaisse les pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) nécessaires pour protéger le personnel et les résidents contre les infections contractées au sein du foyer de soins de longue durée (FSLD)<sup>27</sup>. Des séances de formation supplémentaires sont également indiquées en cas d'épidémie, lorsque les politiques et procédures de PCI changent, ou lorsque des problèmes ou des questions spécifiques sont identifiés<sup>27</sup>.

Une remise à niveau et une formation annuelle sont importantes pour garantir que le personnel conserve une bonne compréhension des politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

Toutes les formations doivent être documentées de manière à constituer un registre indiquant quels membres du personnel ont suivi une formation et à quelle date celle-ci a eu lieu. La proportion du personnel formé lors de l'embauche et la proportion du personnel bénéficiant d'une remise à niveau annuelle constituent des indicateurs de sécurité importants qui doivent être communiqués chaque année à l'équipe EIDP et à la direction du foyer de soins de longue durée.

Le programme et le contenu de la formation doivent être élaborés par le programme de prévention et de contrôle des infections et doivent couvrir au minimum tous les points suivants :

- les risques liés aux maladies infectieuses, notamment les infections respiratoires aiguës (IRA), la gastroentérite et les agents pathogènes transmissibles par le sang;
- les modes de transmission des infections dans les foyers de soins de longue durée et les moyens de les prévenir;
- l'importance de la vaccination des résidents et du personnel;
- le recours aux pratiques de routine, notamment l'évaluation des risques au point de service, l'hygiène des mains, l'utilisation des ÉPI, la sécurité relative aux objets tranchants, le nettoyage et la désinfection du matériel partagé et la désinfection des surfaces;

- le recours à des précautions supplémentaires;
- le recours à la surveillance syndromique pour identifier les résidents pouvant nécessiter des précautions supplémentaires;
- la sécurité des médicaments en lien avec la PCI;
- la gestion des liquides biologiques;
- les politiques de PCI spécifiques à l'établissement concernant tous les points susmentionnés.

De plus, une formation pratique est nécessaire pour garantir que le personnel :

- sache comment se laver les mains efficacement;
- sache comment enfiler, retirer et éliminer les ÉPI en toute sécurité.

Cette formation peut être offerte par le personnel de la PCI ou par d'autres membres du personnel du foyer de soins de longue durée formés par la PCI pour dispenser efficacement cette formation sous la supervision de la PCI.

Le service de PCI doit revoir le contenu de ses programmes de formation et de perfectionnement chaque année, ou plus fréquemment si les politiques et procédures de PCI changent. Le programme doit également être évalué par le personnel et la direction du foyer de soins de longue durée afin de s'assurer qu'il est convivial, informatif et qu'il répond aux besoins du foyer. L'évaluation des connaissances et des pratiques du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections avant et après la formation est un autre moyen de confirmer l'efficacité du programme de formation.

Santé publique Ontario (SPO) propose des ressources d'apprentissage en ligne qui peuvent s'avérer utiles pour le personnel des FSLD ou pour les programmes de PCI des établissements qui élaborent leur propre programme de formation en PCI. Voici quelques exemples de ressources proposées par SPO : Voici quelques exemples de ressources proposées par SPO :

- [Prévention et contrôle des infections — Formation en ligne](#)<sup>45</sup>
  - PCI pour les professionnels de la santé
  - Module sur le retraitement dans les établissements de soins de santé communautaires
- [Virus respiratoire syncytial](#)<sup>46</sup>

Bien que les modules d'apprentissage en ligne puissent constituer un outil efficace pour dispenser une formation en matière de prévention et de contrôle des infections au personnel, il est essentiel que ces outils soient élaborés ou révisés par le programme de prévention et de contrôle des infections du foyer de soins de longue durée afin de garantir qu'ils sont à jour, exacts et qu'ils répondent aux besoins du foyer. L'apprentissage en ligne doit compléter et non remplacer la formation en présentiel dispensée par le programme de prévention et de contrôle des infections sur l'utilisation des ÉPI, y compris l'enfilage et le retrait des ÉPI sous observation.

## 3.2 Formation des résidents, des visiteurs et des aidants essentiels

Les résidents doivent être accompagnés dans la mise en œuvre des pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI), telles que l'hygiène des mains et les règles d'étiquette respiratoire. Une formation sur l'hygiène des mains et les règles d'étiquette respiratoire doit être proposée aux résidents par le foyer de soins de longue durée (FSLD), avec le soutien du service de PCI.

Le personnel clinique, avec le soutien du service de prévention et de contrôle des infections, doit s'assurer que les aidants essentiels et les visiteurs sont informés et comprennent l'importance de ne pas se rendre dans le foyer de soins de longue durée lorsqu'ils sont atteints d'une maladie potentiellement contagieuse, ainsi que l'importance d'une bonne hygiène des mains et du respect des règles d'étiquette respiratoire lorsqu'ils se trouvent dans l'établissement. Les visiteurs et les aidants essentiels qui viennent voir un résident sujet à des précautions supplémentaires doivent recevoir une formation concernant leur risque personnel de contracter une infection (ou l'absence de ce risque) et l'utilisation correcte de tout ÉPI requis.

Le SPO propose des ressources qui peuvent être utiles aux résidents des foyers de soins de longue durée, aux visiteurs et aux familles :

- [FICHE D'INFORMATION Conseils de prévention et de contrôle des infections pour les visites dans les milieux de soins de santé](#)<sup>47</sup>
- [PPT-Infection Prevention and Control Tips for Visiting All Health Care Settings](#)<sup>48</sup>

## Exigences réglementaires

12. **Tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de veiller à ce que leur personnel reçoive une formation sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) dès son embauche, puis chaque année**<sup>5,27,42</sup>.
13. **Le programme de formation en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) doit être élaboré par le responsable de la PCI afin de répondre aux besoins du foyer de soins de longue durée (FSLD); il doit être évalué et mis à jour chaque année**<sup>5</sup>.
14. **La formation du personnel doit être documentée afin que la conformité aux exigences annuelles en matière de formation puisse être communiquée à l'EIDP**<sup>5</sup>.

## Recommandations

15. **La formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) doit être dispensée par le service de PCI ou par du personnel formé par ce dernier à cette fin.**
16. **Le personnel doit être instruit par le service de PCI quant à la manière de sensibiliser les soignants essentiels et les visiteurs aux pratiques de PCI requises au sein du foyer de soins de longue durée (FSLD) et doit aider les résidents à apprendre et à appliquer les pratiques d'hygiène des mains et les règles d'étiquette respiratoire.**

## 4.0 Pratiques de base

---

L'objectif des pratiques de base est de protéger les résidents, ainsi que le personnel, les proches aidants et les visiteurs, contre les infections contractées au sein du foyer de soins de longue durée.

Les pratiques de base désignent les gestes que tous les professionnels de santé doivent effectuer lorsqu'ils s'occupent des résidents ou travaillent dans leur environnement. Elles comprennent également les mesures de contrôle environnementales et administratives que les foyers de soins de longue durée doivent adopter afin de réduire au minimum le risque d'infection.

Les pratiques de base reposent sur le postulat que tous les résidents peuvent être porteurs d'une infection potentiellement contagieuse, même s'ils se sentent bien et ne présentent aucun symptôme. C'est pourquoi les mêmes normes de sécurité doivent être **systématiquement** appliquées à **tous** les résidents afin de prévenir l'exposition aux liquides biologiques, aux sécrétions, aux excréments, aux muqueuses, aux lésions cutanées ou aux objets souillés, et d'éviter la propagation des infections. Comme certaines infections peuvent se propager au sein des foyers de soins de longue durée malgré l'application des pratiques de base, certains résidents nécessiteront des mesures en plus des mesures de routine. Ces mesures sont appelées « précautions supplémentaires » et sont abordées dans le chapitre suivant (voir le [Chapitre 5. Mesures de précautions supplémentaires](#)). Le contenu de ce chapitre est adapté du document [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé du CCPMI-PCI](#), qui fournit des détails supplémentaires sur ce sujet<sup>1</sup>.

Voici quelques exemples illustrant pourquoi les pratiques de base doivent être appliquées lors de toutes les interactions avec les résidents, quels que soient leurs symptômes ou leur diagnostic :

- les infections respiratoires, telles que la grippe et la COVID-19, sont contagieuses avant même l'apparition des symptômes et lorsque ceux-ci sont très légers. Le respect des pratiques de base permet d'éviter la propagation des infections respiratoires virales des résidents au personnel;
- un résident pourrait être infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite B ou l'hépatite C sans le savoir. L'application des pratiques de base lors de la manipulation d'aiguilles ou d'autres objets contaminés par du sang (par exemple, les glucomètres) est essentielle pour prévenir la transmission du VIH, de l'hépatite B ou de l'hépatite C au personnel ou à d'autres résidents;
- un résident peut être porteur, sans le savoir, d'une bactérie (ou d'un champignon) présente sur sa peau ou ailleurs dans son organisme, qui est résistante à de nombreux antibiotiques (ou antifongiques). Chez la plupart des résidents, la colonisation par ces ORA (organismes résistants aux antibiotiques) ne provoquera aucun symptôme. Chez certains résidents, cependant, ces micro-organismes provoqueront une maladie grave difficile à traiter. Parmi les organismes résistants pouvant entraîner de telles conséquences, on peut citer le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), les entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (CPE) ou *C. auris*. Le recours aux pratiques de base réduira le risque de propagation de ces micro-organismes résistants à d'autres résidents, même lorsque ces ORA

n'ont pas encore été détectés (remarque : dès lors qu'il est établi qu'un résident est colonisé par un ORA, des précautions supplémentaires sont requises pour réduire davantage le risque — voir le [Chapitre 5. Mesures de précautions supplémentaires](#)).

---

Les pratiques de base permettent d'éviter la propagation des infections au sein des foyers de soins de longue durée et de protéger les résidents, le personnel, les proches aidants et les visiteurs contre les infections.

---

Les infections peuvent se transmettre d'une personne à une autre par contact avec du sang, des liquides biologiques ou une lésion cutanée, mais aussi par contact avec du matériel, des objets ou des surfaces contaminés. Étant donné que tout résident peut être porteur d'une infection susceptible de se propager de cette manière, l'ensemble du personnel doit réfléchir à ses gestes, se demander s'il risque d'entrer en contact avec du sang, des liquides biologiques, des lésions cutanées ou des objets et surfaces contaminés, puis prendre les mesures nécessaires pour assurer sa sécurité. Ce processus de réflexion s'appelle une évaluation des risques et constitue le principe fondamental des pratiques de base. De plus, comme l'évaluation des risques est effectuée immédiatement avant le début de la tâche, on parle d'évaluation des risques au point de service (ERPS). Par exemple, si un aide-soignant s'apprête à changer les draps d'un résident incontinent qui a souillé ses draps, il doit réfléchir au risque de contamination de ses mains et de ses vêtements par des matières fécales, puis prendre des mesures pour minimiser ce risque en portant des gants et une blouse, et en se lavant les mains avant d'enfiler et après avoir retiré ses gants.

Cette évaluation des risques, suivie de la mise en œuvre de mesures visant à réduire ou à éliminer ces risques, devrait être intégrée à la culture de tous les foyers de soins de longue durée et à la pratique quotidienne de chaque professionnel de la santé.

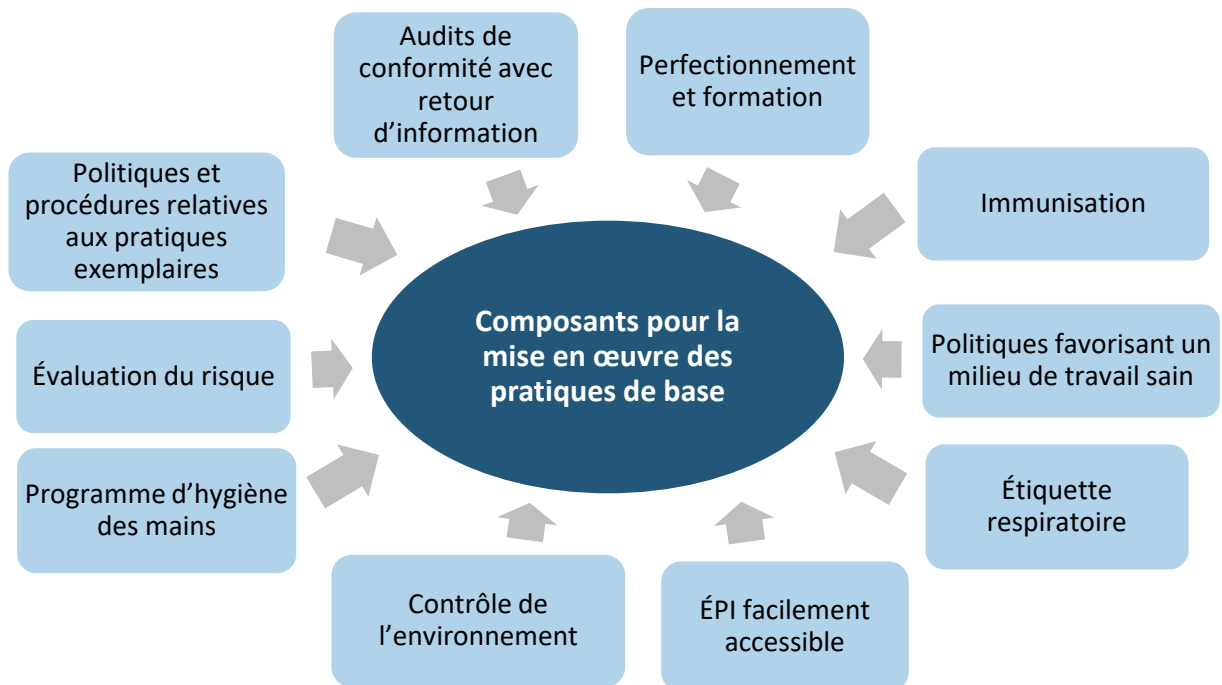
Tous les éléments suivants constituent des composantes essentielles des pratiques de bases au sein des foyers de soins de longue durée (voir également la [Figure 1](#)) :

- des politiques et procédures écrites en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui prévoient la nécessité d'une évaluation des risques au point de service (ERPS);
- la formation et de perfectionnement du personnel aux pratiques de base;
- un programme visant à évaluer le respect des pratiques de base;
- une quantité suffisante et facilement accessible de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) et d'ÉPI (par exemple, gants, masques, lunettes de protection, blouses) à la disposition des professionnels de la santé et des autres membres du personnel susceptibles d'être exposés au sang et aux substances corporelles, ainsi qu'une formation sur leur utilisation;
- des politiques favorisant un milieu de travail sain, comprenant (entre autres)<sup>1</sup> :
  - un programme de prévention des blessures par objets tranchants<sup>49</sup>;

- un programme de vaccination du personnel<sup>5,28</sup>;
- un programme visant à promouvoir l'hygiène des mains et les règles d'étiquette respiratoire<sup>5</sup>;
- l'obligation pour le personnel de rester à la maison en présence de symptômes pouvant indiquer une maladie infectieuse contagieuse (par exemple, fièvre, vomissements, diarrhée) et des mesures d'accompagnement pour aider le personnel à se conformer à ces exigences<sup>39</sup>;
- l'évaluation des risques au sein du foyer;
- et le contrôle de l'environnement afin de réduire les risques de transmission de micro-organismes<sup>5</sup>.

La mise en œuvre réussie des pratiques de base nécessite le soutien de la direction. La [Figure 1](#) présente tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre réussie des pratiques de base dans les foyers de soins de longue durée (FSLD).

**Figure 1 : Composants requis lors de la mise en œuvre des pratiques de base**



## 4.1 Aperçu des pratiques de base

Les pratiques de base désignent les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) que tous les professionnels de la santé doivent appliquer auprès de tous les résidents, dans le cadre de tous les soins, afin de prévenir et de contrôler la transmission des micro-organismes.

---

Les pratiques de base font partie du quotidien de chaque travailleur de la santé afin de protéger les résidents et le personnel soignant.

---

### 4.1.1 Éléments constitutifs des pratiques de base

Les éléments fondamentaux des pratiques de base sont énumérés dans la [Figure 2](#) et comprennent :

- **l'évaluation des risques au point de service (ERPS)** effectuée par le personnel de santé avant de prodiguer des soins, afin d'évaluer son risque d'exposition à des micro-organismes infectieux, ainsi que les mesures (y compris l'utilisation d'ÉPI) qu'il doit prendre pour éviter de contracter ou de propager des infections;
- **l'hygiène des mains**, à effectuer à l'aide d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) ou d'eau et de savon avant et après tout contact avec un résident ou son environnement, avant les procédures aseptiques et après un risque d'exposition à des liquides biologiques;
- **l'étiquette respiratoire;**
- **l'ÉPI**, y compris les politiques et procédures relatives à l'utilisation correcte de l'ÉPI; la formation et le perfectionnement du personnel à l'utilisation de l'ÉPI; et de l'EPI en quantité suffisante, facilement accessible et adapté pour empêcher le contact des professionnels de la santé avec le sang, les liquides biologiques, les lésions cutanées ou les muqueuses;
- **le contrôle de l'environnement**, notamment :
  - le placement approprié des résidents et l'espacement des lits, par exemple des chambres individuelles et des toilettes privées pour les résidents qui souillent leur environnement;
  - le nettoyage de l'équipement utilisé pour ou sur plus d'un résident entre chaque utilisation;
  - le nettoyage de l'environnement où sont prodigués les soins, y compris la manipulation en toute sécurité du linge souillé, des déchets et des objets tranchants afin de prévenir l'exposition et la transmission à d'autres personnes;
  - des mesures techniques, telles que :
    - des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC) bien entretenus, respectant les exigences en matière de renouvellement d'air par heure dans les chambres des résidents et les autres zones du foyer de soins de longue durée (FSLD)<sup>50</sup>;

- **des barrières**, telles que l'utilisation d'écrans en plexiglas ou de rideaux;
- l'installation de distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool et de contenants pour objets tranchants à proximité du lieu de soins, dans un emplacement optimal permettant une hygiène des mains efficace et une élimination sûre des objets tranchants<sup>5,51</sup>;
- un nombre suffisant de lavabos dédiés au lavage des mains.
- des mesures de contrôle administratives, notamment :
  - l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de procédures visant à garantir que le personnel soit en mesure de gérer efficacement les risques de transmission liés aux maladies infectieuses;
  - la formation du personnel afin de le sensibiliser aux maladies infectieuses et aux agents pathogènes, à leurs modes de transmission et aux mesures de prévention;
  - l'élaboration et la mise en œuvre de politiques visant à promouvoir un environnement de travail sain, qui exigent et permettent au personnel de ne pas se présenter au travail lorsqu'il est atteint d'une maladie infectieuse susceptible de mettre en danger les résidents et les autres membres du personnel;
- des programmes de vaccination pour le personnel et les résidents;
- un suivi de la conformité, assorti d'un retour d'information, intégré au programme afin de mesurer le respect des pratiques de base, y compris l'hygiène des mains;
- des effectifs suffisants pour permettre aux professionnels de la santé de se conformer aux politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

**Figure 2 : Composants des pratiques de base**

<b>Composants des pratiques de base</b>		
<b>Évaluation des risques +</b> <b>Hygiène des mains +</b> <b>Étiquette respiratoire +</b> <b>Équipement de protection individuelle</b>	<b>Contrôle de l'environnement</b> (Emplacement, nettoyage, mesures techniques)	<b>Mesures administratives</b> (Politiques et procédures, formation du personnel, politiques de santé au travail, surveillance de la conformité et retour d'information)

#### 4.1.2 Pratiques de base pour les visiteurs et les proches aidants

Les visiteurs et les proches aidants doivent recevoir des consignes concernant les mesures de contrôle spécifiques à l'établissement avant de rendre visite à un résident, afin de contribuer à réduire le risque de transmission de l'infection :

- les visiteurs et les proches aidants ne doivent pas entrer dans le foyer de soins de longue durée s'ils présentent des symptômes évocateurs d'une infection transmissible (par exemple, fièvre, vomissements, diarrhée) ou s'ils ne sont pas en mesure de respecter les mesures d'hygiène des mains et les autres précautions qui pourraient être exigées;
- il convient d'insister sur l'importance de l'hygiène des mains avant et après la visite;
- si le port d'un EPI est exigé du visiteur ou du proche aidant, celui-ci doit être accompagné d'instructions concernant la manière de l'enfiler, son utilisation et son élimination correctes.

Des supports pédagogiques peuvent être remis aux visiteurs afin de leur présenter les bonnes pratiques recommandées en matière d'hygiène des mains et d'étiquette respiratoire.

## 4.2 Évaluation des risques au point de service

---

Les professionnels de la santé doivent évaluer le risque d'exposition au sang, aux liquides biologiques, aux lésions cutanées et aux surfaces ou objets contaminés avant toute intervention clinique, afin de déterminer l'ÉPI qu'ils doivent utiliser ainsi que toutes les autres mesures à prendre pour réduire ce risque et prévenir la transmission d'infections.

---

Tout résident peut être porteur d'une infection potentiellement contagieuse, même s'il se sent bien et ne présente aucun symptôme. C'est pourquoi il est essentiel d'appliquer systématiquement les mêmes normes de sécurité à l'ensemble des résidents afin d'éviter toute exposition du personnel aux liquides biologiques, sécrétions, excréments, muqueuses, lésions cutanées ou objets souillés, et de prévenir la propagation des infections.

Toutefois, les mesures spécifiques mises en œuvre pour réduire le risque d'exposition varieront en fonction de l'objectif de l'interaction clinique entre le personnel soignant et le résident (ou de l'objectif de l'interaction entre le personnel soignant et l'environnement du résident), de l'état clinique actuel du résident et, dans certains cas, de l'état de santé du personnel soignant lui-même.

Il appartient à chaque professionnel de la santé de déterminer si le port d'un ÉPI est nécessaire lors de la prestation de soins en effectuant une évaluation des risques au point de service (ERPS). L'objectif de l'ERPS est de s'assurer que le professionnel de la santé évalue s'il existe un risque d'exposition au sang, aux liquides biologiques, aux sécrétions, aux excréments, aux lésions cutanées du résident, ou aux surfaces et au matériel environnants contaminés par l'un de ces éléments. Portez des gants en cas de contact avec les muqueuses, les lésions cutanées (y compris les éruptions cutanées non diagnostiquées), le sang, les liquides biologiques, les sécrétions, les excréments ou les surfaces et le matériel environnants contaminés par l'un de ces éléments afin de prendre des mesures permettant de réduire ou d'éliminer ce risque. Cela permettra de minimiser le risque pour le personnel de la santé de contracter une infection auprès d'un résident atteint d'une maladie infectieuse non diagnostiquée et de réduire le risque pour le personnel de la santé de transmettre une infection aux résidents ou à d'autres membres du personnel.

Le personnel qui n'est pas du personnel de santé et qui n'a pas reçu de formation relativement à l'ERPS doit être supervisé par du personnel de santé lorsqu'il travaille dans les zones des foyers de soins de longue durée où vivent les résidents, et recevoir des instructions concernant les mesures à respecter (par exemple, l'hygiène des mains) et l'utilisation des ÉPI.

Dans sa forme la plus simple, l'ERPS demande aux professionnels de la santé de se poser deux questions\* :

- Quelles sont les activités que je prévois d'effectuer au cours de cette interaction clinique et qui pourraient augmenter mon risque d'exposition au sang, aux liquides biologiques, aux lésions cutanées ou à des surfaces ou objets contaminés?
- Ce résident présente-t-il des symptômes susceptibles d'augmenter mon risque d'exposition au sang, aux liquides biologiques, à des lésions cutanées ou à des surfaces ou objets contaminés?

Étant donné que l'état du résident, l'objet de l'interaction et l'état du professionnel de santé peuvent évoluer, il est nécessaire de répéter l'ERPS à chaque nouvelle interaction.

---

L'évaluation des risques est un processus continu que le personnel met en œuvre avant chaque interaction avec un résident, afin d'identifier rapidement tout changement et de pouvoir ainsi mieux orienter les pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections.

---

Voici quelques exemples illustrant comment les questions « Que se passe-t-il avec ce résident ? » et « Quelle est ma tâche ? » peuvent aider à identifier les risques et à déterminer l'ÉPI nécessaire (voir le [Tableau 5](#)).

### Exemple 1

- Un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) s'apprête à aider un résident à prendre son repas. Il sait que ce résident présente des troubles du comportement et qu'il crache souvent sur le personnel. Compte tenu de la tâche à accomplir (fournir des soins) et des particularités du résident (c'est-à-dire le problème de crachats), le PSSP se rend compte que, comme il sera proche du résident pour l'aider à manger, celui-ci pourrait cracher, ce qui pourrait entraîner un contact de liquides biologiques avec ses yeux, son nez ou sa bouche. Sur la base de cette analyse d'ERPS, le PSSP décide de porter un masque et un écran facial pendant qu'il aide le résident à manger, afin d'éviter toute exposition aux liquides biologiques, et de se laver les mains immédiatement avant et après avoir retiré l'écran facial et le masque.

**Résumé :** s'il existe un risque que vos muqueuses (yeux, nez ou bouche) soient exposées à du sang ou à des liquides biologiques, le port d'un masque et de lunettes de protection est obligatoire.

---

\* Si ces deux questions constituent les principes directeurs de l'évaluation des risques au point de soins (ERPS), le personnel soignant doit également déterminer s'il court un risque accru de contracter une infection ou de contracter une infection grave (par exemple, en cas d'immunodéficience ou de retard de vaccination) ou s'il risque d'exposer le résident à un contact avec des liquides biologiques (par exemple, en cas de lésions cutanées aux mains dues à une plaie ou à une affection cutanée).

## Exemple 2

- Un préposé aux services de soutien à la personne s'apprête à changer la literie d'un résident. Il sait que ce dernier est incontinent et qu'il a peut-être souillé ses draps. En appliquant cette analyse au cadre d'ERPS, l'aide-soignant se rend compte que, bien qu'il ne soit pas en contact direct avec le résident, il sera en contact avec un article (les draps) susceptible d'être fortement contaminé par des matières fécales. Sur la base de cette analyse d'ERPS, l'aide-soignant décide de porter une blouse et des gants (enfilés après s'être lavé les mains) pendant qu'il change les draps, puis de se laver les mains après avoir retiré son ÉPI, afin d'éviter toute exposition aux liquides biologiques.

**Résumé :** s'il existe un risque que vos mains ou vos vêtements soient exposés à du sang ou à des liquides biologiques, le port d'une blouse et de gants est obligatoire.

## Exemple 3

- Une infirmière s'apprête à évaluer les signes vitaux d'un résident. Ce dernier présente une peau intacte et ne présente aucun symptôme infectieux; il ne fait pas l'objet de précautions supplémentaires et se trouve dans son état de santé habituel. Après avoir examiné la tâche et l'état du résident dans le cadre d'une ERPS, l'infirmière se rend compte que la prise des signes vitaux ne nécessitera qu'un contact avec une peau intacte et que le risque d'exposition au sang ou aux liquides biologiques est faible. Étant donné qu'une peau intacte peut être colonisée par des agents pathogènes bactériens et fongiques, qui pourraient inclure des ORA non diagnostiqués, l'hygiène des mains reste obligatoire avant et après tout contact avec le résident et son environnement.

**Résumé :** s'il n'y a aucun risque d'exposition au sang ou aux liquides biologiques et que le résident ne fait pas l'objet de précautions supplémentaires, le port d'un ÉPI n'est pas obligatoire<sup>†</sup>. Toutefois, l'hygiène des mains reste obligatoire en cas de contact avec le résident ou son environnement.

## Exemple 4

- Un agent des services d'entretien va nettoyer la salle de bains de la chambre d'un résident qui ne faisait pas l'objet de précautions supplémentaires, après le départ de ce dernier. Lors de son analyse des risques (ERPS), l'agent d'entretien se rend compte que, bien qu'il n'ait aucun contact avec le résident, ses mains pourraient être exposées à des liquides biologiques si les toilettes sont contaminées. Sur la base de cette analyse, l'agent d'entretien a décidé de se laver les mains, puis de mettre des gants pour nettoyer les toilettes, avant de se laver à nouveau les mains immédiatement après avoir retiré ses gants.

**Résumé :** s'il existe un risque de contact des mains avec des objets ou des surfaces environnementales contaminés par des liquides biologiques, le port de gants est obligatoire. Il convient de toujours se laver les mains avant d'enfiler les gants et après les avoir retirés.

---

<sup>†</sup>Veillez noter que le port de gants peut être obligatoire lors de la manipulation de lingettes désinfectantes si la fiche de données de sécurité du désinfectant utilisé le précise, afin de protéger la peau du personnel contre des produits chimiques potentiellement nocifs.

**Tableau 2 : ÉPI requis conformément aux règles de l'évaluation des risques au point de service**

Cas type	ÉPI requis selon l'ERPS*
Risque d'exposition des yeux au sang ou aux liquides biologiques	Protection oculaire
Risque d'exposition du nez ou de la bouche au sang ou à des liquides biologiques	Masque
Risque d'exposition des mains au sang, à des liquides biologiques ou à des objets ou surfaces contaminés	Gants
Risque d'exposition des vêtements ou de la peau au sang, à des liquides biologiques, à des objets ou à des surfaces contaminés	Blouse

\* L'hygiène des mains est un élément fondamental des pratiques de base et doit être respectée avant et après tout contact avec un résident ou son environnement (voir la section sur l'hygiène des mains ci-dessous).

À chaque contact avec un résident, le personnel soignant procède à un dépistage afin de déterminer si celui-ci est susceptible d'être atteint d'une infection nosocomiale et d'évaluer le risque d'exposition au sang, aux liquides biologiques, aux sécrétions, aux excréments et aux lésions cutanées, ainsi que d'identifier les mesures permettant de réduire ce risque d'exposition et de prévenir la transmission de micro-organismes.

Outre les considérations susmentionnées, d'autres facteurs peuvent être pris en compte par les professionnels de la santé dans le cadre de leur ERPS lorsqu'ils déterminent l'ÉPI nécessaire. Citons par exemple le statut vaccinal du résident et du professionnel de santé, ou l'incidence actuelle de certaines maladies infectieuses au sein de la communauté locale.

Dans certains cas, lors de la réalisation d'une ERPS, le personnel soignant peut constater que le résident présente des symptômes ou des signes d'une infection nosocomiale nécessitant des précautions supplémentaires allant au-delà des pratiques de base. Par exemple, le personnel soignant peut remarquer que le résident présente une nouvelle toux et de la fièvre, ce qui peut indiquer une infection virale des voies respiratoires. Dans ce cas, l'ERPS doit entraîner la mise en place de précautions supplémentaires, comme indiqué au [Chapitre 5, Précautions supplémentaires](#).

Lorsqu'un résident a reçu un diagnostic d'infection nosocomiale ou d'ORA, une affiche est mise en place pour indiquer l'EPI que le personnel doit porter lorsqu'il entre dans la chambre ou prodigue des soins au résident. Cette mesure s'inscrit dans le cadre des précautions supplémentaires et est abordée au [Chapitre 5, Précautions supplémentaires](#).

Pour plus de détails sur l'évaluation des risques, consulter le document [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, du CCPMI-PCI](#), ainsi que le document [Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins](#) de l'Agence de la santé publique du Canada<sup>1,9</sup>.

## 4.3 Hygiène des mains

Les mains sont souvent contaminées par des micro-organismes lors des soins directs prodigués aux résidents, ou par contact avec des objets et des surfaces contaminés au sein des établissements de santé. Les mains contaminées par des bactéries, des virus et d'autres micro-organismes peuvent sembler propres, mais elles peuvent néanmoins receler un nombre suffisamment important de micro-organismes pour transmettre une infection à plusieurs résidents. Nous pouvons empêcher que les infections ne se propagent de cette manière par le simple fait d'adopter une saine hygiène des mains.

L'**hygiène des mains** est un terme général qui désigne deux méthodes distinctes permettant d'éliminer ou de désactiver les micro-organismes présents sur les mains :

- l'utilisation d'eau et de savon (également appelée « lavage des mains »);
- l'utilisation d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool (également appelée « friction des mains »).

L'hygiène des mains est l'une des mesures de prévention et de contrôle des infections les plus efficaces pour éviter la propagation de nombreuses infections nosocomiales. Malgré cela, le respect des règles d'hygiène des mains dans les établissements de santé, y compris dans les foyers de soins de longue durée, fait souvent défaut<sup>52</sup>.

### 4.3.1 Programme d'hygiène des mains

Pour améliorer l'hygiène des mains dans les foyers de soins de longue durée, il est nécessaire de mettre en œuvre des stratégies d'amélioration fondées sur des données probantes, qui sont appliquées et maintenues sur le long terme. Des initiatives ponctuelles et simples, telles qu'une seule séance de « déjeuner-conférence » ou des affiches rappelant au personnel de se laver les mains, auront certes un impact positif, mais ne permettront pas, à elles seules, d'aboutir à une amélioration durable si elles ne s'inscrivent pas dans le cadre d'un programme plus global de promotion de l'hygiène des mains.

Pour améliorer et pérenniser l'hygiène des mains du personnel, il faut un effort continu, interdisciplinaire, à l'échelle du foyer et soutenu par tous les échelons de la direction du foyer de soins de longue durée.

Les programmes d'hygiène des mains les plus efficaces reposent sur une approche « multimodale » qui intègre diverses stratégies d'amélioration utilisées conjointement pour optimiser le changement de comportement.

Les stratégies essentielles requises sont les suivantes :

- La **formation**. L'ensemble du personnel doit être sensibilisé aux conséquences des infections nosocomiales pour les résidents, à l'efficacité de l'hygiène des mains dans la prévention de ces infections et des infections professionnelles, ainsi que du moment et de la manière de se laver les mains. Une formation doit être dispensée à l'ensemble du personnel lors de son embauche, puis régulièrement par la suite.

- La **sensibilisation**. Il convient de mettre en œuvre diverses stratégies pour que le personnel garde toujours à l'esprit l'importance de l'hygiène des mains. Il peut s'agir notamment de panneaux d'affichage dans les zones clés, de rappels périodiques lors des réunions, d'économiseurs d'écran promouvant l'hygiène des mains ou de toute autre stratégie visant à rappeler au personnel l'importance de l'hygiène des mains.
- L'**accessibilité**. Faciliter au maximum l'hygiène des mains pour le personnel constitue l'une des stratégies les plus importantes pour améliorer les résultats. Les **distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA)** doivent être placés à des endroits commodes, à proximité des lieux de soins dans l'ensemble du foyer de soins de longue durée, afin que le personnel puisse s'en servir facilement dès qu'il en a besoin. Il est tout aussi important de s'assurer qu'un processus est en place pour repérer et réapprovisionner rapidement les distributeurs vides, ainsi que pour réparer rapidement ceux qui sont défectueux.
- L'**audit et le retour d'information**<sup>53</sup>. Pour améliorer les performances à l'avenir, il faut connaître le niveau de performance actuel. Cela nécessite de mesurer (c'est-à-dire d'auditer) les pratiques d'hygiène des mains du personnel, puis de communiquer les résultats. Le retour d'information est également une stratégie clé qui peut conduire directement à une amélioration des performances en matière d'hygiène des mains. Le retour d'information est plus efficace lorsqu'il est donné à plusieurs reprises, qu'il est formulé de manière constructive (plutôt que critique), qu'il est transmis à la fois oralement et par écrit, et qu'il s'adresse à l'ensemble du personnel du foyer de soins de longue durée (c'est-à-dire, du personnel de première ligne jusqu'à la direction).
- Le **leadership**. Il est essentiel que les responsables démontrent qu'ils prennent au sérieux l'hygiène des mains et la sécurité des résidents. Les dirigeants des foyers de soins de longue durée (FSLD) amélioreront l'hygiène des mains au sein de leur établissement en soutenant les programmes d'hygiène des mains, en examinant régulièrement les données relatives aux performances en la matière et en apportant un soutien vocal et visible aux efforts d'amélioration. Les responsables cliniques, administratifs et les leaders d'opinion à tous les échelons du foyer peuvent également montrer l'exemple en matière d'hygiène des mains, en la pratiquant eux-mêmes et en montrant comment donner et recevoir de manière appropriée des retours sur les performances.

L'approche multimodale consiste à recourir au plus grand nombre possible de ces mesures, même s'il n'est pas nécessaire de toutes les mettre en œuvre simultanément. Cela représente un travail considérable, mais peut se traduire par de réelles améliorations en matière d'hygiène des mains, suivies d'une baisse des taux d'infection, d'une amélioration des résultats pour les résidents et d'une diminution des infections chez le personnel. L'efficacité de cette approche a été démontrée à maintes reprises dans divers établissements de soins de santé<sup>17,54</sup>.

Parmi les autres stratégies fondées sur des données probantes qui peuvent s'avérer utiles, on peut citer la définition d'objectifs, la responsabilisation en matière d'hygiène des mains et les récompenses liées à l'amélioration de l'hygiène des mains.

Tous les foyers de soins de longue durée devraient mettre en place un programme d'hygiène des mains comprenant l'ensemble des composants suivants<sup>44</sup> :

- le soutien et l'engagement de la direction pour faire de l'hygiène des mains une priorité organisationnelle;
- la mise en œuvre d'un programme d'hygiène des mains multimodal et multidisciplinaire;
- la mise en place de mesures d'accompagnement permettant au personnel d'appliquer facilement les règles d'hygiène des mains;
  - du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) disponible à proximité immédiate des lieux de soins, dans tous les espaces où l'hygiène des mains peut s'avérer nécessaire;
  - des lavabos destinés au lavage des mains installés à des emplacements appropriés au sein du foyer;
  - une procédure structurée visant à s'assurer que les distributeurs DMBA sont pleins et en état de marche, et à remplacer ou réparer rapidement ceux qui sont défectueux;
- une formation est dispensée à l'ensemble du personnel dès son embauche, puis périodiquement, sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention des infections chez les résidents et le personnel, ainsi que sur le moment et la manière de se laver les mains;
- le contrôle et l'observation réguliers des pratiques d'hygiène des mains du personnel, avec retour d'information à tous les niveaux de la direction et à l'ensemble du personnel;
- la mise en place d'un programme de soins des mains visant à garantir que le personnel soit en mesure de préserver l'intégrité de sa peau, en collaboration avec le responsable de la santé au travail du foyer de soins de longue durée (FSLD) ou le programme de santé au travail;
- dans le cadre du programme de soins des mains, des crèmes hydratantes compatibles avec les produits d'hygiène des mains utilisés sont mises à la disposition du personnel afin de contribuer à préserver l'intégrité de la peau;
- pour de plus amples informations sur les soins des mains, consultez le document du CCPMI-PCI [\*Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé\*](#), et les [\*Recommandations pour la prévention, la détection et la prise en charge de la dermatite de contact professionnelle en milieu de soins de santé\*](#), de SPO<sup>4,55</sup>;
- l'implication des résidents, le soutien et la promotion de l'hygiène des mains chez les résidents;
- la promotion de pratiques exemplaires en matière d'hygiène des mains, notamment au moyen de rappels sur le lieu de travail et par l'exemple que peuvent donner les leaders d'opinion.

Pour mettre en œuvre un programme complet d'hygiène des mains dans un foyer de soins de longue durée (FSLD), consulter :

- le programme ontarien fondé sur des données probantes [\*Lavez-vous les mains \(LVLM\)\*](#) destiné aux hôpitaux et aux foyers de soins de longue durée<sup>46</sup>
- les [\*Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé\*](#) du CCPMI-PCI<sup>4</sup>

## 4.3.2 Les principes fondamentaux de l'hygiène des mains

### Les quatre moments d'hygiène des mains — quand l'hygiène des mains est-elle indiquée?

En Ontario, les indications d'hygiène des mains dans les établissements de santé ont été classées en quatre « moments », qui correspondent aux quatre situations dans lesquelles l'hygiène des mains est requise. Ces situations sont les suivantes (voir également le [Tableau 6](#)) :

**Moment 1** : avant de toucher un résident ou tout objet ou meuble se trouvant dans son environnement (c'est-à-dire sa chambre ou son lit).

**Exemple** : il est nécessaire de se laver les mains avant d'entrer dans la chambre d'un résident pour lui prodiguer des soins (car cela implique un contact avec le résident). Il est également nécessaire de se laver les mains avant d'entrer dans la chambre d'un résident pour changer les draps (car cela implique un contact avec son environnement).

**Moment 2** : avant une intervention aseptique pratiquée sur un résident.

**Exemple** : il est nécessaire de se laver les mains immédiatement avant de retirer un pansement et d'examiner une plaie, car il s'agit d'une intervention aseptique et il est important de s'assurer qu'aucune bactérie ne pénètre dans la plaie.

**Moment 3** : après toute exposition potentielle au sang ou aux liquides biologiques d'un résident.

**Exemple** : il est nécessaire de se laver les mains immédiatement après avoir retiré un urinal de la chambre d'un résident, car cela pourrait entraîner une contamination des mains du préposé par l'urine.

**Moment 4** : après avoir touché un résident ou un objet se trouvant dans son environnement (c'est-à-dire sa chambre ou son lit).

**Exemple** : il est nécessaire de se laver les mains en sortant de la chambre d'un résident après lui avoir apporté une aide aux soins (car cela implique un contact avec le résident). Il est également nécessaire de se laver les mains en sortant de la chambre d'un résident après avoir changé les draps (car cela implique un contact avec l'environnement du résident).

---

Il est recommandé de se laver les mains chaque fois que l'on entre ou que l'on sort de la chambre d'un résident, car le personnel entre presque toujours en contact avec quelque chose lorsqu'il se trouve dans la pièce.

---

Si les quatre moments susmentionnés s'appliquent aux foyers de soins de longue durée (FSLD) pour les soins prodigués dans les chambres des résidents, il ne faut pas oublier que le FSLD est le lieu de vie des résidents et que ceux-ci passent beaucoup de temps en dehors de leur chambre. L'hygiène des mains reste donc obligatoire lorsque les soins sont prodigués en dehors de la chambre, notamment lors des gestes suivants :

- avant de participer à une activité individuelle ou collective dans un espace commun;
- avant d'aider directement (c'est-à-dire avant de toucher) un résident;
- après avoir aidé directement (c'est-à-dire après avoir touché) un résident;
- et après avoir quitté une activité individuelle ou collective dans un espace commun.

Outre le respect des règles d'hygiène des mains conformément aux **4 moments pour l'hygiène des mains** décrits dans le programme ontarien « Lavez-vous les mains » ([Tableau 6](#))<sup>46</sup>, il existe d'autres situations où l'hygiène des mains est requise, notamment :

- avant de préparer, de manipuler, de servir ou de consommer des aliments;
- après que vos mains ont été en contact avec vos propres liquides biologiques, sécrétions ou excréments (par exemple, après vous être mouché ou avoir éternué dans votre main, après être allé aux toilettes).

**Tableau 3 : Les quatre moments d'hygiène des mains selon le programme ontarien « Lavez-vous les mains »<sup>46</sup>**

Moments d'hygiène des mains	Quand se laver les mains	Pourquoi se laver les mains
1. AVANT le premier contact avec le résident ou son environnement	<p>Lavez-vous les mains au moment d'entrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• avant de toucher un résident;</li> <li>• avant de toucher tout objet ou meuble se trouvant dans l'environnement du résident;</li> <li>• et avant de participer à une activité avec un résident dans un espace commun.</li> </ul>	Afin de protéger le résident et son environnement contre les micro-organismes nuisibles présents sur vos mains.
2. AVANT une intervention aseptique	Lavez-vous les mains immédiatement avant toute intervention aseptique.	Afin de protéger le résident contre la pénétration dans son organisme de micro-organismes nuisibles, y compris ses propres germes.
3. APRÈS un risque d'exposition aux liquides biologiques	Lavez-vous les mains immédiatement après avoir été exposé à des liquides biologiques (et après avoir retiré vos gants).	Pour vous protéger et préserver l'environnement des établissements de santé contre les micro-organismes nuisibles des résidents.

Moments d'hygiène des mains	Quand se laver les mains	Pourquoi se laver les mains
4. APRÈS le contact avec un résident ou son entourage	<p>Lavez-vous les mains lorsque vous sortez :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• après avoir touché un résident;</li> <li>• après avoir touché un objet ou un meuble dans l'environnement du résident;</li> <li>• et après avoir participé à une activité avec un résident dans un espace commun.</li> </ul>	Pour vous protéger et préserver l'environnement des établissements de santé contre les micro-organismes nuisibles des résidents.

Des affiches et des outils pédagogiques sur l'hygiène des mains peuvent être obtenus gratuitement sur la page Web du programme [Lavez-vous les mains \(LVLM\)](#) de Santé publique Ontario (SPO)<sup>46</sup>.

### 4.3.3 Sélection et emplacement des produits

#### Quels produits faut-il utiliser pour l'hygiène des mains et où doivent-ils être placés?

Le désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) et le savon liquide sont tous deux efficaces pour l'hygiène des mains et présentent chacun des avantages dans des situations spécifiques. Le personnel des foyers de soins de longue durée devrait avoir accès à la fois à du DMBA (sur les lieux de soins) et à des lavabos dédiés à l'hygiène des mains où il est possible de se laver les mains à l'eau et au savon. Il n'est pas recommandé de se laver les mains avec du DMBA, puis immédiatement à l'eau et au savon (ou vice versa), car cela peut entraîner un séchage excessif des mains sans apporter d'avantage supplémentaire notable, les deux méthodes d'hygiène des mains étant efficaces. Lorsque les membres du personnel utilisent un lavabo pour se laver les mains, ils doivent utiliser un lavabo dédié à l'hygiène des mains du personnel et ne doivent pas se laver les mains dans les lavabos destinés à d'autres usages (par exemple, le lavabo de la salle de bains des résidents, le lavabo de la buanderie utilisé pour rincer le matériel).

#### 4.3.3.1 Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA)

Le désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) est disponible dans des concentrations allant de 60 % à 90 %. Étant donné que le norovirus, une cause fréquente de gastroentérite virale et d'épidémies de gastroentérite dans les foyers de soins de longue durée, n'est désactivé qu'à des concentrations égales ou supérieures à 70 %<sup>56</sup>, une teneur minimale en alcool de 70 % est recommandée. Les produits DMBA dont l'achat est envisagé doivent être accompagnés d'un numéro d'identification du médicament (NIM) ou d'un numéro de produit naturel délivré par Santé Canada<sup>13,14,57</sup>.

Il est préférable d'utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) pour la plupart des cas d'hygiène des mains, à condition que vos mains ne soient pas visiblement sales ou souillées<sup>58</sup>. Le DMBA élimine rapidement les micro-organismes<sup>59,60</sup>, est plus doux pour la peau que l'eau et le savon et nécessite le moins de temps pour une hygiène des mains efficace — notamment parce que les distributeurs peuvent être placés directement aux points de soins<sup>61</sup>. Les seules situations où l'eau et le

savon sont nécessaires (plutôt que le DMBA) sont celles où les mains présentent des traces visibles de saleté, de graisse, de sang ou de liquides biologiques. Dans de tels cas, le DMBA ne peut pas pénétrer suffisamment pour tuer les micro-organismes et l'utilisation de l'eau et du savon est indispensable.

L'eau et le savon peuvent également s'avérer plus efficaces contre les spores de *C. difficile* et sont donc privilégiés lors des soins prodigués à un résident atteint d'une infection à *C. difficile*. Toutefois, il convient d'utiliser un DMBA pour l'hygiène des mains à la sortie de la chambre, après quoi le personnel peut se rendre directement au lavabo le plus près prévu à cet effet pour se laver les mains.

#### 4.3.3.2 Savons pour le lavage des mains

Le savon ordinaire et l'eau agissent en délogeant la saleté et les substances organiques (par exemple, le sang, le mucus), qui sont ensuite éliminées lors du rinçage. Certains savons contiennent des ingrédients supplémentaires aux propriétés antimicrobiennes (c'est-à-dire des savons médicamenteux). Cependant, le savon ordinaire suffit à éliminer les micro-organismes pathogènes présents sur les mains.

Le savon existe sous forme liquide et en pain. Le savon en pain ne doit pas être utilisé par le personnel des foyers de soins de longue durée, car la surface du pain ou l'eau dans laquelle il est souvent plongé près du lavabo peut être contaminée par des micro-organismes susceptibles de contaminer les mains lors du lavage.

Le DMBA et le savon liquide sont tous deux distribués dans des flacons jetables. Il ne faut pas recharger ni rajouter de produit dans les flacons lorsqu'ils sont partiellement vides, car ils risquent d'être contaminés.

---

Ne remplissez pas les distributeurs de DMBA et de savon liquide : les récipients sont jetables et doivent être remplacés lorsqu'ils sont vides.

N'utilisez pas de savon en pain.

---

#### 4.3.3.3 Autres agents antiseptiques pour les mains

Les produits antiseptiques pour l'hygiène des mains sans eau qui ne contiennent pas entre 70 et 90 % d'alcool ne sont pas aussi efficaces que les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) et leur utilisation n'est pas recommandée<sup>62</sup>. Ces produits peuvent également être plus irritants pour les mains, selon les principes actifs utilisés<sup>63,64</sup>.

##### **Remarque : quel produit utiliser pour se laver les mains?**

- **du DMBA lorsque les mains ne sont pas visiblement sales;**
- **du savon liquide ordinaire lorsque les mains sont visiblement sales.**

#### 4.3.3.4 Sélection des produits

Il est important de choisir les désinfectants pour les mains à base d'alcool et le savon avec soin. Lorsque les foyers de soins de longue durée (FSLD) choisissent un nouveau produit d'hygiène des mains, toutes les parties prenantes doivent être impliquées, y compris le personnel clinique de première ligne, le service de prévention et de contrôle des infections (PCI) et le service de santé et de sécurité au travail (SST). Outre le choix d'un produit efficace, il convient de veiller à examiner tout ingrédient supplémentaire (par exemple, les parfums) susceptible de provoquer une irritation cutanée, de s'assurer que le produit est acceptable pour le personnel et de vérifier que le distributeur est bien conçu et délivre une quantité suffisante de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) ou de savon.

Les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent également choisir des produits de soins de la peau adaptés pour hydrater les mains dans le cadre d'un programme de soins des mains. La sélection des produits doit suivre la procédure décrite ci-dessus pour les désinfectants pour les mains. La crème à mains choisie doit présenter une teneur en matières grasses d'environ 70 % et être compatible avec les gants utilisés au sein du FSLD (les lotions et crèmes pour les mains à base de pétrole peuvent endommager les gants)<sup>17</sup>.

#### 4.3.3.5 Mise en place des produits

##### **Distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA)**

L'installation de distributeurs de DMBA aux points de soins améliore le respect des règles d'hygiène des mains. Les produits disponibles aux points de soins doivent être accessibles au personnel sans que celui-ci ait à s'éloigner du résident.

- Installez les distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) aux points de soins, c'est-à-dire dans chaque chambre ou à côté du lit de chaque résident, à portée de main de celui-ci<sup>‡</sup>.
- Les distributeurs de DMBA doivent être fixés à une hauteur ergonomique, adaptée à la majorité du personnel soignant.
- Ne placez pas les distributeurs de DMBA au niveau des lavabos ou à proximité de ceux-ci.
- Placez les distributeurs de DMBA à l'entrée de la zone de soins, accompagnés d'instructions visuelles à l'intention des résidents et des visiteurs.
- Utilisez des flacons non rechargeables pour le DMBA afin d'éviter toute contamination<sup>§</sup>.
- N'installez pas les distributeurs de DMBA au-dessus ou à proximité immédiate d'une source d'allumage, telle qu'une prise électrique ou un interrupteur, ni au-dessus de zones recouvertes de moquette<sup>46</sup>.

---

<sup>‡</sup> Des dérogations peuvent être accordées au cas par cas pour les résidents chez lesquels on estime qu'il existe un risque de préjudice lié à la possibilité d'ingestion de DMBA.

<sup>§</sup> Bien que l'alcool ait des propriétés antimicrobiennes, il peut être contaminé par des pratiques inappropriées, telles que sa préparation par du personnel non qualifié dans un environnement non hygiénique ou l'utilisation de récipients contaminés<sup>51</sup>. CSA Group. CSA Z8000-18 Canadian health care facilities. Toronto, ON: CSA Group; 2018..

Remarque : il convient de respecter les réglementations ou directives locales en matière de sécurité incendie pour l'installation et le stockage de DMBA<sup>65,66</sup>.

Pour consulter les ressources de SPO concernant les produits d'hygiène des mains, y compris les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA), et leur mise en place voir :

- En bref : Mise en place des produits d'hygiène des mains<sup>67</sup>
- Liste de contrôle pour la mise en place des produits d'hygiène des mains<sup>68</sup>

### **Lavabos destinés au lavage des mains**

Un mauvais emplacement, une conception inadaptée ou une mauvaise utilisation des lavabos peuvent contribuer à l'accumulation de contaminants dans l'environnement. Les lavabos doivent être pratiques et accessibles. Lors de la rénovation d'un espace ou de la conception d'un nouvel espace, les critères suivants peuvent aider à orienter le choix et l'emplacement des lavabos. La [Figure 3](#) et la [Figure 4](#) présentent les caractéristiques d'un lavabo recommandé et d'un lavabo déconseillé pour le lavage des mains.

#### **Liste 1 : Critères de sélection et d'installation de nouveaux lavabos**

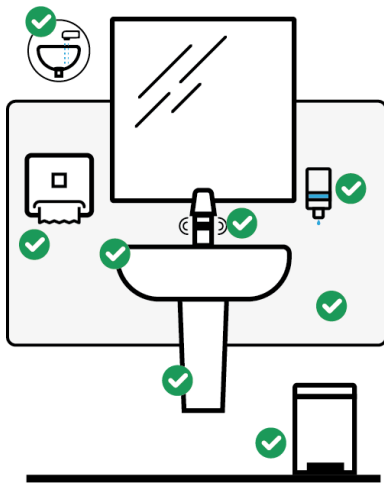
Lors de la conception ou de la rénovation d'un foyer de soins de longue durée (FSLD) :

- les FSLD doivent établir un plan indiquant l'emplacement des lavabos destinés à l'hygiène des mains du personnel dans toutes les zones réservées aux résidents<sup>51</sup>;
- des lavabos encastrés destinés à l'hygiène des mains du personnel doivent être installés dans les couloirs, à raison d'au moins un lavabo pour deux à trois chambres ; il est également possible d'installer ces lavabos dans chaque chambre de résident, si celle-ci est suffisamment spacieuse;
- installer un lavabo pour le lavage des mains dans<sup>51</sup> :
  - tout espace dédié où sont prodigués des soins, ou encore où sont effectués des actes médicaux ou des examens physiques;
  - les zones de prélèvement d'échantillons;
  - les zones de décontamination du matériel;
  - et toute zone où sont préparés des repas, des médicaments ou des articles destinés aux résidents (par exemple, des plateaux-repas).
- Les lavabos doivent être sur pied, c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas être encastrés dans un plan de travail ni placés à côté de celui-ci, et ne doivent pas comporter d'espace de rangement en dessous;
- prévoir un dossier s'étendant sur au moins 0,6 m (deux pieds) au-dessus du niveau du lavabo et au moins 25 cm (10 pouces) en dessous. Les dossiers doivent être sans joints et couvrir la zone située sous le distributeur de serviettes en papier et le distributeur de savon;
- prévoir des distributeurs de savon non rechargeables, des essuie-mains à usage unique et des poubelles à pédale à chaque lavabo;

- les lavabos doivent être utilisés uniquement pour se laver les mains, c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas servir au nettoyage du matériel ni à l'élimination de liquides ou de déchets;
- et les commandes (robinets) doivent être sans contact avec les mains (par exemple, à détecteur de mouvement ou à pédale) et conçues pour minimiser les éclaboussures.

De plus, des distributeurs de DMBA devraient être installés dans d'autres espaces du foyer de soins de longue durée où des soins peuvent être prodigués (par exemple, la salle à manger, la salle d'activités).

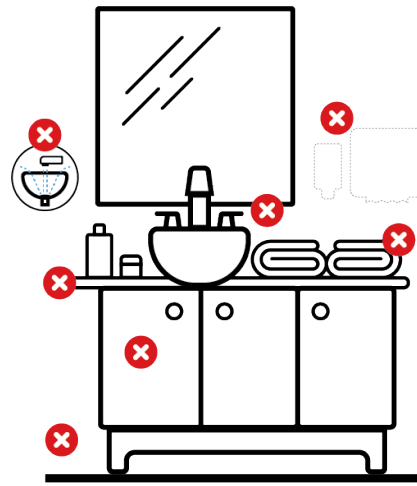
**Figure 2 : Type de lavabo recommandé**



**Caractéristiques souhaitées pour le lavabo**

- Robinet à commande sans contact
- Distributeur de savon non rechargeable
- Essuie-mains en papier à usage unique
- Lavabo sans rebords ou à rebord étroit
- Lavabo sur pied
- Poubelle à pédale près du lavabo
- Robinet décalé par rapport à l'évacuation
- Dossier sans joints s'étendant au-dessus et en dessous du lavabo et couvrant la zone située sous le distributeur de serviettes en papier et le distributeur de savon

**Figure 3 : Type de lavabo NON recommandé**



**Caractéristiques non souhaitables pour un lavabo**

- Robinet nécessitant contact
- Absence de savon et de papier essuie-mains
- Rebords larges sur le lavabo ou espace à proximité du lavabo où l'on pourrait poser des articles d'hygiène personnelle
- Espace de rangement sous le lavabo
- Articles d'hygiène personnelle placés sur le côté du lavabo, où ils risquent d'être éclaboussés
- Robinet se déversant directement dans l'évacuation (provoque des éclaboussures)
- Lavabo trop petit

**Remarque : ne rangez pas de matériel ou d'équipement médical sous un lavabo ou sur un plan de travail adjacent à un lavabo, car ils risqueraient de prendre l'humidité et de moisir.**

Pour connaître les exigences relatives aux lavabos destinés au lavage des mains dans les établissements de santé, consultez la norme [CSA Z8000-18 Établissements de santé canadiens](#)<sup>51</sup>.

## 4.3.4 Techniques d'hygiène des mains — comment procéder correctement

Il est important de savoir quand la pratique de l'hygiène des mains est indiquée, mais il est tout aussi important de le faire correctement. Pour éliminer efficacement les micro-organismes présents sur les mains, il est essentiel qu'aucun obstacle ne vienne entraver l'hygiène des mains et que la technique appropriée soit appliquée pendant une durée suffisante.

### 4.3.4.1 Obstacles à une bonne hygiène des mains

Les bijoux, le vernis à ongles et les ongles artificiels ou les extensions d'ongles peuvent empêcher l'hygiène des mains d'éliminer tous les micro-organismes présents sur les mains.

- **Vernis à ongles** — un vernis écaillé peut abriter des micro-organismes qui ne sont pas éliminés par le lavage des mains<sup>69,70</sup>. Le personnel des foyers de soins de longue durée ne devrait pas porter de vernis à ongles; s'il en porte, il doit en prendre grand soin.
- Les **ongles artificiels et les extensions d'ongles** ont été associés à des épidémies bactériennes et fongiques<sup>71,72</sup>. Leur utilisation n'est pas recommandée pour le personnel des foyers de soins de longue durée.
- **Bagues, autres bijoux de main, bracelets et montres** — tous sont difficiles à nettoyer, soustraient les bactéries et les virus à l'action du produit d'hygiène des mains et augmentent le risque de déchirure des gants<sup>73-79</sup>. Il est préférable que le personnel évite ou limite la quantité de bijoux de main qu'il porte. Si des montres, des bagues ou d'autres bijoux sont portés, ils doivent être retirés ou remontés au-dessus du poignet lors de l'hygiène des mains.
- Les **manches longues** peuvent être contaminées et gêner l'hygiène des mains. Il est recommandé de porter des manches courtes ou de remonter les manches longues au-dessus des poignets lors de l'hygiène des mains.

### 4.3.4.2 Technique d'hygiène des mains avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA)

- Appliquer suffisamment de DMBA pour que les mains restent humides pendant au moins 15 secondes (généralement, une pression complète pour les petites mains, deux pressions pour les grandes mains).
- Après avoir appliqué le DMBA, se frotter les mains l'une contre l'autre jusqu'à ce qu'elles soient sèches.
- Se frotter les mains en suivant le même mouvement chaque fois, de manière à couvrir toutes les surfaces des mains (voir les [infographies de SPO](#)), y compris le devant et le dos des mains, entre les doigts, le bout des doigts et des pouces, ainsi que la base du pouce.

#### 4.3.4.3 Technique d'hygiène des mains à l'eau et au savon

- Ouvrir le robinet et s'assurer que l'eau n'est ni trop chaude ni trop froide, puis se mouiller les mains.
- Appliquer suffisamment de savon pour que la mousse recouvre toute la surface des mains.
- Se laver les mains (avant de les rincer à l'eau) pendant au moins 15 secondes en suivant chaque fois le même mouvement, de manière à couvrir toute la surface des mains (voir les [infographies de SPO](#)).
- Se rincer les mains à l'eau.
- Se sécher les mains en les tapotant avec une serviette en papier et utiliser cette serviette pour fermer le robinet (pour les robinets nécessitant contact) puis la jeter à la poubelle.

#### 4.3.5 Hygiène des mains des résidents et des visiteurs

Outre l'hygiène des mains du personnel, les résidents peuvent également réduire leur propre risque d'infection en se lavant les mains. Tous les résidents doivent avoir accès à un lavabo où ils peuvent se laver les mains ainsi qu'à un DMBA. Les résidents doivent être sensibilisés à l'importance de l'hygiène des mains. Le personnel doit encourager les résidents à se laver les mains avant les repas et après être allés aux toilettes, et doit aider les résidents qui ne peuvent pas accéder aux lavabos ou aux distributeurs de DMBA en raison d'une mobilité réduite. Les résidents qui ont des difficultés à accéder aux distributeurs de DMBA muraux pourraient se voir proposer des distributeurs de DMBA portables.

Bien que les lingettes alcoolisées et les lingettes antimicrobiennes pour les mains ne soient pas aussi efficaces que les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) et ne soient pas considérées comme acceptables pour l'hygiène des mains du personnel<sup>4</sup>, les résidents incapables d'utiliser les distributeurs de DMBA muraux ou portatifs peuvent se faire essuyer les mains par le personnel à la place d'utiliser du DMBA<sup>80-85</sup>. Parmi les situations où l'utilisation de lingettes pour les mains peut être envisagée, on peut citer les résidents atteints de troubles cognitifs les empêchant de suivre les instructions en matière d'hygiène des mains, ou les résidents atteints d'arthrite sévère ou de contractures qui ne sont pas en mesure de se frotter les mains.

Les visiteurs et les proches aidants devraient également être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains lorsqu'ils rendent visite aux résidents dans les foyers de soins de longue durée.

- Pour plus d'informations sur l'hygiène des mains, consultez le document [Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé](#) du CCPMI-PCI<sup>4</sup>
- Pour plus d'informations sur le programme ontarien d'hygiène des mains fondé sur des données probantes, consultez le site du programme [Lavez-vous les mains](#) de SPO<sup>46</sup>

## 4.4 Étiquette respiratoire

Les foyers de soins de longue durée (FSLD) devraient sensibiliser leur personnel, leurs résidents, leurs visiteurs et les proches aidants aux mesures permettant de prévenir la propagation des infections respiratoires telles que la grippe, la COVID-19 et d'autres virus responsables du rhume, des syndromes grippaux et de la pneumonie.

Ces mesures comprennent :

- rester chez soi en cas de maladie (voir ci-dessous);
- les mesures visant à limiter au maximum l'exposition aux gouttelettes lors de la toux ou des éternuements, telles que :
  - détourner la tête des autres personnes lorsqu'on tousse ou éternue;
  - maintenir une distance de deux mètres avec les autres personnes lorsqu'on tousse ou éternue;
  - se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir\*;
- jeter immédiatement les mouchoirs à la poubelle après usage;
- et se laver les mains immédiatement après avoir jeté les mouchoirs.

Le fait de rester chez soi en cas de maladie est un élément essentiel de l'étiquette respiratoire. Les membres du personnel présentant des symptômes d'infection respiratoire, en particulier ceux atteints de fièvre et de toux<sup>†</sup>, ne doivent pas se rendre au travail et doivent signaler leurs symptômes à leur responsable et au service de santé au travail, conformément à la politique de santé au travail du foyer de soins de longue durée (FSLD). Il est important de signaler les symptômes d'une maladie respiratoire afin de permettre au FSLD de détecter rapidement les épidémies. Les FSLD doivent encourager et sensibiliser le personnel à la nécessité de ne pas se rendre au travail en cas de maladie, et doivent disposer de politiques en matière de congés maladie qui soutiennent cette pratique exemplaire.

Des écriteaux rappelant au personnel, aux proches aidants et aux visiteurs les symptômes des maladies respiratoires, leur demandant de ne pas se rendre dans le foyer de soins de longue durée s'ils présentent des symptômes, et décrivant les pratiques exemplaires en matière d'étiquette respiratoire devraient être affichés près des entrées du foyer et dans d'autres zones, selon les besoins.

---

\* Si l'on ne dispose pas de mouchoirs en papier, d'autres mesures de prévention (par exemple, éternuer dans sa manche) peuvent être adoptées.

† Pendant les périodes d'activité de la COVID-19, les services de PCI et de SST peuvent demander au personnel de ne pas se présenter au travail s'il présente de nouveaux symptômes respiratoires (par exemple, toux et mal de gorge), même en l'absence de fièvre; le personnel doit être régulièrement informé des symptômes respiratoires à signaler.

## Liste 1 : Mesures visant à soutenir et à promouvoir l'étiquette respiratoire

- Installer des affiches rappelant aux visiteurs, aux proches aidants et au personnel de vérifier s'ils présentent des symptômes et de ne pas entrer dans le foyer de soins de longue durée s'ils en présentent.
- Fournir des masques faciaux au personnel et aux résidents, accompagnés d'instructions sur leur utilisation et leur élimination appropriées.
- Fournir des mouchoirs en papier et des poubelles.
- Demander à chacun de se couvrir le nez et la bouche lorsqu'il tousse ou éternue.
- Mettre à disposition du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) facilement accessible.

## 4.5 Port continu du masque

Le port continu du masque est une approche du port du masque par le personnel qui consiste à utiliser un seul masque porté pendant de longues périodes ou lors d'interactions avec plusieurs résidents, à la fois comme mesure de contrôle à la source et comme ÉPI<sup>86</sup>. Le masque doit être retiré s'il est visiblement souillé, endommagé ou s'il devient difficile de respirer à travers celui-ci. À noter : une fois retiré, le masque doit toujours être jeté et ne doit jamais être réutilisé.

Il existe deux principaux types d'approches de port continu du masque :

- le port du masque ciblé : une forme restreinte de port du masque continu, dans laquelle le port du masque est limité au **personnel pendant la prestation de soins aux résidents**;
  - dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) et dans le présent document, nous considérons que le port du masque ciblé inclut le port du masque par le **personnel dans toutes les zones du FSLD** habituellement fréquentées par les résidents (par exemple, les chambres des résidents, les salles d'activités et de repas, les couloirs des unités);
- le port du masque universel : forme plus étendue de port du masque continu, dans laquelle le port du masque est exigé pour pratiquement **toutes les personnes** (c'est-à-dire le personnel, les résidents et les visiteurs) **à tout moment lorsqu'elles se trouvent dans le foyer de soins de longue durée**, y compris dans les locaux administratifs, les bureaux partagés, les salles de réunion et les espaces publics tels que les couloirs et les ascenseurs (« port du masque de l'entrée à la sortie »).

Le port du masque ciblé peut être mis en place dans certaines zones des foyers de soins de longue durée (FSLD) lors d'épidémies de virus respiratoires (par exemple, la COVID-19 ou la grippe). Il peut également être mis en place pendant la saison automne-hiver, période de circulation des virus respiratoires, ou à d'autres moments où le risque de transmission d'agents pathogènes respiratoires viraux au sein des FSLD est élevé. La décision de mettre en œuvre des stratégies de port continu du masque peut être prise par la direction du foyer de soins de longue durée en consultation avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections, par l'équipe de gestion des épidémies en consultation avec la santé publique ou par le ministère des Soins de longue durée.

---

Une approche de port continu du masque, si elle est mise en œuvre, permet d'utiliser le même masque pour prodiguer des soins à plusieurs résidents. Toutefois, une fois le masque retiré, il doit toujours être jeté et ne doit jamais être réutilisé.

---

De plus amples informations sur l'utilisation appropriée des masques sont fournies à la [Section 4.6.3 Protection faciale](#); pour des conseils supplémentaires sur les approches de port continu du masque, voir la [Section 2.2.1 Stratégies de port continu du masque](#) du document du CCPMI-PCI intitulé *Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans l'ensemble des établissements de santé*<sup>86</sup>.

## 4.6 Équipement de protection individuelle pour les pratiques de bases

Le personnel porte des ÉPI dans le cadre des pratiques de base afin de prévenir la transmission de micro-organismes des résidents vers le personnel et, dans certains cas, ces équipements permettent également de prévenir la transmission du personnel vers les résidents. Les ÉPI sont utilisés pour prévenir l'exposition en créant une barrière entre la source infectieuse et les muqueuses, les voies respiratoires, la peau et les vêtements de l'utilisateur. Les types spécifiques d'ÉPI utilisés sont choisis en fonction du type d'interaction qui aura lieu entre le personnel de santé et le résident et des modes de transmission des agents infectieux. Le choix des ÉPI repose sur l'évaluation des risques (par exemple, la nature de l'interaction prévue, l'état clinique du résident). Voir la [Section 4.2 Évaluation des risques au point de service](#).

L'ÉPI comprend des gants, une blouse et des équipements de protection faciale, notamment des masques, des appareils respiratoires et des lunettes de protection. L'ÉPI est également obligatoire dans le cadre des précautions supplémentaires à prendre lors de la prise en charge de résidents chez lesquels la présence d'infections transmissibles spécifiques (par exemple, le SARM, la grippe, la tuberculose pulmonaire) est soupçonnée ou confirmée. Ce point est abordé à la [Section 5.2.1.3 Équipement de protection individuelle utilisé dans le cadre des précautions supplémentaires](#).

Les ÉPI ne doivent jamais être utilisés sans discernement, et leur utilisation excessive peut avoir des conséquences négatives, telles que :

- l'atteinte à la qualité des soins prodigués aux résidents<sup>87,88</sup>;
- l'augmentation des déchets et des coûts;
- le personnel peut être moins enclin à se laver les mains lorsqu'il porte des gants pour effectuer des tâches courantes;
- des pénuries d'ÉPI entraînant une utilisation inappropriée (par exemple, réutilisation des gants et des blouses), ce qui favorise la propagation des micro-organismes<sup>89,90</sup>;
- des préoccupations environnementales liées aux ÉPI jetables, aux détergents et aux produits chimiques.

L'ÉPI doit être enfilé juste avant l'interaction avec le résident. Une fois terminée l'interaction pour laquelle l'ÉPI a été utilisé, celui-ci doit être retiré immédiatement et jeté dans un conteneur à déchets prévu à cet effet<sup>‡</sup>. Pour retirer correctement l'ÉPI, chaque élément doit être retiré dans le bon ordre et selon la technique appropriée, afin d'éviter toute contamination<sup>91</sup>. Voir les [étapes recommandées pour enfiler et retirer l'équipement de protection individuelle](#).

Il est essentiel de respecter la bonne procédure de retrait des ÉPI pour éviter toute autocontamination. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de veiller à ce que le personnel dispose de stocks suffisants de tous les ÉPI requis et puisse y accéder facilement<sup>5</sup>. Les FSLD doivent mettre en place un processus d'évaluation des EPI afin de s'assurer qu'ils répondent aux normes de qualité applicables<sup>8</sup>, y compris un programme de protection respiratoire conforme aux exigences du ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences<sup>6-8,44</sup>. Les principales parties prenantes, notamment les services de prévention des infections, les services de santé et de sécurité au travail et un représentant du comité mixte de santé et de sécurité, ainsi que les utilisateurs finaux, devraient être impliqués dans le processus de sélection des ÉPI. Les foyers de soins de longue durée devraient s'assurer de disposer d'un stock suffisant d'ÉPI pour garantir un approvisionnement continu en cas d'épidémies ou d'interruptions temporaires de la chaîne d'approvisionnement.

Les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de dispenser une formation sur l'utilisation appropriée des ÉPI à l'ensemble du personnel de santé et des employés susceptibles d'être exposés au sang et aux liquides biologiques<sup>5</sup>. Cette formation doit être dispensée lors de l'embauche, puis chaque année<sup>5,24,42</sup>.

## 4.6.1 Gants

### 4.6.1.1 Indications et utilisation appropriée des gants

Il convient de porter des gants en cas de risque de contact avec les muqueuses, les lésions cutanées, les tissus, le sang ou les liquides biologiques, ainsi qu'au contact de matériel ou de surfaces susceptibles d'être contaminés par du sang ou des liquides biologiques<sup>9</sup>. Les gants (ainsi que les blouses) constituent également la base de la protection contre les maladies transmises par contact (voir le [Chapitre 5. Précautions supplémentaires](#))<sup>9</sup>.

Le port de gants n'est pas obligatoire pour les activités de base où le contact se limite à une peau intacte (par exemple, la prise de la tension artérielle).

Le port de gants lorsque cela n'est pas nécessaire peut en réalité augmenter le risque de transmission d'infection<sup>92</sup>. Les gants doivent être utilisés pour une tâche spécifique sur la base d'une évaluation des risques, puis retirés immédiatement et jetés de manière appropriée dans une poubelle prévue à cet effet dès que la tâche est terminée. Les gants ne doivent jamais être réutilisés<sup>93,94</sup>.

---

<sup>‡</sup> Lorsqu'une approche de port continu du masque a été mise en œuvre (p. ex. le port du masque universel durant les périodes à risque élevé d'infection respiratoire), il n'est pas nécessaire de retirer le masque entre les résidents; cependant, lorsque le masque a été enlevé, il ne doit jamais être réutilisé. Voir la Section 4.5 Port continu du masque.

---

Le port de gants ne remplace pas l'hygiène des mains.

---

Le personnel doit se laver les mains et s'assurer qu'elles sont parfaitement sèches avant d'enfiler des gants.

Lors du retrait des gants, il convient d'utiliser une technique rigoureuse pour éviter tout contact de vos mains avec la face contaminée du gant souillé. Lors du retrait du premier gant, la main gantée peut toucher la face extérieure contaminée du premier gant. Mais une fois le premier gant retiré, la main non gantée ne doit toucher que l'intérieur du gant restant, afin d'éviter toute contamination des mains. Même en suivant cette procédure, il convient tout de même de se laver les mains après avoir retiré les gants.

### **Liste 2 : Utilisation appropriée des gants**

- Choisir :
  - le type de gants adapté à la tâche;
  - la bonne taille de gants.
- Porter des gants en cas de contact avec les muqueuses, les lésions cutanées (y compris les éruptions cutanées non diagnostiquées), le sang, les liquides biologiques, les sécrétions, les excréments ou le matériel et les surfaces environnantes contaminés par l'un de ces éléments.
- Les gants doivent être enfilés immédiatement avant l'activité pour laquelle ils sont indiqués.
- Se laver les mains avant d'enfiler les gants.
- Retirer les gants et les jeter immédiatement après l'activité pour laquelle ils ont été utilisés. Ne pas réutiliser ni laver les gants.
- Changer ou retirer les gants s'il faut passer d'une partie du corps contaminée à une partie propre chez le même résident.
- Changer de gants entre les soins prodigués à chaque résident. Une même paire de gants ne doit jamais être utilisée pour les soins de plus d'un résident.
- Changer ou retirer les gants après avoir touché un objet contaminé et avant de toucher un objet propre ou son environnement immédiat.
- Se laver les mains immédiatement après avoir retiré les gants en raison d'une possible contamination des mains lors du retrait des gants.

Pour réduire l'irritation des mains liée au port de gants<sup>4</sup> :

- porter les gants le moins longtemps possible;
- s'assurer d'avoir les mains propres et sèches avant d'enfiler les gants;
- et s'assurer que les gants sont intacts, propres et secs à l'intérieur.

### 4.6.1.2 Type et choix des gants

Tous les foyers de soins de longue durée devraient disposer de gants d'examen non stériles de bonne qualité et de différentes tailles. Les gants stériles et synthétiques (par exemple en nitrile ou en néoprène) ne sont pas nécessaires dans la plupart de ces établissements.

Des réactions allergiques ont été signalées lors de l'utilisation de gants en latex, et des gants sans latex sont largement disponibles. Par conséquent, **l'utilisation de gants en latex n'est pas recommandée.**

- Pour plus d'informations sur les normes relatives aux gants, consultez le site Web de l'[Office des normes générales du Canada](#)<sup>95</sup>.
- Pour plus d'informations sur le choix et l'utilisation appropriée des gants, consultez les recommandations de SPO [Recommandations pour la prévention, la détection et la gestion de la dermatite de contact professionnelle en milieu de soins de santé](#)<sup>55</sup>.

## 4.6.2 Blouses

### 4.6.2.1 Indications et utilisation appropriée des blouses

Il faut porter une blouse lorsqu'il est prévisible qu'une activité de soins, une opération de nettoyage ou une intervention susceptible d'être effectuée puisse entraîner une contamination de la peau ou des vêtements par du sang ou des liquides biologiques<sup>9</sup>. Les blouses (ainsi que les gants) constituent également la base de la protection contre les maladies transmises par contact (voir le [Chapitre 5. Précautions supplémentaires](#)).

#### Liste 3 : Utilisation appropriée des blouses

- Lorsqu'il est recommandé de porter une blouse, celle-ci doit être enfilée immédiatement avant l'intervention et portée correctement, c'est-à-dire nouée au niveau du cou et de la taille.
- Retirer la blouse immédiatement après l'intervention pour laquelle elle a été utilisée, de manière à éviter toute contamination des vêtements ou de la peau, et éviter de la secouer.
- Se laver les mains après avoir retiré la blouse, car les mains peuvent avoir été contaminées lors de cette opération.
- Jeter la blouse immédiatement après l'avoir retirée dans un réceptacle approprié. Ne pas suspendre, stocker, ni conserver les blouses pour une utilisation ultérieure.
- Ne pas passer d'un résident à l'autre en portant la même blouse.

## 4.6.2.2 Choix des blouses

Le choix de la blouse dépend de la nature de l'interaction avec le résident, notamment<sup>96</sup> :

- du degré prévu d'exposition au sang ou aux liquides biologiques;
- du risque de pénétration du sang et des liquides biologiques à travers la blouse (par exemple, il convient d'utiliser des blouses imperméables si l'on prévoit qu'elles seront trempées);
- les blouses doivent être à manches longues et à poignets, et couvrir entièrement le devant du corps, du cou jusqu'à mi-cuisse ou plus bas. Plusieurs tailles de blouses doivent être disponibles afin de garantir une couverture sûre et adaptée au personnel de petite et de grande taille.

## 4.6.3 Protection faciale

Le port d'un masque et de lunettes de protection permet de protéger le personnel de santé contre les projections de sang et de liquides biologiques sur les muqueuses du visage, notamment les yeux, la bouche et le nez. Les masques et les lunettes de protection constituent également la base de la protection contre les maladies transmises par les gouttelettes (voir le [Chapitre 5. Précautions supplémentaires](#)).

### 4.6.3.1 Masques<sup>§</sup>

Un masque est utilisé par un professionnel de la santé (en complément d'une protection oculaire) pour protéger les muqueuses du nez et de la bouche lorsqu'il est prévisible qu'une intervention ou une activité de soins est susceptible de générer des projections ou des aérosols de sang ou de liquides biologiques<sup>9,96-98</sup>. Un masque doit être porté lors des procédures d'irrigation de plaies s'il existe un risque de projections ou d'aérosols<sup>99</sup>. Dans la plupart des cas, lorsqu'un masque est porté pour protéger les muqueuses du nez et de la bouche contre des éclaboussures ou des projections prévues de liquides biologiques, une protection oculaire est également requise pour protéger les muqueuses des yeux (voir la [Section 4.6.3.3 Protection oculaire](#)).

Les masques peuvent également servir de moyen de contrôle des sources de contamination. Lorsqu'ils sont utilisés à cette fin, ils protègent toutes les personnes présentes autour de la personne qui le porte en retenant ses sécrétions. Par exemple, un résident atteint d'une affection respiratoire aiguë devrait être encouragé à porter un masque lorsqu'il se trouve hors de sa chambre, si son état le permet<sup>96,100,101</sup>. De même, un professionnel de la santé qui présente des symptômes respiratoires pendant son service devrait porter un masque jusqu'à ce qu'il puisse, en toute sécurité, se faire relayer par un collègue et quitter le foyer de soins de longue durée.

Voir la [Liste 5](#) pour connaître les règles d'utilisation des masques.

---

<sup>§</sup> Dans ce document, le terme masque désigne un masque médical satisfaisant aux normes réglementaires pour l'usage par des travailleurs de la santé et dans des établissements de soins de santé. Lorsque des masques en tissu ou d'autres masques non médicaux seront mentionnés, nous le signalerons.

#### Liste 4 : Utilisation appropriée du masque

- Choisir un masque adapté à l'activité.
- Mettre le masque immédiatement avant l'activité pour laquelle il est indiqué.
- Le masque doit bien recouvrir le nez et la bouche.
- Retirer le masque immédiatement après avoir terminé la tâche et le jeter dans un récipient à déchets approprié (sauf si une politique d'utilisation prolongée du masque est en vigueur — voir la [Section 4.5 Port continu du masque](#)).
- Changer de masque s'il est mouillé, souillé, endommagé ou s'il est difficile de respirer à travers.
- Ne pas toucher au masque après l'avoir enfilé.
- Ne pas laisser le masque pendre ou balancer autour du cou.
- Se laver les mains avant de mettre le masque et après l'avoir retiré.
- Ne pas réutiliser les masques jetables — les jeter dès qu'ils ont été retirés.
- Ne pas plier le masque et ne pas le mettre dans une poche pour une utilisation ultérieure, car cela pourrait réduire son efficacité et entraîner la contamination des tissus.

##### 4.6.3.1.1 Choix des masques

Les critères de sélection des masques sont les suivants :

- le masque doit recouvrir correctement le nez et la bouche;
- le masque doit être suffisamment résistant pour empêcher la pénétration des gouttelettes;
- le masque doit rester efficace pendant toute la durée de l'activité pour laquelle il est exigé;
- et lorsqu'une exposition importante aux liquides est prévue, le masque doit être résistant aux liquides.

##### 4.6.3.2 Masques respiratoires N95

Un masque respiratoire N95 est utilisé pour prévenir l'inhalation de particules infectieuses, y compris les aérosols susceptibles de contenir des agents infectieux (par exemple, la rougeole, le virus de la varicelle-zona, *Mycobacterium tuberculosis*).

Les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de mettre en place un programme de protection respiratoire pour le personnel susceptible de devoir porter un masque respiratoire N95<sup>6,8</sup>. Un programme de protection respiratoire comprend la formation du personnel à l'utilisation d'un masque respiratoire N95, la réalisation de tests d'ajustement pour déterminer le type de masque le mieux adapté et la garantie que le personnel a accès au type de masque pour lequel il a réussi le test d'ajustement<sup>5,6,8</sup>. Une formation du personnel est requise lors de l'embauche, puis chaque année<sup>102</sup>. Un test d'ajustement est également requis lors de l'embauche, puis tous les deux ans, car les structures faciales peuvent évoluer au fil du temps, nécessitant le passage à un autre modèle de masque respiratoire N95<sup>5,12</sup>.

## Liste 5 : Utilisation appropriée des appareils respiratoires

- Enfiler le masque respiratoire immédiatement avant l'activité pour laquelle il est prévu.
- Retirer le masque dès que vous pouvez le faire en toute sécurité.
- N'utiliser qu'un masque dont l'ajustement a été testé.
- Vérifier l'étanchéité chaque fois que vous mettez le masque.
- Changer de masque s'il est mouillé ou souillé.
- Retirer le masque correctement et jeter immédiatement après utilisation.
- Se laver les mains avant de mettre le masque et après l'avoir retiré.

---

Les foyers de soins de longue durée sont tenus de mettre en place un programme de protection respiratoire<sup>6-8</sup>.

Le programme devrait inclure des tests d'ajustement des masques respiratoires N95 ainsi qu'une formation du personnel sur la manière appropriée de procéder à un contrôle d'étanchéité<sup>8</sup>.

---

Pour plus d'informations sur les exigences relatives aux programmes de protection respiratoire, aux tests d'ajustement et aux contrôles d'étanchéité, consultez le document du CCPMI-PCI intitulé [\*Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé\*](#)<sup>1</sup>.

### 4.6.3.3 Protection oculaire

**Les professionnels de la santé utilisent des lunettes de protection (en plus d'un masque) pour protéger les muqueuses oculaires lorsqu'il est prévisible qu'une intervention ou une activité de soins risque de générer des projections ou des aérosols de sang, de liquides biologiques, de sécrétions ou d'excrétions<sup>9,97,103</sup>, ou lorsqu'ils se trouvent à moins de deux mètres d'un résident qui tousse<sup>96,98,104</sup>.** Il convient également de porter des lunettes de protection lors des procédures d'irrigation des plaies s'il existe un risque de projections<sup>99</sup>.

Les lunettes de vue ne constituent pas à elles seules une protection oculaire suffisante, mais elles peuvent être portées sous des visières de protection et certains autres types de protections oculaires.

## Liste 6 : Utilisation appropriée des protections oculaires

- Il convient de porter des lunettes de protection dès lors qu'il existe un risque d'éclaboussures ou de projections dans les yeux, par exemple lors du lavage d'une plaie ou lors de la prise en charge d'un résident qui vomit.
- S'assurer que les lunettes de protection sont confortables, qu'elles tiennent bien en place et qu'elles ne gênent pas la vision.

- Mettre les lunettes de protection immédiatement avant l'activité pour laquelle elles sont indiquées.
- Retirer les lunettes de protection immédiatement après l'activité pour laquelle elles ont été utilisées.
- Retirer les lunettes de protection en saisissant les branches et en les tirant vers l'avant, sans toucher la face avant des lunettes.
- Jeter les lunettes de protection après usage ou les placer dans un récipient approprié en vue de leur nettoyage et de leur désinfection.

#### 4.6.3.3.1 Choix des protections oculaires

Les équipements de protection oculaire acceptables comprennent :

- lunettes de sécurité;
- lunettes de protection étanches;
- écrans faciaux;
- visières fixées aux masques.

Le foyer de soins de longue durée doit choisir au moins l'un des types de protection oculaire mentionnés ci-dessus pour son personnel. La protection oculaire choisie doit offrir une protection contre les projections latérales. Elle peut être à usage unique (jetable après une seule utilisation) ou réutilisable (nettoyée et désinfectée entre chaque utilisation).

Pour plus d'informations sur les ÉPI, veuillez consulter le document du CCPMI-PCI intitulé [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#)<sup>1</sup>.

Pour plus d'informations sur l'ordre dans lequel il convient d'enfiler et de retirer l'ÉPI, voir :

- [Enlever l'ÉPI complet](#) (vidéo de 2 minutes)<sup>105</sup>
- [Enlever l'ÉPI complet](#) (vidéo de 1 minute)<sup>106</sup>

## 4.7 Contrôle de l'environnement et mesures administratives

Les pratiques de base décrites dans la section précédente mettent l'accent sur les interactions cliniques entre le personnel et les résidents, ainsi que sur les mesures administratives, les politiques et procédures, la formation et le perfectionnement, et les autres mesures de soutien nécessaires pour permettre au personnel de mener à bien une évaluation des risques au point de service (ERPS) et de mettre en œuvre les mesures de contrôle appropriées, notamment l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et le port d'ÉPI.

Outre ces aspects des pratiques de base, il existe un certain nombre de mesures de contrôle environnementales et administratives qui permettront de réduire davantage le risque de transmission dans les foyers de soins de longue durée. Ces mesures étant à la fois complexes et importantes, elles sont brièvement énumérées ci-dessous et abordées plus en détail dans d'autres chapitres du présent document.

### 4.7.1 Contrôle de l'environnement

Le contrôle de l'environnement recouvre un ensemble vaste et varié de questions liées aux infrastructures qui ont une incidence sur la transmission des infections et comprend, entre autres :

- **l'attribution et l'espacement adaptés des lits.** Les chambres individuelles (chambre à une place avec salle de bains et lavabo privés) sont à privilégier pour tous les résidents, car le placement en chambre individuelle est associé à une réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux infections. Comme la plupart des foyers de soins de longue durée (FSLD) disposent à la fois de chambres individuelles et de chambres à deux lits, les résidents qui salissent leur environnement ou pour lesquels il est impossible de maintenir une hygiène adéquate doivent être placés en priorité dans une chambre individuelle dotée de sanitaires privés;
- **le nettoyage et la désinfection du matériel** entre chaque utilisation;
- **le nettoyage de l'environnement**, y compris la manipulation sécurisée du linge et des déchets souillés afin d'éviter l'exposition du personnel au sang et aux liquides biologiques;
- un **programme de gestion des objets tranchants** pour prévenir les blessures par objets tranchants;
- des **mesures techniques**, telles que :
  - des systèmes de chauffage, ventilation et climatisation bien entretenus, assurant un **taux de renouvellement d'air suffisant par heure\*\***;
  - des **barrières**, telles que l'utilisation d'écrans ou de rideaux transparents pouvant être essuyés;
  - des réceptacles pour objets tranchants et des distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) aux **points de soins**;
  - et un nombre suffisant de **lavabos dédiés au lavage des mains**.

Pour plus renseignements, voir le [Chapitre 7. Nettoyage de l'environnement](#).

### 4.7.2 Mesures administratives

Les mesures administratives désignent les politiques, les procédures, les formations, les actions de sensibilisation et les initiatives d'amélioration de la qualité mises en place pour garantir que les pratiques de sécurité visant à réduire la transmission des infections au sein des foyers de soins de longue durée (FSLD) sont bien en place et appliquées de manière cohérente.

---

\*\* Conformément à la norme CSA Z317.2:19

Les mesures administratives comprennent (entre autres) :

- des **politiques et procédures** visant à garantir que le personnel soit en mesure de gérer efficacement les risques de transmission liés aux infections nosocomiales et aux infections aux ORA;
- la **formation du personnel** visant à le sensibiliser aux infections nosocomiales et aux infections aux ORA, notamment à leurs modes de transmission et aux mesures de prévention (y compris l'hygiène des mains et l'utilisation appropriée des ÉPI);
- des **politiques en matière de santé au travail** interdisant aux membres du personnel de travailler lorsqu'ils sont atteints d'une infection nosocomiale susceptible de mettre en danger les résidents et leurs collègues<sup>39</sup>;
- des **programmes de vaccination** pour le personnel et les résidents, le cas échéant;
- un **suivi de la conformité, assorti d'un retour d'information**, intégré au programme afin de mesurer le respect des pratiques de base, y compris l'hygiène des mains;
- et des **effectifs suffisants** pour permettre une prise en charge optimale des résidents, y compris l'application systématique des mesures requises de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI).

## Exigences réglementaires

17. Le foyer de soins de longue durée (FSLD) est tenu de mettre en place un programme de protection respiratoire conforme aux exigences du ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences<sup>6-8</sup>.
18. Le foyer de soins de longue durée (FSLD) est tenu de disposer d'un programme de vaccination pour le personnel qui informe sur les vaccinations recommandées et obligatoires (par exemple, le vaccin contre la grippe, le vaccin contre la COVID-19) et facilite l'accès au vaccin (par exemple, congé pour se rendre à la clinique de vaccination, unité mobile de vaccination au sein du FSLD)<sup>5,28</sup>.
19. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de disposer d'un programme visant à former et à sensibiliser l'ensemble du personnel aux pratiques de base, et comprenant tous les composants de ces pratiques (par exemple, l'évaluation des risques cliniques, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire, l'utilisation des ÉPI, la désinfection du matériel, etc.)<sup>5</sup>.

## Recommandations

20. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent disposer d'un programme de prévention des blessures par objets tranchants.
21. Les FSLD doivent mettre en place des politiques relatives à la santé au travail garantissant que les membres du personnel ne se présentent pas au travail lorsqu'ils présentent des symptômes pouvant être liés à une infection nosocomiale.

22. Les FSLD doivent disposer de politiques et de procédures de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui décrivent les pratiques de base et la manière dont celles-ci doivent être appliquées au sein du foyer.
23. Les FSLD et leur personnel doivent veiller à ce que les composants des pratiques de base soient intégrés à la culture du foyer et à la pratique quotidienne de l'ensemble du personnel à tout moment pendant la prise en charge de tous les résidents.
24. La formation du personnel sur tous les composants des pratiques de base doit être documentée et communiquée au responsable afin d'être prise en compte dans l'évaluation des performances du personnel.
25. Les FSLD doivent s'assurer que les visiteurs et les proches aidants reçoivent, avant leur visite, des instructions sur les mesures requises pour prévenir la transmission d'infections vers ou depuis le résident.
26. Les professionnels de santé doivent effectuer une évaluation des risques au point de service (ERPS) avant chaque interaction avec un résident ou son environnement afin de déterminer les interventions nécessaires pour prévenir la transmission d'une infection pendant l'interaction.
27. Le personnel n'ayant pas été formé à la réalisation d'une ERPS doit recevoir des instructions claires sur toutes les procédures de prévention et de contrôle des infections (PCI) requises lorsqu'il entre dans la chambre d'un résident ou lui prodigue des soins.
28. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent mettre en œuvre un programme complet d'hygiène des mains conforme aux recommandations du document du CCPMI-PCI intitulé *les Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé*.
29. Les FSLD doivent fournir un ÉPI approprié et facilement accessible sur le lieu de soins.
30. Les FSLD doivent disposer d'un processus d'évaluation de l'ÉPI afin de s'assurer qu'il répond aux normes de qualité, le cas échéant.
31. Les chambres individuelles, dotées d'une salle de bain et d'un lavabo privés, sont privilégiées pour l'hébergement de tous les résidents.
32. Les résidents qui salissent leur environnement ou pour lesquels une hygiène adéquate ne peut être maintenue doivent être prioritairement placés dans une chambre individuelle dotée de toilettes privées.
33. Le foyer de soins de longue durée doit mettre en œuvre un programme visant à promouvoir l'étiquette respiratoire auprès du personnel, des résidents, des visiteurs et des proches aidants.
34. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent disposer d'effectifs suffisants pour permettre au personnel de prodiguer des soins optimaux aux résidents tout en appliquant l'ensemble des pratiques de base, afin de minimiser le risque de transmission d'infections au sein du foyer.

## 5.0 Précautions supplémentaires

---

Des précautions supplémentaires sont prises en plus des pratiques de base lorsqu'il est soupçonné ou confirmé que des résidents sont infectés, ou contaminés par des organismes antibiorésistants (OA), et que l'infection pourrait se transmettre à d'autres personnes malgré le recours aux pratiques de base (voir le [Chapitre 4. Pratiques de base](#)).

La transmission (c.-à-d. la diffusion) de différents types d'infections se fait de différentes manières. C'est pourquoi il existe différents types de précautions supplémentaires pour faire face à chacun des types de transmission.

---

Lorsque des précautions supplémentaires sont introduites, elles sont toujours utilisées en plus des pratiques de base.

---

Dans ce chapitre, nous allons examiner les différentes voies par lesquelles les agents infectieux peuvent se propager dans un contexte de SLD, les éléments de précautions supplémentaires nécessaires pour chacune d'elles, ainsi que les indications/infections pour lesquelles le recours à des précautions supplémentaires est nécessaire.

Certaines précautions supplémentaires peuvent avoir des conséquences négatives sur les résidents. La mise en œuvre de ces pratiques doit se faire en accord avec la Charte des droits des résidents<sup>27</sup>, et avec le cadre éthique de chaque FSLD. Pour les FSLD qui n'ont pas établi de cadre éthique, l'Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology et le service de Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada) ont mis à disposition leur cadre afin de permettre un processus décisionnel éthique en matière de PCI<sup>29</sup>.

Lorsque des mesures sont mises en œuvre aux fins de PCI et que celles-ci peuvent avoir des répercussions sur le bien-être des résidents, il existe des stratégies qui peuvent être appliquées pour atténuer ces effets. Certaines de ces stratégies sont abordées dans ce chapitre.

Ainsi, bien que les principes qui sous-tendent les précautions supplémentaires soient les mêmes dans tous les établissements de soins, leur application dans les FSLD doit être modifiée en tenant compte des considérations ci-dessus, étant donné que FSLD constitue le domicile des résidents.

## 5.1 Voies de transmission des infections

Les précautions supplémentaires sont sélectionnées selon la ou les voie(s) de transmission des agents infectieux au sein du milieu de santé. Ces modes de transmission sont les suivants :

### 1. Transmission par contact

**La transmission par contact** se produit lorsque des micro-organismes se diffusent par contact physique. Cette diffusion inclut la transmission par contact direct et indirect. Les micro-organismes qui se diffusent via **transmission par contact direct** sont transmis par le contact physique entre deux personnes. Par exemple, le SARM peut se transmettre d'une personne à une autre par une simple poignée de main, en apportant son aide lors d'un transfert ou lors d'un examen physique.

**La transmission par contact indirect de micro-organismes** se fait également par contact physique, mais la transmission se passe en deux étapes. Les micro-organismes sont tout d'abord transférés de la personne contaminée ou infectée à un objet ou une surface. Une deuxième personne qui entre ensuite en contact avec la surface ou l'objet contaminé peut attraper le micro-organisme. Par exemple, *C. difficile* peut se diffuser d'une personne à une autre si un individu touche la ridelle d'un lit puis qu'un autre individu touche ensuite cette ridelle, ou si un résident utilise une chaise d'aisance qui est ensuite utilisée par un autre résident sans avoir été nettoyée et désinfectée.

### 2. Transmission par gouttelettes

**La transmission par gouttelettes** des infections se produit lorsqu'une personne infectée tousse ou éternue, projetant ainsi des particules respirables infectieuses dans l'air. Si ces particules entrent en contact avec les yeux, le nez ou la bouche de quelqu'un à proximité, cela peut entraîner la transmission du micro-organisme et provoquer une infection.

### 3. Transmission par voie aérienne

**La transmission par voie aérienne** des infections se produit lorsqu'une personne infectée tousse, éternue, chante ou respire, expirant ainsi des particules respirables infectieuses dans l'air. La transmission par voie aérienne diffère de la transmission par gouttelettes en raison de la plus petite taille des particules, ce qui leur permet de rester en suspension dans l'air plus longtemps. Ces particules étant capables de rester en l'air plus longtemps, elles peuvent voyager sur de plus grandes distances grâce aux courants d'air. Les personnes se trouvant plus loin de la source infectée peuvent être infectées si elles respirent suffisamment de micro-organismes et si ces micro-organismes demeurent vivants et infectieux.

À noter qu'il n'existe pas de distinction claire entre les transmissions par gouttelettes et par voie aérienne, et les deux peuvent intervenir à différents degrés selon le micro-organisme en question. En outre, certains organismes peuvent être transmis par plus d'une voie de transmission.

## 5.2 Types de précautions supplémentaires

Les précautions supplémentaires sont des ensembles de mesures interventionnelles destinées à prévenir la transmission des maladies infectieuses transmissibles (MIT) et des organismes antibiorésistants (OA) basées sur les trois voies de transmission décrites à la [Section 5.1 Voies de transmission des infections](#). Le [Tableau 7](#) décrit les types de précautions supplémentaires, notamment les précautions contre la transmission par les contacts, les précautions contre la transmission par les gouttelettes et les précautions contre la transmission par voie aérienne, telles que décrites par le CCPMI-PCI dans son document intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*<sup>1,9</sup>.

Dans de nombreux cas, la transmission des maladies infectieuses transmissibles survient par plusieurs voies de transmission, auquel cas il est nécessaire de combiner les types de précautions supplémentaires (p. ex., précautions pour la transmission par gouttelette et par contact). Par exemple, la plupart des infections virales par voies respiratoires peuvent se transmettre par contact et par gouttelettes. Ainsi, un résident atteint de la grippe devrait faire l'objet de précautions contre la transmission par les contacts et par les gouttelettes. De plus, un résident peut présenter deux indications relevant des précautions supplémentaires. Par exemple, pour un résident colonisé par le SARM et chez qui on soupçonne une tuberculose, il faut mettre en place des précautions contre la transmission par les contacts (pour le SARM) et des précautions contre la transmission par voie aérienne (pour la suspicion de tuberculose).

**Tableau 7: Types de précautions supplémentaires**

Type de précautions (exemples)	Exemples	Placement	Modification des activités	ÉPI	Matériel dédié et mesures de nettoyage supplémentaires	Communication, signalisation et transport
Précautions contre les contacts	OA, <i>C. difficile</i> , gastroentérite virale, gale sarcoptique humaine, infections respiratoires virales (p. ex., grippe, COVID-19)*	Placer le résident dans une chambre individuelle avec salle de bain individuelle  OU Placer le résident dans une chambre partagée avec un autre résident atteint de la même MIT ou infecté par le même OA  OU Laisser les résidents infectés et non infectés ensemble, mais en prenant des mesures d'atténuation	Limiter la participation aux activités de groupe, l'accès aux parties communes et le temps passé à l'extérieur de la chambre (MIT de courte durée uniquement)  Mise en place de mesures d'atténuation et de surveillance (MIT de courte et longue durée)	Personnel : blouse, gants	Dédier le matériel à un seul résident si possible	Informer les résidents de la nécessité, de la nature et de la durée des précautions  Afficher des pictogrammes pour indiquer le type de précautions  Pour les transferts, s'assurer que le type de précautions et le diagnostic sont communiqués à l'établissement d'accueil

Type de précautions (exemples)	Exemples	Placement	Modification des activités	ÉPI	Matériel dédié et mesures de nettoyage supplémentaires	Communication, signalisation et transport
Précautions contre l'exposition aux gouttelettes	Infections respiratoires virales (p. ex., grippe, COVID-19)*	Comme ci-dessus	Limiter ou réduire la participation à des activités de groupe, l'utilisation des parties communes et le temps passé à l'extérieur de la chambre (MIT de courte durée uniquement)	Personnel : masque, protection pour les yeux**  Résident : masque à l'extérieur de la chambre (si toléré)	Comme ci-dessus	Comme ci-dessus
Précautions contre la transmission par voie aérienne***	Tuberculose pulmonaire, rougeole	Placer le résident dans une chambre d'isolement pour infections aéroportées (CIIA) ***  OU Placer le résident dans une chambre individuelle avec porte fermée***	Les résidents doivent rester dans leurs chambres sauf pour les interventions médicales nécessaires***	Personnel : respirateur N95  Résident : masque à l'extérieur de la chambre (si toléré)	Sans objet	Comme ci-dessus

\* Pour les infections respiratoires virales telles que la COVID-19 et la grippe, les précautions contre la transmission par les contacts et par les gouttelettes sont nécessaires (c.-à-d., précautions gouttelettes+contacts).

\*\* Les protections pour les yeux autorisées incluent l'écran facial, les lunettes de protection ou les masques avec visière intégrée.

\*\*\* La plupart des FSLD n'ont pas de CIIA et ne sont pas prévus pour gérer les résidents nécessitant des précautions contre la transmission par voie aérienne.

Lorsque l'on soupçonne une MIT nécessitant des précautions contre la transmission par voie aérienne, le comité PCI doit être consulté et il faut envisager le transfert du résident vers un service de soins actifs.

## 5.2.1 Les éléments de précautions supplémentaires

La mise en œuvre de précautions supplémentaires nécessite la prise en compte de cinq éléments clés (voir la [Figure 5](#)). Chacun de ces éléments est décrit en détail ci-dessous.

**Figure 5 : Éléments de précautions supplémentaires**

Éléments de précautions supplémentaires				
Placement des résidents	Modifications des activités et déplacements des résidents	ÉPI	Matériel dédié et mesures de nettoyage supplémentaires	Communication et signalisation

### 5.2.1.1 Placement des résidents

Le risque de transmission des MIT est supérieur parmi les compagnons de chambre puisqu'ils passent beaucoup de temps ensemble dans un espace clos. Séparer de façon précoce les résidents infectés et non infectés et les placer dans des chambres individuelles permet de réduire le risque de transmission des infections. Cependant, il existe des risques et des obstacles qui rendent difficile la séparation précoce des résidents nécessitant des précautions supplémentaires dans les FSLD.

Les facteurs matériels et environnementaux incluent :

- Capacité limitée en nombre de lits
- Nombre limité de chambres individuelles (lit unique) avec cabinet de toilette privé.
- Nécessité de déplacer et d'entreposer les effets et les meubles des résidents.

Les facteurs financiers incluent :

- Charges financières supérieures pour les résidents déplacés d'une chambre commune à une chambre individuelle.

Les risques incluent :

- Les résidents peuvent présenter un risque supérieur de chute lorsqu'ils sont déplacés dans une chambre à laquelle ils ne sont pas habitués.
- Les résidents présentant des troubles cognitifs sont plus à risque de présenter de la confusion ou un delirium lorsqu'ils sont déplacés dans une chambre inconnue.
- Les résidents séparés d'un conjoint ou d'un compagnon de chambre de longue date et placés dans une chambre individuelle peuvent présenter de la solitude, de l'anxiété ou une dépression.

Ces facteurs rendent difficile la séparation des résidents en temps opportun lorsque l'un d'eux est atteint d'une MIT ou infecté par un OA, dans certains cas les avantages d'une séparation peuvent l'emporter sur les risques. Malgré cela, il existe des situations dans lesquelles tous les efforts doivent être faits pour trouver une chambre individuelle pour un résident atteint d'une MIT ou infecté par un OA :

- Si un résident est infecté par un agent pathogène émergent qui présente un risque élevé de transmission dans le FSLD (p. ex., *C. auris*). Ces cas doivent faire l'objet d'une discussion avec le comité PCI et la Santé publique.
- Si un résident atteint d'une MIT qui a de fortes chances de conduire à une maladie grave pour les compagnons de chambre exposés en raison de la nature de la MIT, ou du statut clinique du compagnon de chambre et que le risque de laisser les résidents ensemble l'emporte sur les avantages.

Dans les rares cas où la séparation des résidents est considérée comme essentielle pour le bien-être du compagnon de chambre, mais qu'aucune chambre individuelle n'est disponible, il peut s'avérer nécessaire de transférer le résident dans un centre de soins actifs.

Une situation différente se présente lorsqu'un FSLD réadmet un résident suite à une hospitalisation, si le résident a été identifié comme nécessitant des précautions supplémentaires à l'hôpital – généralement des précautions contre la transmission par les contacts pour une infection par un OA.

La décision d'admettre le résident dans une chambre individuelle, de le renvoyer vers sa chambre d'origine (avec son compagnon d'origine), ou de le mettre en chambre commune avec un autre résident infecté avec le même OA nécessite de prendre en considération certains facteurs abordés ci-dessus, et plus particulièrement :

- Disponibilité des chambres
- La préférence du résident (ou de la personne qui prend les décisions pour le résident)<sup>27</sup>
- Le statut du compagnon de chambre précédent du résident (c.-à-d., il peut être positif pour le même OA étant donné leur exposition précédente l'un à l'autre – auquel cas ils devraient rester ensemble)

Dans les cas où un résident nécessitant des précautions supplémentaires se trouve dans une chambre commune avec un autre résident non infecté par la même MIT ou le même OA, le FSLD devrait mettre en œuvre des mesures pour réduire le risque de transmission et surveiller la survenue d'une infection chez le compagnon de chambre non infecté. Les mesures varient selon le type de MIT ou d'OA.

Les exemples de mesures destinées à atténuer le risque incluent\* :

- assurer une séparation minimum de 2 mètres entre les lits;
- positionner des écrans d'intimité entre les lits et tirer les rideaux autour des lits;
- augmenter la fréquence de nettoyage de l'environnement dans la chambre et le cabinet de toilette partagés;

---

\* Certaines de ces mesures ne sont applicables que pour les MIT transmises par une voie spécifique (p. ex., le port du masque est le plus pertinent pour les MIT transmises par les gouttelettes)

- utiliser une chaise d'aisance pour un résident et le cabinet de toilette pour l'autre;
- encourager un lavage des mains fréquent pour les deux résidents;
- encourager le port du masque pour les deux résidents lorsqu'ils sont hors du lit.

Les exemples de mesures de surveillance du risque incluent :

- pour les résidents soumis aux précautions contre la transmission par les contacts en raison d'une infection par OA, faire des tests périodiques de leurs compagnons de chambre pour l'OA en question<sup>107</sup>;
- pour les résidents soumis aux précautions contre la transmission par les gouttelettes en raison d'une infection virale respiratoire, accentuer la surveillance pour détecter les symptômes de nouvelle fièvre ou respiratoires chez leurs compagnons de chambre, instaurer un seuil faible pour les tests d'infection virale respiratoire chez les compagnons de chambre et envisager le recours à une prophylaxie si utile (p. ex., prophylaxie par oseltamivir pour le compagnon de chambre d'un résident atteint d'une grippe).

Pour plus de détails sur le processus décisionnel quant au placement des résidents et les précautions supplémentaires, consulter le document du CCPMI-PCI intitulé *Pratique de base et précautions supplémentaires*, [Annexe C : Prise de décisions liée au type de chambre et aux précautions supplémentaires](#)<sup>1</sup>.

## 5.2.1.2 Modifications des activités et déplacements des résidents

### 5.2.1.2.1 Modifications pour les maladies infectieuses transmissibles avec périodes d'infections courtes

La transmission de la MIT est réduite si les contacts entre les résidents infectés et non infectés sont réduits au minimum lors de la période infectieuse. Cela est uniquement réalisable pour les MIT dont la période infectieuse est courte, soit de quelques jours à 2 semaines (p. ex., infections virales des voies respiratoires telles que la grippe, la gastroentérite virale et l'infection à *C. difficile*). Pour ces MIT, les FSLD peuvent :

- encourager le résident à rester dans sa chambre autant que possible.
- encourager le résident à porter un masque à l'extérieur de la chambre (si toléré);
- diriger les résidents qui quittent leurs chambres vers des zones peu fréquentées du FSLD, à distance des autres résidents, autant que possible;
- limiter la participation du résident aux activités de groupe, ou modifier l'activité afin de permettre une participation plus sûre, en accord avec le comité PCI. Par exemple :
  - la même activité peut être proposée au résident dans sa chambre, ou le résident peut participer à un événement de façon virtuelle;
  - le résident peut éventuellement participer à des activités de groupe à l'extérieur, avec distanciation physique;

- le résident peut éventuellement participer à des activités de groupe à l'intérieur avec mise en œuvre de stratégies d'atténuation des risques (p. ex., séparation physique des résidents, port du masque, ventilation renforcée, hygiène des mains, désinfection du matériel, etc.).

L'interaction sociale est essentielle pour le bien-être des résidents. Le FSLD doit annuler les modifications apportées aux activités normales du résident dès que le résident n'est plus infectieux. Si les mesures ont des conséquences négatives sur le résident, le comité PCI doit être consulté pour voir si elles ne peuvent pas être adaptées pour mieux correspondre au résident.

#### **5.2.1.2.2 Modifications pour les maladies infectieuses transmissibles avec périodes d'infections longues**

Bien que la plupart des MIT aient une période infectieuse courte, une infection par OA peut persister pendant plusieurs mois ou années. Limiter la possibilité pour un résident de participer aux activités communautaires, de socialiser ou d'utiliser les parties communes du FSLD pendant une longue période est préjudiciable. Une approche basée sur l'atténuation des risques devrait plutôt être adoptée pour les résidents infectés par un OA, comme décrit ci-dessous :

Des mesures non restrictives devraient être mises en œuvre pour réduire le risque de transmission sans empêcher le résident de participer aux activités dans le FSLD. Des exemples de mesures non restrictives sont présentés dans la [Liste 8](#) — cette liste n'est pas exhaustive et les mesures mises en œuvre dépendront en partie de l'infrastructure, de la taille et des ressources disponibles dans le FSLD.

#### **Liste 8 : Exemples de mesures non restrictives pour maîtriser la transmission d'organismes résistants aux antimicrobiens par des résidents infectés dans un foyer de soins de longue durée**

- Formation à l'hygiène des mains et s'assurer que les pratiques d'hygiène des mains sont respectées lorsqu'un résident infecté quitte sa chambre.
- S'assurer que les blessures sont couvertes lorsqu'un résident infecté sort de sa chambre.
- S'assurer que les vêtements du résident sont changés et lavés fréquemment. Proposer des vêtements propres pour les activités de groupe.
- Au cours des activités de groupe, s'assurer que l'hygiène des mains est respectée par tous les résidents avant et après l'activité<sup>†</sup>.
- Mettre en œuvre un nettoyage de l'environnement renforcé dans les parties communes suite aux activités de groupe impliquant des résidents infectés par un OA, particulièrement pour les OA connus pour créer une contamination environnementale persistante (p. ex., ERV, C. auris).
- Pour les activités qui impliquent du matériel (p. ex. ballons d'exercice) :

---

<sup>†</sup> Cibler un résident particulier infecté par un OA en lui imposant l'hygiène des mains ou l'utilisation de matériel dédié peut entraîner une stigmatisation de ce résident. Demander à tous les résidents de se conformer à l'hygiène des mains avant et après les activités de groupe à chaque fois est une bonne pratique, même lorsqu'il n'y a pas de résident infecté par un OA, et cela évite ce problème.

- fournir son propre matériel à chaque résident participant ou s'assurer que les participants respectent les pratiques d'hygiène des mains avant et après avoir utilisé le matériel<sup>10</sup>;
- s'assurer que tout le matériel est propre et désinfecté après l'activité, et avant son utilisation par les résidents.
- Fournir les ressources humaines suffisantes pour rediriger les résidents infectés par un OA qui présentent un comportement baladeur.
- Si plusieurs résidents d'une unité sont infectés par un OA particulier, envisager un test de prévalence ponctuelle périodique pour cet OA afin d'en surveiller la transmission.

Par exemple, un résident infecté par ERV peut avoir une gastroentérite et présenter une diarrhée et une incontinence, ou un résident infecté par un SARM peut présenter un ulcère infecté accompagné de sécrétions non confinées. Dans de tels cas, les modifications apportées aux activités des résidents sont recommandées à court terme, de façon similaire à ce qui a été décrit pour les résidents atteints d'une MIT avec une courte période infectieuse (voir la [Section 5.3.2.1 Modifications pour les maladies infectieuses transmissibles avec une période infectieuse courte](#) ci-dessus).

De même, si un résident présente une infection à un OA considéré comme un pathogène émergent, ce qui est actuellement rare dans les FSLD en Ontario (p. ex., l'infection à *C. auris* en est un exemple actuel), les FSLD devraient consulter les services de Santé publique et/ou les professionnels de la PCI qui ont une expérience dans la gestion de ces pathogènes afin de déterminer l'approche optimale. Les recommandations pour de tels pathogènes incluront très probablement une assignation avec la priorité la plus haute de ces résidents à une chambre individuelle, ainsi que d'autres mesures destinées à réduire les risques, comme des modifications plus strictes des activités du résident tant qu'il se trouve dans le FSLD, par rapport à ce qui se fait pour les autres OA. Les mesures complémentaires mises en œuvre doivent être soigneusement étudiées du point de vue du cadre éthique du FSLD et doivent être utilisées sur une période limitée.

### Remarque sur la terminologie

Étant donné que la mise en œuvre des précautions contre la transmission par les contacts pour les résidents infectés par un OA diffère de l'utilisation des précautions contre la transmission par les contacts pour les résidents atteints d'une MIT avec une période infectieuse courte, les FSLD pourraient envisager d'utiliser une terminologie différente pour ces différentes situations. Par exemple, le terme « précautions contre les contacts » pourrait être réservé aux résidents atteints d'une MIT avec une période infectieuse courte, et les termes tels que précautions contre les contacts « limitées » ou « modifiées » pourraient être utilisés lorsque les précautions contre la transmission par les contacts sont utilisées pour les résidents infectés par un OA.

Aux États-Unis, un type de précautions appelé « *enhanced barrier precautions* » (précautions barrières renforcées) a été créé spécialement pour les FSLD<sup>108,109</sup>. Ce terme n'est pas utilisé dans les directives canadiennes de l'ASPC ou du CCPMI-PCI, et bien que certains éléments des précautions barrières renforcées soient similaires aux précautions contre la transmission par les contacts « limitées » ou « modifiées » décrites ci-dessus pour l'utilisation avec les résidents infectés par un OA, il existe également des différences. Nous recommandons donc de ne pas utiliser ce terme.

### 5.2.1.3 Équipement de protection individuelle utilisé dans le cadre des précautions supplémentaires

On détermine quels ÉPI doivent être utilisés par les résidents concernés par les précautions supplémentaires en fonction du type spécifique de précautions supplémentaires qui sont mises en œuvre.

Pour les résidents visés par les précautions contre la transmission par les contacts, des gants et une blouse doivent être portés lors des soins directs prodigués aux résidents, lorsque la peau ou les vêtements du travailleur de la santé (TS) peuvent entrer en contact avec le résident, ou avec des objets dans la chambre ou autour du lit du résident. Les prestations de soins directs incluent le fait de donner un bain, laver ou tourner le résident, changer ses vêtements, lui prodiguer des soins relatifs à l'incontinence, changer ses pansements, soigner ses plaies et ses lésions ouvertes, faire sa toilette. L'aide pour prendre les repas et pousser un fauteuil roulant ne sont pas considérés comme des soins directs.

Pour les résidents visés par les précautions contre la transmission par les gouttelettes, une protection oculaire (p. ex., lunettes de protection ou écran facial) et un masque sont nécessaires pour le personnel entrant dans la chambre du résident.

Pour les résidents visés par les précautions contre la transmission par voie aérienne, un respirateur N95 bien ajusté et à l'étanchéité vérifiée est nécessaire pour entrer dans la chambre du résident (pour les bonnes pratiques lors de l'utilisation d'un respirateur N95, voir la [Liste 6](#)).

Des détails supplémentaires sur les ÉPI requis pour les différents types de précautions supplémentaires sont fournis dans le [Tableau 7](#). Lorsque les TS quittent la chambre, ou (lorsqu'ils sont à l'extérieur de la chambre) ont terminé les soins, tous les ÉPI doivent être retirés et jetés, et les mesures d'hygiène des mains doivent être appliquées. De nouveaux ÉPI doivent être portés si le TS entre à nouveau dans la chambre ou revient pour prodiguer de nouveaux soins au résident.

Remarquez que lorsque les résidents sont regroupés (c.-à-d., deux résidents avec la même MIT sont placés ensemble dans une chambre), il est toujours essentiel de changer les ÉPI et d'appliquer les mesures d'hygiène des mains avant de passer d'un résident à un autre. Un risque de transmission de pathogènes existe dans cette situation puisqu'un résident peut être infecté par un micro-organisme qui n'affecte pas l'autre résident.

### 5.2.1.4 Matériel dédié et mesures de nettoyage supplémentaires

Le matériel médical (p. ex., chaise d'aisance, écharpe) requis pour apporter des soins à un résident devrait être dédié à ce résident (c.-à-d., rester dans la chambre du résident et ne pas être utilisé pour d'autres résidents), lorsque c'est possible. Le matériel (p. ex., appareil de levage) et les fournitures nécessaires pour les soins doivent être d'abord assemblés puis apportés dans la chambre après avoir mis l'ÉPI. Il est essentiel que le matériel soit nettoyé et désinfecté avant utilisation pour n'importe quel autre résident.

Pour la plupart des résidents visés par les précautions supplémentaires, les procédures de nettoyage de base sont suffisantes (voir le [Chapitre 7. Nettoyage de l'environnement](#)). Cependant, pour certains agents infectieux, des mesures de nettoyage supplémentaires peuvent être nécessaires (voir le [Chapitre 7. Nettoyage de l'environnement](#)).

### 5.2.1.5 Procédures de transport

Avant de transporter ou de transférer un résident, une évaluation du risque devrait être conduite pour déterminer le risque de transmission à d'autres résidents. Pour certaines maladies (p. ex., gastroentérite virale, COVID-19, grippe), les résidents ne devraient être transportés ou transférés qu'en cas de nécessité médicale.

Lorsqu'une nécessité médicale impose le transport ou le transfert d'un résident relevant de précautions supplémentaires, il est essentiel d'établir une communication entre toutes les unités et établissements à l'origine du transfert et qui reçoivent le résident afin de s'assurer que l'unité réceptrice est au courant du diagnostic du résident et des précautions supplémentaires requises (voir la [Section 5.2.1.6 Communication, notamment les pictogrammes](#)).

Quel que soit le diagnostic, les activités de soins normales doivent être maintenues pour les résidents visés par les précautions supplémentaires afin d'assurer la qualité des soins et la qualité de vie.

### 5.2.1.6 Communication, notamment les pictogrammes

Lorsque des résidents sont déclarés visés par les précautions supplémentaires, les raisons et la nature des précautions doivent être expliquées au résident, ainsi qu'à tous les fournisseurs de soins essentiels, à la famille ou au mandataire spécial, selon le cas.

La communication sur le statut du résident et ses besoins en matière de précautions supplémentaires est également nécessaire lorsque des résidents visés par les précautions supplémentaires sont transférés au sein du foyer, ou vers un autre établissement de soins. Cette communication sur les besoins de précautions supplémentaires pour le résident doit également être fournie à l'ensemble du personnel impliqué dans le transport du résident, y compris le personnel des services médicaux d'urgence.

Pour s'assurer que l'ensemble du personnel, les fournisseurs de soins essentiels et les visiteurs soient au courant de la nécessité de prendre des précautions supplémentaires pour le résident, et quels ÉPI sont nécessaires, des pictogrammes spécifiques aux types de précautions supplémentaires doivent être apposés, comme suit :

- un panneau listant les précautions nécessaires doit être apposé à l'entrée de la chambre ou de l'espace autour du lit du résident;
- les pictogrammes doivent respecter la protection de la vie privée en indiquant uniquement les précautions nécessaires, et ne donner aucune information sur le diagnostic du résident.

Pour des exemples de signalétique, voir [Pictogrammes pour les précautions supplémentaires sur le site de SPO](#)<sup>110</sup>.

## 5.3 Amorcer les précautions supplémentaires

### Quand les précautions supplémentaires doivent-elles être amorcées?

Des précautions supplémentaires sont nécessaires pour les résidents infectés par une MIT ou un OA particulier. Des exemples communs aux FSLD sont fournis dans les [Tableau 7](#) et [Tableau 8](#). Une liste complète est disponible dans l'[Annexe N](#) du document du CCPMI-PCI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*<sup>1</sup>. Les précautions supplémentaires doivent être mises en œuvre dès que l'on soupçonne qu'un résident est infecté par une MIT ou un OA, comme suit :

- Les résidents présentant des symptômes évocateurs d'une MIT nécessitant des précautions supplémentaires doivent être soumis aux précautions supplémentaires appropriées — il n'est pas nécessaire d'attendre la confirmation des tests. Des exemples de syndromes cliniques communs qui doivent déclencher la suspicion d'une MIT et la mise en place des précautions supplémentaires sont fournis au [Tableau 9](#).
- Les résidents à fort risque d'infection par un OA nécessitant des précautions supplémentaires, évalué sur la base d'une exposition connue ou d'une évaluation des facteurs de risque, doivent être soumis aux précautions supplémentaires selon la politique du FSLD — il n'est pas nécessaire d'attendre les analyses de confirmation.

#### Exemple n° 1

Un résident qui présente une nouvelle fièvre ou toux peut avoir une infection virale respiratoire telle que la grippe ou la COVID-19. Des précautions supplémentaires pour une infection aiguë des voies respiratoires (précautions contre les gouttelettes+contact) doivent être mises en place immédiatement et ne doivent pas être retardées en l'attente des résultats d'un test PCR pour la COVID-19, la grippe ou d'autres virus respiratoires.

#### Exemple n° 2

Un résident a été transféré depuis le service de soins actifs d'un hôpital dans lequel une éclosion d'EPC est en cours. Étant donné les risques associés à la transmission d'une EPC dans les FSLD, le résident a été admis dans une chambre individuelle avec cabinet de toilette individuel et a été soumis aux précautions contre la transmission par les contacts dès son arrivée. Le recours aux précautions supplémentaires ne doit pas être retardé jusqu'à ce que le résultat d'un test positif soit disponible. Si tous les autres tests de dépistage requis sont négatifs, les précautions contre la transmission par les contacts peuvent être arrêtées par le service de PCI et le résident peut être transféré dans une chambre commune, si rien ne l'empêche par ailleurs.

**Tableau 8 : Exemples d'organismes résistants aux antimicrobiens pour lesquels des précautions contre les contacts sont indiquées‡**

Organismes résistants aux antimicrobiens	Abréviations
<i>Candidozyma auris</i>	<i>C. auris</i>
Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes	EPC
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	SARM
Entérocoques résistants à la vancomycine	ERV

‡ À noter que ce tableau ne présente que des exemples. Certains FSLD peuvent soumettre les résidents infectés par d'autres OA non énumérés ici aux précautions contre la transmission par les contacts; bien que cela soit recommandé par le CCPMI-PCI, certains FSLD en Ontario ne soumettent pas les résidents infectés aux ERV aux précautions contre les contacts.

**Tableau 9 : Exemples de syndromes cliniques nécessitant des précautions supplémentaires\***

Syndrome	Type de précaution	Chambre individuelle (un lit)
Diarrhée et/ou vomissement d'étiologie infectieuse aiguë soupçonnée	Contact**	Oui ou au minimum toilettes individuelles ou chaise d'aisance
Éruption — évocatrice de la varicelle, herpès zoster disséminé	Voie aérienne*** + Contact**	Oui Une CIIA doit être utilisée si disponible. Pour les établissements sans CIIA, le résident doit être placé dans une chambre individuelle avec la porte close. La PCI et Santé publique doivent être consultées, et il doit être envisagé de transférer le résident vers un établissement avec une CIIA.
Éruption — évocatrice de la rougeole	Voie aérienne*** + Contact** + Gouttelettes	Oui Une CIIA doit être utilisée si disponible. Pour les établissements sans CIIA, le résident doit être placé dans une chambre individuelle avec la porte close. La PCI et Santé publique doivent être consultées, et il doit être envisagé de transférer le résident vers un établissement avec une CIIA.

Syndrome	Type de précaution	Chambre individuelle (un lit)
Éruption — non diagnostiquée, sans fièvre	Pratiques de base, gants pour le contact avec la peau	Non
Rougeur de l'œil (conjonctivite virale)	Contact**	Oui
Symptômes respiratoires et/ou systémiques évocateurs d'une infection virale respiratoire	Gouttelettes <sup>†</sup> + Contact**	Oui
Infection respiratoire — facteurs de risque, présentation clinique et/ou imagerie évocatrices d'une tuberculose pulmonaire	Voie aérienne***	Oui  Une CIIA doit être utilisée si disponible. Pour les établissements sans CIIA, le résident doit être placé dans une chambre individuelle avec la porte close. La PCI et Santé publique doivent être consultées, et il doit être envisagé de transférer le résident vers un établissement avec une CIIA.
Soupçon de méningite et/ou sepsie avec éruption pétéchiale, étiologie inconnue	Adulte : Gouttelettes <sup>†</sup>	Oui

\* Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le document du CCPMI-PCI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, [Annexe N : Syndromes et états cliniques ainsi que le niveau de précautions nécessaires](#)<sup>1</sup>.

\*\* Précautions contre la transmission par les contacts : gants et blouse doivent être portés pour les soins directs lorsque la peau ou les vêtements du TS peuvent entrer en contact avec le résident ou des objets dans la chambre ou l'espace autour du lit du résident.

\*\*\* Précautions contre la transmission par voie aérienne : CIIA, respirateur N95 bien ajusté en cas de soupçon de tuberculose pulmonaire.

† Précautions contre l'exposition aux gouttelettes : protection faciale (masque, protection oculaire).

Pour que les FSLD identifient et soumettent les résidents aux précautions supplémentaires en temps opportun, il est nécessaire d'avoir un processus uniforme pour évaluer les résidents pour la présence d'infections transmissibles au moment de l'admission en FSLD. Il est également essentiel que les résidents soient évalués régulièrement (c.-à-d., à chaque changement d'équipe) pour détecter les symptômes infectieux.

## Qui doit mettre en œuvre les précautions supplémentaires?

Tous les FSLD devraient avoir une politique permettant à tout professionnel de santé réglementé de déclencher les précautions supplémentaires appropriées lorsque la présence d'une MIT ou d'un OA est soupçonnée ou confirmée et de maintenir ces précautions jusqu'à ce que le diagnostic soit confirmé ou infirmé.

En règle générale, le membre de l'équipe de santé qui identifie le premier le besoin de recourir aux précautions supplémentaires doit être autorisé à mettre en œuvre ces précautions. Lorsque des précautions sont mises en œuvre, le médecin du résident et le responsable de la PCI doivent en être informés. Il est essentiel que l'équipe médicale explique au résident, et à sa famille ou son fournisseur de soins essentiels (selon le cas), le type de précautions supplémentaires utilisées, leur raison et leur durée probable. Le résident doit recevoir l'assurance que tous les efforts seront faits pour minimiser l'incidence sur ses soins et sa qualité de vie et pour s'assurer que la durée des précautions supplémentaires sera réduite au minimum (voir [Section 5.5 Arrêt des précautions supplémentaires](#)).

Le responsable de la PCI doit vérifier que les précautions supplémentaires sont indiquées et s'assurer que le type approprié de précautions est choisi.

Des exemples communs d'indications pour la mise en place de précautions supplémentaires sont énumérés dans le [Tableau 10](#). Une liste complète est donnée dans le document du CCPMI-PCI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, [Annexe N : Syndromes et états cliniques ainsi que le niveau de précautions nécessaires](#)<sup>1</sup>.

### Exemple n° 3

Une infirmière est appelée pour évaluer l'état d'un résident en raison d'inquiétudes soulevées par un PSSP à propos d'un résident qui présente une nouvelle fièvre ou toux. L'infirmière conduit une ERPS, porte les ÉPI appropriés selon l'ERPS et évalue le résident. L'infirmière vérifie que le résident présente des symptômes de fièvre et de toux correspondant à une infection virale des voies respiratoires. Sur cette base, l'infirmière déclenche les précautions supplémentaires, informe le résident sur la nécessité de ces précautions et notifie le médecin de ce résident, ainsi que le responsable de la PCI.

REMARQUE : Bien que n'importe quel membre de l'équipe de soins puisse déclencher les précautions supplémentaires, une fois qu'elles ont été initiées, elles doivent être annulées uniquement après consultation du service de PCI. Ce point est abordé plus en détail ci-dessous (voir [Section 5.5 Arrêt des précautions supplémentaires](#)).

## 5.4 Précautions supplémentaires et fournisseurs de soins essentiels/visiteurs

Les fournisseurs de soins essentiels et les visiteurs des résidents soumis aux précautions supplémentaires dans les milieux de soins de santé :

- doivent être formés sur l'hygiène des mains et l'utilisation appropriée des ÉPI telle que décrite dans les pratiques de base et précautions supplémentaires;
- doivent porter des ÉPI s'ils sont en contact avec d'autres résidents ou doivent prodiguer des soins directs<sup>‡</sup>;
- doivent être informés de tout risque pour eux-mêmes pouvant résulter de leur visite;
- pour les infections autolimitées avec une période infectieuse courte :
  - le fournisseur de soins essentiels doit continuer à participer aux soins du résident, et les autres visites peuvent également continuer<sup>§</sup>, avec une formation et des précautions telles que décrites ci-dessus.

Il est important d'informer les résidents, les fournisseurs de soins essentiels et les visiteurs sur les raisons de la mise en œuvre des précautions supplémentaires et qu'il leur soit expliqué comment entrer dans la chambre et la quitter en toute sécurité lorsque le résident est soumis aux précautions supplémentaires. Cela peut inclure une démonstration sur la façon de porter, de retirer et de jeter les ÉPI, ainsi que sur l'hygiène des mains.

## 5.5 Arrêt des précautions supplémentaires

L'établissement de soins de santé doit avoir une politique qui permette **l'arrêt des précautions supplémentaires en accord avec le PPCI** ou son représentant. L'équipe de soins, y compris le médecin traitant, doit être informée lorsque les précautions supplémentaires sont arrêtées.

Les précautions supplémentaires doivent être appliquées jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de risque de transmission du micro-organisme ou de la maladie. Dans les cas pour lesquels il existe une incertitude sur le moment où les précautions supplémentaires doivent être arrêtées, une consultation d'expert peut être nécessaire. Cependant, les précautions supplémentaires ne doivent pas durer plus longtemps que nécessaire et doivent être arrêtées rapidement lorsque le risque de transmission de l'infection est terminé.

---

<sup>‡</sup> Cela fait référence aux ÉPI minimum requis. Les fournisseurs de soins essentiels et les visiteurs peuvent choisir de porter un respirateur N95 plutôt qu'un masque s'ils le préfèrent.

<sup>§</sup> Certaines restrictions sur les visites peuvent être considérées comme nécessaires lors d'éclotions, mais même pendant une éclosion tous les efforts doivent être faits pour permettre les visites des fournisseurs de soins essentiels en toute sécurité.

Les établissements de soins de santé devraient avoir des politiques indiquant que tous les TS peuvent déclencher les précautions supplémentaires, mais que SEUL le service de PCI peut les arrêter.

Lorsque les périodes de communicabilité sont connues, les précautions peuvent être arrêtées au moment opportun.

- Consulter le document du CCPMI-IPC intitulé [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, Annexe N : Syndromes et états cliniques ainsi que le niveau de précautions nécessaires](#), pour des recommandations liées à la durée des précautions supplémentaires pour certaines maladies<sup>1</sup>.

Pour des recommandations sur l'arrêt des précautions pour les SARM, ERV, EPC, *C. difficile* et *C. auris* :

- Pour les SARM, ERV et EPC, consulter le document du CCPMI-IPC intitulé [Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants \(OA\) dans tous les établissements de soins de santé](#)<sup>107</sup>.
- Pour la bactérie *C. difficile*, consulter le document du CCPMI-IPC intitulé [Annexe C : Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé](#)<sup>111</sup>.
- Pour la bactérie *C. auris*, consulter le document du CCPMI-IPC intitulé [Guide provisoire de prévention et de contrôle du Candida auris](#)<sup>112</sup>.

**Tableau 10 : Exemples de syndromes infectieux et d'agents infectieux, ainsi que les précautions nécessaires**

État	Pratiques de base	Précautions contre les contacts	Précautions contre l'exposition aux gouttelettes	Précautions contre la transmission par voie aérienne
Infection par OA (p. ex., SARM, EPC)*	Oui	Oui****	Non	Non
<i>Clostridioides difficile</i>	Oui	Oui	Non	Non
Vomissements ou diarrhée aigus	Oui	Oui	Non	Non
Drainage non confiné***	Oui	Oui	Non	Non
Conjonctivite (rougeur des yeux)	Oui	Oui	Non	Non
Infection virale respiratoire	Oui	Oui	Oui	Non

État	Pratiques de base	Précautions contre les contacts	Précautions contre l'exposition aux gouttelettes	Précautions contre la transmission par voie aérienne
Tuberculose pulmonaire	Oui	Non	Non	Oui
Varicelle	Oui	Oui	Non	Oui

\* Pour les pathogènes infectieux non énumérés ici, consulter le document du CCPMI-PCI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, Annexe N : syndromes et états cliniques ainsi que le niveau précautions nécessaires*<sup>1</sup>.

\*\* Les résidents infectés par le même OA peuvent souvent être regroupés, mais l'accord du service de PCI est nécessaire.

\*\*\* Le drainage de plaie, ulcère ou sinus est considéré comme non confiné lorsque cela passe au travers des bandages, entraînant une contamination des vêtements, des draps et de l'environnement, malgré le remplacement fréquent des bandages.

\*\*\*\* Les précautions contre la transmission par les contacts sont nécessaires pour les résidents infectés par un OA; cependant, étant donné qu'une infection par un OA est persistante dans la plupart des cas, les résidents soumis aux précautions contre les contacts uniquement pour une infection par OA peuvent participer aux activités de groupe, notamment les repas pris en commun, et peuvent utiliser les parties communes du FSLD. Voir la [Section 5.2.1.2.2.](#)

## 5.6 Incidence des précautions supplémentaires sur la qualité des soins et la qualité de vie

Bien que des précautions supplémentaires soient nécessaires pour protéger les autres résidents et les TS, il peut y avoir des conséquences négatives pour les résidents soumis aux précautions<sup>87,88,113-115</sup>.

Ces conséquences incluent<sup>113</sup> : <sup>114</sup>

- un lien a été établi entre la nécessité de porter de nombreux ÉPI et une réduction du nombre de visites par les TS. La limitation des contacts avec les TS peut entraîner un manque de surveillance (p. ex., enregistrement des signes vitaux)<sup>115</sup>, des erreurs dans l'administration des médicaments et l'augmentation des chutes;
- les restrictions imposées sur les visites entraînent une diminution des visites de la famille et des amis. Ceci réduit le soutien moral apporté aux résidents et peut entraîner un sentiment de solitude ou une dépression, particulièrement lorsque cela se prolonge;
- une réduction de la qualité de vie provoquée par une diminution de la socialisation en raison de l'accès limité aux activités de groupe, aux repas pris en commun et aux parties communes (p. ex., salle d'activités, salle de télévision). Cela peut également provoquer de la solitude ou une dépression, particulièrement si la situation se prolonge;

- tous les facteurs ci-dessus peuvent amener à des problèmes psychologiques liés à l'isolement, tels que l'anxiété, la dépression, la perturbation du sommeil, un comportement de repli, une régression et du délirium.

Le soutien psychologique apporté aux résidents doit inclure des programmes d'activités récréatives structurés (p. ex., activités individuelles, en face à face, dans la chambre du résident), des mesures destinées à prévenir la désorientation et un soutien psychologique aussi bien pour les résidents que leurs familles<sup>114,116-121</sup>.

Les FSLD devraient mettre en place des politiques pour s'assurer que les résidents qui nécessitent des précautions supplémentaires bénéficient des mêmes niveaux de soins que les autres résidents\*\*. Par exemple, les FSLD doivent s'assurer que les visites du médecin et la surveillance des signes vitaux soient aussi fréquentes que pour les résidents soumis aux précautions supplémentaires que les autres résidents. Contrôler la fréquence à laquelle les résidents soumis aux précautions supplémentaires sont évalués peut être utile pour s'assurer qu'ils reçoivent les soins appropriés. Pour les FSLD avec de nombreux résidents soumis aux précautions supplémentaires (p. ex., lors d'une éclosion), il peut être nécessaire d'augmenter les effectifs afin de s'assurer que le niveau de soins approprié est maintenu.

Les FSLD doivent également faire tous les efforts nécessaires pour apporter un soutien aux résidents soumis aux précautions supplémentaires en matière de services non essentiels. Par exemple, si le résident ne peut pas participer aux activités de groupe en raison des précautions qu'il doit respecter, la visite d'un membre du personnel (p. ex., un ludothérapeute ou autre personnel approprié formé pour respecter les précautions) dans sa chambre pour lui fournir une activité similaire peut réduire l'isolement que peut ressentir le résident en étant exclu des activités.

**Il est important de ne pas avoir recours aux précautions supplémentaires plus longtemps que nécessaire** et que des évaluations fréquentes des risques de transmission soient conduites par les PPCI avec pour objectif l'arrêt des précautions le plus rapidement possible. Pour les résidents qui présentent une dépression ou pour lesquels il y a un risque d'aggravation sévère de leur bien-être psychologique ou physique résultant directement des précautions supplémentaires, le responsable de la PCI doit être consulté pour déterminer si les précautions peuvent être modifiées en toute sécurité pour apporter un meilleur soutien au résident.

- Pour de plus amples renseignements sur les précautions supplémentaires, consulter le document du CCPMI-IPC intitulé [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#)<sup>1</sup>.
- Localiser les [BSP](#)<sup>122</sup>.

---

\*\* Souvent, l'état clinique des résidents soumis aux précautions supplémentaires est tel qu'ils devraient recevoir des soins supplémentaires en personne, en plus de ce qui est proposé aux autres résidents.

## Recommandations

35. Le FSLD doit avoir des politiques et procédures de PCI qui définissent les précautions supplémentaires et la façon dont elles doivent être mises en œuvre dans le FSLD.
36. Le FSLD et son personnel doivent s'assurer que les mesures incluses dans les précautions supplémentaires sont mises en œuvre de façon systématique dans le FSLD pour les résidents qui nécessitent des précautions supplémentaires.
37. Les FSLD doivent avoir un programme d'information et de formation du personnel portant sur les précautions supplémentaires, notamment sur toutes les mesures incluses dans les précautions supplémentaires (p. ex., choix de la chambre, modification des activités du résident, utilisation des ÉPI, nettoyage et désinfection du matériel, nettoyage de l'environnement, communication et pictogrammes, etc.).
38. L'information et la formation du personnel sur l'ensemble des mesures incluses dans les précautions supplémentaires doivent être documentées et communiquées au directeur afin d'être incluses dans le dossier de performance du personnel.
39. La politique de PCI du FSLD doit autoriser n'importe quel professionnel de santé réglementé travaillant dans le FSLD à mettre en œuvre les précautions supplémentaires si leur évaluation des risques au point de service (ERPS) indique qu'un résident nécessite des précautions supplémentaires (p. ex., le résident présente une nouvelle fièvre ou toux), selon les politiques et procédures de PCI du FSLD. Lors du déclenchement des précautions supplémentaires, le principal médecin traitant du résident et le service de PCI doivent être informés.
40. Les résidents doivent être retirés du programme de précautions supplémentaires uniquement après consultation avec le service de PCI.
41. Lorsqu'un résident est identifié comme nécessitant des précautions supplémentaires, le placement du résident doit être déterminé sur la base des politiques de PCI du FSLD et une évaluation du risque doit être conduite en consultation avec le service de PCI.
42. Lorsqu'une chambre individuelle est recommandée pour un résident nécessitant des précautions supplémentaires, mais qu'une telle chambre n'est pas immédiatement disponible, la faisabilité de regrouper des résidents infectés par le même micro-organisme doit être envisagée, en consultation avec le service de PCI.
43. Dans les cas où il y a regroupement, mettre en œuvre les précautions supplémentaires individuellement pour chaque résident. Ne pas porter la même blouse et les mêmes gants pour passer d'un résident à un autre dans la même chambre. Le matériel doit être nettoyé et désinfecté entre les résidents.
44. Les visiteurs et les fournisseurs de soins essentiels qui sont en contact direct avec les résidents soumis à des précautions supplémentaires, ou qui leur prodiguent des soins, doivent être formés à l'utilisation appropriée de tous les ÉPI requis.

- 45. Les résidents visés par les précautions contre la transmission par voie aérienne doivent être placés dans une chambre d'isolement des infections par voie aérienne (CIIA) dès que possible. Si aucune CIIA n'est disponible dans le FSLD, le résident doit être transféré vers un établissement qui en a une. Jusqu'au transfert, le résident doit être confiné dans sa chambre, porte fermée, sauf pour les interventions médicales nécessaires.**
- 46. Les résidents soumis aux précautions contre la transmission par gouttelettes et par voie aérienne doivent porter un masque, s'ils le tolèrent, lorsqu'ils doivent sortir de leurs chambres.**

## 6.0 Sécurité des médicaments et gestion des vaccins

---

Les erreurs dans la préparation, l'entreposage et la délivrance des médicaments peuvent entraîner des situations indésirables, notamment la transmission d'infections, et le risque de telles situations est élevé dans les FSLD<sup>123-126</sup>. La transmission d'agents pathogènes à diffusion hématogène, particulièrement l'hépatite B et l'hépatite C, a été signalée dans les milieux de santé, notamment dans les FSLD, en raison de mauvaises pratiques en matière de sécurité des médicaments. Les erreurs communes qui ont pu conduire à la transmission d'agents pathogènes à diffusion hématogène incluent la réutilisation d'aiguilles, de seringues ou autres matériels qui ont pu être contaminés par du sang (p. ex., stylo à insuline<sup>150</sup>, tubulure d'intraveineuse) et qui ont pu être en contact avec la circulation sanguine. De plus, les infections bactériennes et fongiques découlent également de mauvaises pratiques en matière de sécurité des médicaments<sup>151</sup>, la plupart du temps associées à l'utilisation de médicaments parentéraux.

Les diagnostics réalisés au point de service qui impliquent un contact entre un matériel et le sang (p. ex., un glucomètre) peuvent également entraîner la transmission de pathogènes à diffusion hématogène s'ils ne sont pas réalisés correctement<sup>150,152,153</sup>.

Ce chapitre porte sur les principes et les pratiques requis pour s'assurer que les infections virales, bactériennes et fongiques ne sont pas transmises suite à l'utilisation de médicaments ou la réalisation d'un diagnostic au point de service.

### 6.1 Mesures pour la préparation et l'entreposage sécurisés des médicaments

Il existe différentes mesures qui doivent être appliquées de façon systématique pour s'assurer que la préparation et l'entreposage des médicaments se fait de façon sécurisée de sorte à ne pas entraîner la transmission de MIT, notamment la transmission de pathogènes à diffusion hématogène et d'infections bactériennes et fongiques. Ces mesures incluent les précautions suivantes :

- Les médicaments doivent être entreposés uniquement dans des zones où l'accès est sécurisé et non accessible aux résidents ou toute autre personne non autorisée.
- Des installations pour l'hygiène des mains doivent être situées dans toutes les zones où les médicaments sont préparés.
- Des contenants anti perforation doivent être placés dans toutes les zones où les médicaments sont préparés et doivent être accessibles au point de service.
- Les médicaments et les fournitures doivent être préparés dans une zone propre, sur des surfaces propres et entreposés dans un endroit propre et sécurisé.

- Les conteneurs de solutions stériles doivent être datés à leur ouverture et jetés après 24 heures ou selon les instructions du fabricant.
- Les médicaments périmés ne doivent pas être utilisés et doivent être jetés. Un processus de vérification des dates de péremption avant utilisation des médicaments doit être mis en place.

Voir l'[Annexe C](#) pour une liste de vérification portant sur la sécurité des médicaments et des pratiques pour les injections.

## 6.2 Administration sécuritaire des médicaments injectables

La transmission de virus hématogènes et d'autres pathogènes microbiens aux résidents lors d'interventions de soins de routine continue de se produire en raison de pratiques d'injection, de perfusion et d'utilisation de flacons de médicament non sécuritaires et inappropriées par les professionnels de santé<sup>154-158</sup>.

Les pratiques suivantes doivent être observées pour la préparation et l'administration des médicaments injectables :

### 6.2.1 Technique d'asepsie

- Suivre la procédure d'hygiène des mains avant d'accéder aux fournitures, de manipuler les flacons et les solutions intraveineuses, ainsi que de préparer et d'administrer les médicaments.
- Observer les techniques d'asepsie dans tous les aspects relatifs à l'administration d'un médicament parentéral, à l'utilisation de flacons de médicament, aux injections et aux procédures de surveillance du glucose. Limiter l'accès uniquement à quelques personnes formées, si possible.
- Ne jamais administrer un médicament avec une même seringue à plus d'un résident, même si l'aiguille a été changée entre les résidents.
- Ne jamais entreposer les aiguilles et les seringues non enveloppées pour assurer la stérilité.
- Ne pas préparer le matériel destiné à l'administration des médicaments à l'avance.
- Ne pas utiliser des poches de soluté intraveineux comme source commune pour plusieurs résidents.

### 6.2.2 Flacons à dose unique

Les flacons à dose unique, destinées à un seul résident, ne contiennent généralement pas d'agents de conservation. L'utilisation de ces flacons pour plusieurs résidents présente un risque significatif de contamination bactérienne et d'infection.

- Ne pas réutiliser les flacons à dose unique. Percer le flacon une seule fois, puis le jeter immédiatement.

- Toujours utiliser une seringue et une aiguille/canule stériles pour percer le flacon. Ne jamais percer un flacon avec une seringue ou une aiguille/canule qui a déjà été utilisée pour un autre résident.
- Ne jamais mélanger le reste du contenu de flacons à dose unique.

### 6.2.3 Flacons multidoses

Les éclosions associées à l'utilisation de flacons multidoses dans les établissements de soins de santé sont fréquentes et sont persistantes en Ontario. Une erreur dans le suivi des protocoles relatifs à l'utilisation appropriée des flacons multidoses peut entraîner la transmission d'agents pathogènes à la fois bactériens et viraux à diffusion hématogène. La transmission de l'hépatite C<sup>155,159-161</sup>, de l'hépatite B<sup>162</sup> et du VIH<sup>162</sup> a été historiquement associée à l'utilisation de flacons multidoses<sup>163-166</sup>.

L'utilisation de flacons multidoses pour les médicaments injectables et les vaccins augmente le risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène et de contamination bactérienne du flacon et doit être évitée. La sécurité des résidents doit avoir la priorité sur le coût lors du choix de flacons de médicaments multidoses ou à dose unique.

Si le choix est fait d'utiliser des flacons multidoses dans le FSLD, les recommandations suivantes doivent être suivies à chaque utilisation d'un flacon multidoses :

- toutes les aiguilles sont à USAGE UNIQUE\*;
- toutes les seringues sont à USAGE UNIQUE\*;
- NE JAMAIS réintroduire une aiguille OU une seringue usagée dans le flacon;
- une fois le médicament aspiré, l'aiguille doit être IMMÉDIATEMENT retirée du flacon. L'aiguille ne doit JAMAIS être laissée dans le flacon pour la réutiliser avec une nouvelle seringue;
- utiliser le flacon multidoses uniquement pour un seul résident et inscrire sur ce flacon les informations d'identification de ce résident;
- inscrire sur le flacon la date de sa première utilisation et s'assurer qu'il est jeté au moment opportun;
- observer les techniques d'asepsie lors de l'utilisation de flacons multidoses. Les flacons multidoses doivent être utilisés sur une surface propre et sur laquelle n'est ni posé ou ni entreposé un matériel souillé, usagé ou potentiellement contaminé. Désinfecter l'opercule du flacon en le frottant avec de l'alcool à 70 %. Laisser sécher avant d'insérer une nouvelle aiguille avec une nouvelle seringue dans le flacon;
- jeter le flacon multidoses immédiatement si sa stérilité est incertaine ou compromise, ou si le nom et les informations d'identification distinctives du résident, ainsi que la date de première utilisation, ne sont pas inscrites sur le flacon;

- lire la documentation du produit pour la durée recommandée d'utilisation après la première utilisation du flacon multidoses. Jeter les flacons multidoses ouverts selon les instructions du fabricant ou au bout de 28 jours<sup>167</sup>, selon l'échéance la plus courte\*.

---

L'utilisation de flacons multidoses augmente le risque de transmission des pathogènes à diffusion hémotogène et de contamination bactérienne. L'utilisation de flacons à dose unique est TOUJOURS préférable.

---

## 6.3 Réfrigérateurs

Les réfrigérateurs utilisés pour entreposer les médicaments ou les vaccins ne doivent PAS être utilisés pour entreposer des spécimens cliniques ou de la nourriture (p. ex., les collations ou boissons du personnel ou des résidents, etc.).

Le type, l'utilisation et l'entretien appropriés des réfrigérateurs destinés aux vaccins font l'objet d'un certain nombre d'obligations à respecter. Pour de plus amples renseignements, consulter le document du ministère de la Santé de l'Ontario [Guide sur l'entreposage et la manipulation des vaccins](#) (2021)<sup>169</sup>.

## 6.4 Vaccins

Les vaccins, particulièrement les vaccins contre la grippe et la COVID-19, sont régulièrement administrés dans les FSLD et sont essentiels pour la protection des résidents vulnérables contre les maladies évitables par la vaccination. Les vaccins qui ne sont pas correctement manipulés, entreposés ou administrés peuvent manquer d'efficacité. Les professionnels de santé réglementés doivent être formés et être compétents dans la manipulation, l'administration et l'entreposage de tous les vaccins utilisés.

Pour assurer la manipulation, l'entreposage et l'administration appropriés des vaccins, il est nécessaire d'observer les mesures suivantes<sup>169-171</sup> :

- définir des politiques et des procédures pour la manipulation et l'entreposage des vaccins;
- suivre les instructions du fabricant du vaccin pour l'entreposage et la manipulation;

---

\* Lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser de nouvelles aiguilles et seringues à chaque injection pour un résident unique (p. ex. lorsque l'administration de doses graduelles à un même résident avec la même seringue fait partie intégrante de la procédure), il convient d'utiliser une technique aseptique stricte lors de la réutilisation d'une même seringue et aiguille pour le même résident dans le cadre d'une seule et même procédure. La seringue ne doit jamais être laissée sans surveillance et doit être jetée immédiatement après la fin de la procédure<sup>168</sup>.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing unsafe injection practices [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2024 [cited 2024 Aug 14]. Available from: [https://www.cdc.gov/injection-safety/hcp/clinical-safety/?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/injectionsafety/providers/provider\\_faqs.html](https://www.cdc.gov/injection-safety/hcp/clinical-safety/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/injectionsafety/providers/provider_faqs.html)

\* Les flacons multidoses contiennent des agents de conservations et sont conçus pour une utilisation prolongée (contrairement aux flacons à usage unique et aux solutions stériles qui doivent être jetés dans les 24 heures ou selon les directives du fabricant).

- ne pas entreposer plus d'un mois de réserve du vaccin;
- vérifier régulièrement les dates de péremption. Vérifier la date de péremption avant utilisation;
- placer les vaccins dont la date de péremption est la plus courte devant les vaccins dont la date est ultérieure;
- entreposer les vaccins dans la plage de températures recommandée par le fabricant du vaccin;
- entreposer les vaccins sur la tablette du milieu dans le réfrigérateur, pas dans la porte;
- ne pas laisser les vaccins à l'extérieur du réfrigérateur, sauf pour préparer la seringue;
- protéger les vaccins de la lumière;
- ne pas préparer les doses de vaccins à l'avance en préremplissant les seringues ou en laissant les seringues prêtes sur le comptoir;
- renvoyer les vaccins non utilisés ou périmés au BSP local, au SAMPGO, ou au service responsable des commandes de vaccins;
- s'il y a des raisons de penser que le vaccin a été exposé à des températures en dehors de la plage de températures de stockage, en informer le fournisseur du vaccin (c.-à-d., le BSP local, le SAMPGO ou le fabricant du vaccin) afin de déterminer l'efficacité du vaccin.

Pour de plus amples renseignements, consulter le document du ministère de la Santé de l'Ontario [Guide sur l'entreposage et la manipulation des vaccins](#) (2021)<sup>169</sup>.

## 6.5 Solutions d'irrigation stérile

- Vérifier la date de péremption des solutions avant chaque utilisation.
- Jeter les bouteilles ouvertes à la fin de chaque journée.
- Utiliser des petites bouteilles, si possible, et les entreposer selon les recommandations du fabricant.

## 6.6 Gouttes et onguents ophtalmiques

- Il est préférable d'utiliser des gouttes ophtalmiques à usage unique.
- Si des gouttes ophtalmiques ou onguents à usages multiples sont utilisés, ils doivent être utilisés pour un seul résident, et il faut inscrire sur le flacon le nom du résident et la date de première utilisation des gouttes ou de l'onguent. Puis le flacon doit être jeté selon les instructions du fabricant.
- Remettre le couvercle des onguents et gouttes immédiatement après utilisation.
- Jeter les médicaments ophtalmiques immédiatement s'il existe une possibilité qu'ils aient été contaminés.
- Ne pas toucher la conjonctive du résident avec la pointe du tube ophtalmique et s'assurer qu'elle n'entre pas en contact avec les larmes. Le cas échéant, considérer le produit comme étant contaminé et le jeter.

## 6.7 Tests au point de service

Les tests au point de service font référence aux procédures d'analyse réalisées en dehors d'un laboratoire médical dans lesquels des trousse de test et/ou des appareils portatifs sont utilisés pour analyser des spécimens de sang, de salive ou d'urine.

De nombreuses éclosions ont été décrites comme étant liées à la réutilisation de matériel médical utilisé pour les résidents atteints du diabète (p. ex., appareil de prélèvement de sang au doigt, appareil de mesure de la glycémie)<sup>153,170-172</sup>.

- Ne jamais utiliser d'appareil de prélèvement de sang au doigt (également appelé autopiqueur) pour plus d'un résident. Cela inclut à la fois la lancette (c.-à-d., l'instrument pointu qui perce la peau) et l'appareil en forme de stylo qui contient la lancette.
- Dans les FSLD, les résidents qui ont besoin de surveiller leur glycémie doivent avoir leur propre appareil de test, qui ne doit JAMAIS être utilisé par un autre résident.
- Les appareils de test de la glycémie doivent être nettoyés et désinfectés selon les MIFU.

## Recommandations

- 47. Ne pas réinsérer une seringue ou une aiguille déjà utilisée pour un résident dans un flacon de médicament.**
- 48. Ne pas prélever de médicament dans un flacon avec une seringue ou une aiguille déjà utilisée pour un résident.**
- 49. Ne pas réutiliser les seringues.**
- 50. Ne pas réutiliser les aiguilles.**
- 51. Ne pas réutiliser les flacons à dose unique et ne pas prélever et réutiliser le reste du contenu d'un flacon à dose unique.**
- 52. Ne pas préremplir les seringues pour une utilisation ultérieure.**
- 53. Les flacons de médicament multidoses ouverts doivent être jetés selon les instructions du fabricant ou 28 jours après ouverture, selon l'échéance la plus courte.**
- 54. Les instructions du fabricant du vaccin ou du ministère de la Santé relatives à l'entreposage et la manipulation des vaccins doivent être observées.**
- 55. Ne pas partager les appareils de test de la glycémie et leurs différentes pièces entre plusieurs résidents.**

## 7.0 Nettoyage de l'environnement

---

Dans les FSLD, la contamination de l'environnement par des bactéries, virus et autres micro-organismes est permanente. La contamination de l'environnement conduit à la propagation des infections, ce qui entraîne des IAS et des éclosions. Le nettoyage efficace et continu de l'environnement, par un programme des services de l'environnement organisé, spécialisé et doté de ressources adéquates, peut réduire la contamination environnementale et limiter la transmission des infections, lesquelles se propagent du milieu vers les résidents, le personnel et les visiteurs. En outre, le maintien d'un environnement propre et sain est une attente fondamentale des résidents et de leurs familles.

Un programme des services de l'environnement efficace nécessite de l'organisation, un leadership, une responsabilisation, une main-d'œuvre suffisante et bien formée, ainsi que des politiques et procédures de nettoyage à jour. Un contrôle permanent de la qualité est également essentiel.

De plus, l'agencement des établissements et le choix des produits ont une incidence sur la capacité à maintenir un environnement propre et sain. Les considérations relatives à la PCI, à la santé au travail et au nettoyage de l'environnement doivent être prises en compte à toutes les étapes de la conception et de la construction d'un bâtiment, ainsi que pour le choix des surfaces et du matériel qui seront utilisés dans le FSLD.

---

Le nettoyage et la désinfection réguliers et efficaces sont essentiels pour protéger les résidents, le personnel et les visiteurs.

---

À noter que ce chapitre n'aborde pas le nettoyage obligatoire pour les zones de préparation alimentaire, notamment les cuisines, cafétérias, kiosque de vente de nourriture ou toute zone où de la nourriture est préparée ou entreposée (p. ex., atelier de cuisine). Les FSLD ont l'obligation d'avoir des politiques relatives au nettoyage des zones de préparation alimentaire qui soient conformes aux exigences de la [Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7](#) et du [Règl. de l'Ont. 493/17 : Dépôts d'aliments](#)<sup>30,31</sup>.

Ce chapitre présente un résumé des éléments clés requis pour un nettoyage efficace de l'environnement, et pour un programme de nettoyage efficace de l'environnement. Des renseignements complémentaires sont disponibles :

- CCPMI-IPC : [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](#)<sup>173</sup>
- Groupe CSA : [Z8000-18 Établissements de santé canadiens](#)<sup>51</sup>
- Groupe CSA : [Z8002-19 Exploitation et entretien des établissements de soins de santé](#)<sup>174</sup>

## 7.1 Exigences organisationnelles et de ressources pour un programme des services de l'environnement efficace

Les programmes des services de l'environnement dans les FSLD doivent avoir pour priorité principale la sécurité des résidents. Ces programmes doivent être organisés de sorte que :

- une seule personne soit responsable de l'entretien du bâtiment physique et du programme des services de l'environnement dans sa globalité;
- cette personne rend des comptes régulièrement auprès de la direction du FSLD;
- cette personne travaille étroitement avec les intervenants clés, notamment les services de PCI et SST.

En outre, pour être efficace, le programme des services de l'environnement doit :

- avoir un nombre suffisant de superviseurs dans les services de l'environnement formés et compétents en matière de normes et pratiques de nettoyage pour gérer tous les employés de première ligne des services de l'environnement;
- avoir des politiques et procédures pour les services de l'environnement à jour pour le nettoyage des zones réservées aux résidents, à l'administration et au public, ainsi que pour le nettoyage et la désinfection habituels du matériel;
- avoir un personnel de service suffisamment nombreux pour permettre un nettoyage complet et en temps opportun qui soit conforme aux politiques et procédures des services de l'environnement du FSLD (voir la [Section 7.1.1 Politiques et procédures](#)). Les effectifs doivent permettre d'attribuer du personnel supplémentaire dans les unités confrontées à une écloison sans compromettre le nettoyage et la désinfection des zones réservées aux soins des résidents;
- avoir suffisamment de produits de nettoyage, de fournitures et de matériel de nettoyage efficaces et de haute qualité pour les services de l'environnement (voir la [Section 7.3 Choix des produits de nettoyage, désinfectants, lingettes et chiffons désinfectants](#));
- donner la priorité au nettoyage des zones réservées aux résidents (plutôt qu'aux zones administratives ou publiques);
- mettre en place un programme pour la formation initiale et continue de tous les employés des services de l'environnement (voir la [Section 7.9.1 Formation](#));
- avoir un programme de contrôle qualité qui évalue la performance du personnel, le respect des politiques et procédures, ainsi que l'efficacité générale du nettoyage de l'environnement (voir la [Section 7.10 Évaluation de la propreté et contrôle qualité](#)) et comporter :
  - des rapports individuels incluent dans les évaluations de la performance des employés;
  - des résultats agrégés présentés à l'IDIT et à la direction du FSLD.

## 7.1.1 Politiques et procédures

Les FSLD doivent mettre en place des politiques et des procédures de nettoyage évaluées et mises à jour régulièrement. Ces politiques et procédures doivent :

- définir les responsabilités dans le cadre du programme de nettoyage de l'environnement;
- définir les critères de sélection pour les surfaces, les finitions, l'ameublement et le matériel utilisés dans les zones réservées aux soins des résidents;
- définir les responsabilités pour le nettoyage et la désinfection de zones et éléments spécifiques (c.-à-d., qui nettoie, ce qu'ils nettoient et quand ils le nettoient);
  - cela implique de définir et d'attribuer clairement les responsabilités pour le nettoyage et la désinfection de tout le matériel médical partagé;
- définir la fréquence requise pour le nettoyage et la désinfection, ainsi que les normes de nettoyage et de désinfection, notamment des procédures pour :
  - le nettoyage et la désinfection périodique (p. ex., quotidien);
  - le nettoyage et la désinfection au moment du congé, du transfert ou du décès;
  - les exigences de nettoyage et de désinfection supplémentaires pour le nettoyage quotidien et lors du congé, du transfert ou du décès pour les résidents relevant des précautions supplémentaires et/ou pour des organismes spécifiques qui se propagent en raison d'une contamination persistante de l'environnement (p. ex., *C. difficile*, ERV, *C. auris*);
  - le nettoyage et la désinfection des déversements de sang;
  - le nettoyage et la désinfection lors des activités de rénovation ou de construction.
- S'assurer que les procédures de nettoyage intègrent les principes de PCI (voir le document du CCPMI-IPC : [\*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\*](#)) et définissent les responsabilités pour le nettoyage et la désinfection du matériel médical utilisé dans le FSLD<sup>173</sup>.
- S'assurer que les obligations légales sont observées en ce qui concerne :
  - l'élimination en toute sécurité des déchets biomédicaux;
  - la manipulation sécuritaire du linge;
  - l'hygiène alimentaire;
  - la protection phytosanitaire.

Les programmes des services de l'environnement doivent également mettre en place des calendriers, procédures et listes de contrôle pour le nettoyage, ainsi que d'autres outils pour s'assurer que tout le nettoyage obligatoire est effectué comme il se doit et qu'aucune zone n'est oubliée, notamment :

- des procédures pour le nettoyage et la désinfection périodiques (p. ex., quotidien) et lors du congé, du transfert ou du décès;
- des procédures pour le nettoyage dans les zones en construction/rénovation;
- des procédures pour les micro-organismes environnementaux particulièrement robustes, tels que ERV, *C. auris* et *C. difficile*;
- des procédures pour la gestion des éclosions.

## 7.1.2 Effectifs

Le niveau des effectifs doit être adapté à la taille et la complexité du FSLD, incluant la possibilité d'augmenter les effectifs lors d'une éclosion ([Tableau 11](#)). Le niveau des effectifs des services de l'environnement peut être estimé en déterminant le temps moyen nécessaire aux employés de ces services pour effectuer de façon adéquate le nettoyage quotidien des chambres des résidents et en cas de congé, de transfert ou de décès (p. ex., études de gestion du temps). Lors de l'estimation des niveaux d'effectifs requis, il est essentiel de prendre en compte les rôles et responsabilités supplémentaires endossés par le personnel des services de l'environnement en plus du nettoyage (p. ex., livraison des repas, etc.) et de prévoir des capacités d'urgence supplémentaires pour les situations pouvant nécessiter des ressources complémentaires (p. ex., éclosions, rénovations).

**Tableau 11 : Facteurs à prendre en compte pour déterminer le niveau des effectifs des services de l'environnement**

Facteurs	Exemples
<b>Population du FSLD</b>	<p>Les FSLD ont des besoins différents pour le nettoyage de l'environnement selon le type de résidents (p. ex., âge moyen, comorbidités).</p> <p>Les établissements avec des zones spécialisées ou des résidents particuliers (p. ex., unités spécialisées pour la mémoire) peuvent demander plus de ressources pour le nettoyage de l'environnement.</p>
<b>Bâtiment</b>	<p>Âge, conception et taille du bâtiment (les bâtiments de grande taille et anciens sont plus difficiles à nettoyer).</p> <p>Climat et saison.</p> <p>Exposition du bâtiment à la poussière et la saleté extérieures (p. ex., chantier de construction).</p> <p>Types de planchers et de murs.</p> <p>Présence de moquettes et de meubles tapissés qui n'ont pas encore été retirés.</p>

Facteurs	Exemples
<b>Occupation</b>	<p>Taux d'occupation et nombre de cas.</p> <p>Mélange de résidents.</p> <p>Mètres carrés à nettoyer dans les zones de soins pour résidents.</p> <p>Mètres carrés à nettoyer dans les zones autres que les zones de soins pour résidents.</p> <p>Admissions, congés et transferts par unité ou zone — un taux de rotation plus élevé nécessite un délai de rotation plus court pour les chambres et le matériel, ainsi que des nettoyages plus fréquents après les congés et les transferts.</p>
<b>Précautions supplémentaires</b>	<p>Proportion de résidents qui nécessitent des précautions supplémentaires (en raison du temps nécessaire pour mettre et retirer les ÉPI et du nettoyage supplémentaire requis pour certains organismes).</p> <p>Fréquence des éclosions.</p>
<b>Matériel</b>	<p>Types d'outils/matériels de nettoyage disponibles (p. ex., nettoyeur de sol automatisé ou vadrouille et seau)</p> <p>Méthodologie requise pour le nettoyage (c.-à-d., matériel, produits, matériaux et ergonomie physique).</p> <p>Emplacement des locaux de service.</p>
<b>Formation</b>	<p>Le temps et le niveau de formation proposés au nouveau personnel ont des conséquences sur le nombre de membres du personnel d'encadrement.</p> <p>Formation et expérience du personnel (le personnel non expérimenté et sous-formé travaille plus lentement que le personnel bien formé et expérimenté).</p>
<b>Obligations légales</b>	<p>Niveau de responsabilité légale que peut avoir un superviseur.</p> <p>Rôle d'un travailleur des services de l'environnement.</p>
<b>Rôle du personnel des services de l'environnement</b>	<p>Tâches réservées au personnel des services de l'environnement.</p> <p>Si le rôle d'un employé des services de l'environnement est limité au nettoyage ou élargi pour englober d'autres rôles ou tâches (p. ex., transport des résidents, livraison des repas).</p>

Le nombre de membres du personnel d'encadrement doit être adapté aux effectifs impliqués dans le nettoyage. Les superviseurs sont essentiels pour former et informer les employés des services de l'environnement, et pour s'assurer que les protocoles de ces services sont suivis.

### 7.1.3 Services contractuels

Si les services de l'environnement sont sous-traités à l'extérieur, il est essentiel que les exigences de la PCI et de Santé au travail soient définies dans le contrat passé avec le service contractuel. Bien que ces exigences puissent être attribuées au sous-traitant dans le contrat, le FSLD demeure responsable et doit s'assurer que le sous-traitant a mis en œuvre ces mesures d'une manière conforme à l'intention exprimée dans le contrat.

Le contrat doit assurer des points suivants :

- les attentes sont claires en matière de respect des normes de nettoyage, de fréquence de nettoyage, de nécessité de formation continue et de vérification et retour d'information périodiques afin de s'assurer d'un nettoyage efficace;
- le personnel du sous-traitant collabore avec le personnel médical du FSLD, de la PCI et de SST;
- le sous-traitant communique toute formation obligatoire au personnel et est responsable de la santé des employés\*;
- les politiques de SST du sous-traitant sont alignées sur celles du FSLD en matière de politiques de PCI, de vaccination du personnel, de signalement et gestion des expositions dans le FSLD, et de l'examen et la gestion des éclosions;
- il y a suffisamment de souplesse pour permettre une évolution du niveau des effectifs et des protocoles de nettoyage lorsque cela est nécessaire (ce qui peut avoir des conséquences sur le coût des services).

## 7.2 Favoriser et maintenir un environnement propre

### 7.2.1 Choix des surfaces, finitions, meubles et matériels

Le nettoyage et la désinfection sont plus difficiles dans des environnements dont les surfaces, les finitions, l'ameublement et le matériel sont difficiles à nettoyer, comme les meubles tapissés et les moquettes. Les surfaces, finitions, meubles et matériels situés dans les zones réservées aux soins des résidents du FSLD<sup>†</sup> doivent :

- pouvoir être nettoyés;

---

\* Le FSLD doit tout de même faire une orientation du lieu de travail pour le personnel du sous-traitant (p. ex., emplacement des ÉPI, examen des pictogrammes relatifs aux précautions supplémentaires).

† Les zones de soins pour les résidents incluent les chambres des résidents, les parties communes utilisées par les résidents et toute zone utilisée aux fins de soins même si les résidents ne sont pas présents dans ces zones (p. ex., locaux de fournitures propres et souillées, postes infirmiers, zones de préparation des médicaments).

- être compatibles avec les produits de nettoyage et de désinfection pour hôpitaux déjà en usage dans le FSLD<sup>‡</sup>.

Pour s'assurer que les surfaces, finitions, meubles et matériels dans les zones réservées aux soins des résidents soient correctement choisis, le FSLD doit avoir une politique qui :

- définisse les critères de sélection des surfaces, finitions, meubles et matériels utilisés dans les zones destinées aux soins des résidents, notamment la nécessité pour ces surfaces, finitions, meubles et matériels d'être lavables;
- impose que les services de PCI, SST et de l'environnement prennent part au choix des surfaces, finitions, meubles et matériels afin de s'assurer qu'ils sont lavables avec les produits de nettoyage et de désinfection disponibles. Les services de PCI, SST et de l'environnement doivent être partie prenante dans le processus décisionnel en ce qui concerne le choix du matériel, des meubles et des finitions du FSLD.

Lors du choix des surfaces, finitions (p. ex., planchers) et meubles (p. ex., matelas, chaises), le service de PCI doit rechercher des produits faciles à désinfecter. Les caractéristiques qui facilitent le nettoyage et la désinfection incluent :

- lavable;
- facile à entretenir et réparer;
- ne retient pas l'humidité;
- non poreux et sans joints.

---

Ne pas acheter de matériel qui ne peut pas être nettoyé et désinfecté avec les produits de nettoyage et de désinfection pour hôpitaux qui sont utilisés dans votre FSLD.

---

---

<sup>‡</sup> Les FSLD ne doivent utiliser qu'un nombre limité de produits de nettoyage et de désinfection (consulter la [Section 7.3 Choix des produits de nettoyage, désinfectants, lingettes désinfectantes et chiffons](#)). Les surfaces, finitions, meubles ou matériels neufs ne pouvant pas être nettoyés et désinfectés avec les produits de nettoyage et de désinfection déjà utilisés dans le FSLD ne doivent pas être achetés. Le cas échéant, un matériel équivalent pouvant être nettoyé et désinfecté avec les produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans le FSLD doit être choisi. Cela réduit le risque d'endommager le matériel par l'utilisation d'un produit non adapté, limite le risque d'un nettoyage et d'une désinfection inadéquats, améliore la sécurité du personnel et réduit les coûts.

## 7.2.2 Considérations relatives à des types spécifiques de surfaces, finitions, meubles et matériels

### 7.2.2.1 Meubles tapissés

Les meubles en tissu ou tapissés sont difficiles à désinfecter et doivent être évités dans les zones destinées aux soins des résidents<sup>§</sup>. Les FSLD qui ont des meubles en tissus ou tapissés devraient les remplacer par des alternatives lavables. En attendant, les FSLD doivent prendre des mesures pour réduire le risque de contamination microbienne :

- recouvrir les meubles en tissu ou tapissés avec des tissus hydrophobes, non poreux et qui peuvent être nettoyés avec un désinfectant;
- s'assurer du nettoyage régulier, planifié et au moment opportun des meubles tapissés;
- examiner de façon régulière que les meubles tapissés ne sont pas endommagés. Les retirer immédiatement s'ils sont usés, déchirés ou contaminés par du sang ou d'autres liquides organiques et les remplacer par des meubles non tapissés lavables.

### 7.2.2.2 Rideau d'intimité en tissu

Idéalement, l'utilisation de rideaux d'intimité en tissu doit être évitée lorsque cela n'est pas nécessaire, ou remplacé par une alternative (p. ex., écran d'intimité lavable avec des lingettes). Si des rideaux d'intimité en tissu sont utilisés, le FSLD doit s'assurer que ces rideaux sont :

- lavés à des températures qui assurent la désinfection;
- retirés, nettoyés et désinfectés immédiatement s'ils sont contaminés par du sang ou des liquides organiques, ou s'ils sont visiblement souillés;
- changés :
  - après le congé ou le transfert du résident;
  - avant l'admission d'un nouveau résident dans la chambre;
  - selon un calendrier régulier (p. ex., chaque mois);
  - à tout moment lorsque les précautions supplémentaires dont fait l'objet un résident sont arrêtées.

---

<sup>§</sup> Les résidents ou leurs familles peuvent choisir des meubles pour leurs propres chambres. Les résidents et les familles peuvent être encouragés à choisir des options sûres et lavables, mais peuvent tout de même choisir des meubles tapissés. Dans le cas où un résident meuble sa chambre avec des meubles tapissés, lorsque ce résident sort ou décède, les meubles doivent être retirés de la chambre et non réutilisés pour d'autres résidents.

### 7.2.2.3 Moquettes

Les moquettes sont difficiles à nettoyer efficacement, elles peuvent moisir lorsqu'elles sont mouillées et ont été exposées à des infections ou des éclosions. Elles peuvent également être un obstacle pour les appareils d'aide à la mobilité et peuvent aggraver le risque de chute. Les moquettes ne devraient pas être utilisées dans les FSLD.

Les FSLD qui ont des moquettes dans les zones réservées aux soins des résidents devraient les retirer. Les résidents ne doivent pas être présents lors du retrait d'une moquette.

### 7.2.2.4 Matériel

Le matériel choisi pour être utilisé dans un FSLD doit être lavable et compatible avec les produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans le FSLD. En outre, il est important que :

- le matériel inclut des instructions écrites du fabricant pour le nettoyage et la désinfection;
- pour le matériel qui nécessite d'être désassemblé et réassemblé pour le nettoyage, des instructions détaillées avec images devraient être fournies par le fabricant et le personnel doit être formé sur le processus de nettoyage et de désinfection avant que le matériel ne soit installé dans le FSLD (p. ex., appareils de levage mécaniques, chaises ou lits spécialisés).

Les normes de nettoyage et de désinfection utilisées pour l'ensemble du matériel présent dans le FSLD s'appliquent également au matériel apporté dans le FSLD par des agences externes et emmené hors site pour le nettoyage et la désinfection.

Remarque : le matériel de nettoyage utilisé par le personnel des services de l'environnement (p. ex., manches de vadrouille, seaux) doit également être lavable et être conforme à toutes les exigences décrites ci-dessus.

### 7.2.2.5 Matelas

Les FSLD doivent fournir des matelas et oreillers adaptés à un usage en hôpital et ils doivent être lavables et résistants à la pénétration par du sang et des liquides organiques.

Les résidents doivent être dissuadés d'utiliser leurs propres matelas ou oreillers. Dans le cas où un résident fournirait son propre matelas ou oreiller, retirer le matelas et l'oreiller si le résident quitte l'établissement ou décède, et ne pas les réutiliser pour un autre résident.

### 7.2.2.6 Housses en plastique

Des housses en plastique peuvent être utilisées pour protéger les articles et matériels difficiles à protéger des contaminations (p. ex., couvre clavier). Si des housses en plastique sont utilisées, les pratiques suivantes doivent être suivies :

- les housses en plastique doivent être nettoyées avec des produits désinfectants compatibles avec la housse;

- les housses en plastique doivent être nettoyées régulièrement, ainsi qu’entre deux résidents et lorsqu’elles sont visiblement sales;
- les housses en plastique doivent être inspectées régulièrement pour détecter tout dommage et un processus doit être mis en place pour s’assurer du signalement, de l’élimination et du remplacement des housses en plastique endommagées;
- les FSLD doivent utiliser des matelas et oreillers adaptés à une utilisation en hôpital qui soient lavables et ne nécessitent pas de housse en plastique (voir la [Section 7.2.2.5 Matelas](#)).

### 7.2.2.7 Matériel électronique

Lorsque les FSLD achètent du matériel électronique devant être utilisé dans les zones dédiées aux soins des résidents, ce matériel doit être lavable et compatible avec les produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans l’établissement de santé. En outre, le matériel électronique doit, lorsque c’est possible, être prévu pour une utilisation dans les milieux de santé et livré avec des instructions du fabricant pour le nettoyage et la désinfection. Les services de l’environnement, de PCI et de SST doivent être consultés en tant qu’intervenants clés avant l’achat de nouveau matériel électronique devant être utilisé dans les zones dédiées aux soins.

### 7.2.3 Maintenir un environnement lavable

En plus de choisir des surfaces, finitions, meubles et matériels lavables, il est essentiel de maintenir l’environnement de telle sorte qu’il permette un nettoyage efficace. Les recommandations clés pour atteindre cet objectif incluent :

- éviter le désordre dans les zones réservées aux soins des résidents;
- éviter d’appliquer du ruban adhésif ou des autocollants sur les surfaces ou le matériel, ce qui nuit à un nettoyage et une désinfection efficaces et peut être difficile à retirer;
- **inspecter les surfaces, finitions, meubles et matériels de façon régulière, et retirer, réparer ou remplacer les surfaces, finitions, meubles et matériels qui sont déchirés, craqués, endommagés ou ont subi une contrainte et ne sont peut-être plus lavables — cela inclut le retrait de ruban adhésif ou d’autocollants de la zone avant le nettoyage.**

## 7.3 Choix des produits de nettoyage, désinfectants, lingettes désinfectantes et chiffons

Les FSLD doivent sélectionner les produits de nettoyage et les désinfectants adaptés à l’hôpital en accord avec les services de l’environnement, de PCI et de SST, ainsi qu’avec le personnel de première ligne qui utilisera ces produits et matériels, afin de s’assurer qu’ils sont efficaces, sûrs à utiliser par le personnel, qu’ils limitent les risques de blessures pour le personnel grâce à une conception ergonomique et qu’ils sont conformes aux exigences et normes de nettoyage de la PCI.

### 7.3.1 Choix des produits de nettoyage et de désinfection

Le nettoyage et la désinfection sont des processus différents et distincts.

Le nettoyage consiste à éliminer la saleté, la poussière, la graisse, le sang, les liquides organiques et tout autre matériau étranger des surfaces ou des objets. Un nettoyage efficace élimine physiquement la plupart des micro-organismes, mais ne les tue pas forcément. Le nettoyage est essentiel avant la désinfection; les surfaces sales ne pouvant pas être désinfectées correctement. Les produits de nettoyage sont conçus pour éliminer la saleté, les débris, la graisse et les matériaux organiques et fonctionnent le mieux lorsqu'ils sont combinés avec un brossage vigoureux à « l'huile de coude ».

La désinfection est un processus qui tue les micro-organismes présents sur une surface. Les désinfectants contiennent des agents actifs à cette fin. Les désinfectants doivent être uniquement utilisés pour désinfecter, et non comme produits de nettoyage général. Il faut d'abord effectuer un nettoyage avec un produit nettoyant, suivi d'une désinfection avec un produit désinfectant.

Les nettoyeurs-désinfectants en une étape sont des produits qui contiennent à la fois des agents nettoyants et désinfectants, et ces produits peuvent être utilisés pour nettoyer et désinfecter en même temps.

Les produits nettoyants et désinfectants choisis pour un FSLD :

- Doivent être :
  - approuvés par les services de PCI, de SST et de l'environnement;
  - compatibles avec les surfaces et matériels à nettoyer et à désinfecter;
  - utilisés dans le respect des recommandations du fabricant en matière de dilution, de température, de durée de contact et de dureté de l'eau;
  - utilisés en respectant la fiche technique de sécurité du produit.
- Doivent avoir un identifiant DIN de Santé Canada (pour les désinfectants ou les produits nettoyants qui contiennent un désinfectant) \*\*.
- Doivent être actifs contre les micro-organismes qui provoquent les infections dans les FSLD<sup>††</sup>.
- Doivent être des désinfectants pour hôpitaux (remarque : les désinfectants pour hôpitaux sont des produits désinfectants conçus pour être utilisés dans les milieux de santé, notamment les FSLD).

---

\*\* Remarque : les désinfectants à base d'hypochlorite de sodium (eau de Javel) et d'alcool sont des exceptions et ne nécessitent pas d'identifiant DIN, tant qu'ils sont utilisés à une concentration adéquate. Les désinfectants en une étape qui comportent de l'eau de Javel ou de l'alcool en plus d'un agent de nettoyage nécessitent un identifiant DIN.

†† *C. auris* est un problème majeur dans les FSLD aux États-Unis et pourrait le devenir au Canada. Les composés d'ammonium quaternaire ne sont pas efficaces contre *C. auris*. Il faut prendre ce fait en considération lors du choix du désinfectant qui sera utilisé dans le FSLD.

- Doivent être simples et faciles à utiliser.
  - Les nettoyeurs et désinfectants qui ne nécessitent pas de dilution sont préférables. Les produits qui nécessitent une dilution doivent être simples à préparer et à utiliser avec la dilution appropriée.
  - Les désinfectants qui laissent les surfaces humides pendant la durée de contact requise, et qui ont une durée de contact courte, sont préférables.
  - Les nettoyeurs et désinfectants en une étape sont préférables.
- Doivent pouvoir être utilisés sans danger pour le personnel et les résidents.
  - Les produits doivent, autant que possible, être non toxiques, non irritants et avoir une odeur acceptable (ou pas d'odeur).
  - Les considérations d'inflammabilité et d'entreposage sans danger sont importantes.
- Le coût et l'impact pour l'environnement sont également à prendre en considération.
  - Éviter les désinfectants qui sont dangereux pour l'environnement et qui ne sont pas biodégradables facilement (p. ex., composé d'ammonium quaternaire).

Les FSLD doivent sélectionner le minimum de produits nettoyeurs et désinfectants nécessaires pour répondre aux besoins de nettoyage et de désinfection. Cela réduit les besoins de formation du personnel et limite les erreurs potentielles. Lorsque trop de produits sont disponibles, le choix du mauvais produit peut entraîner une désinfection inefficace, endommager les surfaces et le matériel, ou les deux.

### 7.3.2 Choix des lingettes désinfectantes ou des chiffons

Une désinfection efficace peut être obtenue en utilisant un chiffon imbibé de désinfectant ou une grande lingette désinfectante (remarque : les petites lingettes désinfectantes peuvent être utilisées pour désinfecter de petits matériels qui passent de résident en résident et sont généralement nettoyés par l'utilisateur, tels que les moniteurs de signes vitaux, mais ne doivent PAS être utilisées pour nettoyer et désinfecter de grandes surfaces ou du matériel plus complexe).

Lors du choix de lingettes désinfectantes pour une utilisation dans un FSLD :

- le service de PCI, de SST et les services de l'environnement devraient être impliqués dans le choix des lingettes prêtes à l'emploi;
- l'agent actif dans les lingettes doit être un désinfectant pour hôpital et les lingettes doivent être approuvées par Santé Canada et avoir un identifiant DIN. Les produits désinfectants à base d'alcool doivent avoir un numéro de produit naturel;
- les propriétés détergentes et désinfectantes des lingettes, les informations sur leur efficacité et les instructions d'utilisation du fabricant (MIFU) doivent être évaluées.

Les chiffons utilisés pour le nettoyage et la désinfection peuvent être des chiffons traditionnels ou en microfibre. Les chiffons en microfibre retiennent plus d'eau et nécessitent moins de désinfectant. Lorsqu'ils sont saturés de désinfectant, les chiffons en microfibre peuvent être plus efficaces que les chiffons traditionnels. Cependant, les chiffons en microfibre ne sont pas compatibles avec tous les produits de nettoyage et de désinfection. Les fibres peuvent être endommagées par les désinfectants à base de chlore (p. ex., eau de Javel) et de nombreux chiffons en microfibre se lient au composé d'ammonium quaternaire, ce qui réduit la concentration de désinfectant appliqué à la surface. Les instructions d'utilisation du fabricant doivent être lues attentivement pour s'assurer que le chiffon en microfibre est compatible avec les produits de nettoyage utilisés dans le FSLD.

Les chiffons traditionnels et en microfibre peuvent propager des organismes d'une surface à une autre, augmentant ainsi la contamination, s'ils ne sont pas entretenus, nettoyés et utilisés correctement. L'efficacité des deux types de chiffons diminue dans le temps en raison des lavages et de l'utilisation répétés.

Lorsque des chiffons en microfibre sont utilisés, observer les instructions du fabricant et s'assurer que :

- tous les produits de nettoyage utilisés pour le nettoyage sont compatibles avec le chiffon;
- le chiffon est correctement lavé et désinfecté entre chaque utilisation avec une méthode qui n'endommage pas le chiffon<sup>\*\*</sup>.

## 7.4 Pratiques générales de nettoyage pour obtenir une propreté de niveau « milieu de santé »

Les exigences de nettoyage, notamment le type et la fréquence du nettoyage, sont différentes pour les zones destinées aux soins des résidents (p. ex., chambres des résidents, postes infirmiers, salle d'activités, zones de préparation des médicaments, locaux de service pour matériel propre et souillé) et pour les zones non médicales (p. ex., bureaux administratifs, vestiaires du personnel, halls d'entrée).

### 7.4.1 Exigences de nettoyage et de désinfection dans les établissements de soins de santé

Les zones non médicales doivent être nettoyées régulièrement pour éliminer la saleté et la poussière, jeter les déchets et maintenir un environnement visiblement propre. Les zones réservées aux soins des résidents, ainsi que les toilettes publiques, nécessitent un nettoyage plus intensif et complet pour réduire la contamination des micro-organismes pouvant causer des infections.

Le nettoyage requis pour les zones non médicales et médicales est parfois appelé « propreté hôtelière » (pour les zones non médicales) et « propreté hospitalière » (pour les zones médicales). Pour être plus inclusifs par rapport aux FSLD, nous utiliserons le terme « propreté pour milieu de santé » dans ce document.

---

<sup>\*\*</sup> Certains chiffons en microfibre peuvent être endommagés ou leur efficacité peut être réduite s'ils sont lavés à haute température, s'ils sont lavés avec des produits de lavage non adaptés, ou s'ils sont lavés avec un adoucisseur ou des fibres biologiques dans la même lessive.

Des exemples de zones qui nécessitent uniquement la propreté hôtelière incluent les bureaux administratifs, les salles publiques, les vestiaires du personnel ou les salles de repos du personnel. Des exemples de zones qui requièrent une propreté pour milieu de santé incluent les chambres des résidents, les salles d'activités ou de repos des résidents et les zones réservées aux repas des résidents. Tous les cabinets de toilette utilisés par les résidents doivent bénéficier d'une propreté pour milieu de santé.

---

Les zones de soins pour résidents doivent avoir la priorité pour le nettoyage de l'environnement et ces zones doivent avoir leurs propres protocoles de nettoyage et suffisamment de personnel des services de l'environnement pour permettre un nettoyage plus fréquent et plus intensif.

---

La fréquence et la méthode de nettoyage doivent être clairement définies dans les politiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement du FSLD, et des procédures et des protocoles spécifiques doivent être élaborés pour le nettoyage et la désinfection des zones réservées aux résidents. Voir la [Section 7.1.1 Politiques et procédures](#).

#### 7.4.1.1 Éléments d'une propreté hôtelière

- Les sols et plinthes sont dénués de taches, de poussière visible, de coulures et de traînées.
- Les murs, plafonds et portes sont dénués de poussière visible, de souillures importantes, de traînées, de toiles d'araignées et de traces de doigts.
- Toutes les surfaces horizontales sont dénuées de poussière visible et de traînées (notamment les meubles, rebords de fenêtres, plafonniers, téléphones, cadres, moquettes, etc.).
- Les éléments de salle de bain, notamment les toilettes, lavabos, baignoires et douches sont dénués de traînées, souillures, taches et traces de savon.
- Les miroirs et fenêtres sont dénués de poussière et de traînées.
- Les distributeurs sont dénués de poussière, de souillures et de résidus, et sont remplacés/remplis lorsqu'ils sont vides.
- Les appareils sont dénués de poussière, de souillures et de traînées.
- Les déchets sont éliminés de façon appropriée.
- Les éléments cassés, usés, craqués ou en panne sont remplacés.

### 7.4.1.2 Éléments d'une propreté pour milieu de santé



## 7.4.2 Méthodes de nettoyage et de désinfection

Les méthodes de nettoyage et de désinfection incluent l'utilisation appropriée des produits de nettoyage, désinfectants, lingettes désinfectantes et chiffons.

### 7.4.2.1 Utilisation des produits de nettoyage et des désinfectants

Avant le nettoyage, les matériaux qui peuvent interférer avec le nettoyage et la désinfection doivent être retirés de la surface ou de l'objet à nettoyer (p. ex., ruban adhésif).

Le nettoyage doit être fait avant, ou en même temps, que la désinfection afin d'éliminer la saleté, la graisse, les liquides organiques ou toute autre substance qui pourraient interférer avec la désinfection. Un nettoyage efficace implique un brossage suffisant (à « l'huile de coude ») de la surface pour en assurer la propreté.

Par la suite, ou en même temps, le nettoyage, la désinfection peut avoir lieu. Un désinfectant pour hôpitaux est adapté pour désinfecter les surfaces et le matériel non critique utilisé pour les soins des résidents. Le matériel non critique est le matériel destiné uniquement à entrer en contact avec la peau non abîmée (p. ex., oxymètre de pouls, appareil de levage mécanique, brassard de tensiomètre).

Les désinfectants doivent être utilisés selon les instructions d'utilisation du fabricant, particulièrement en ce qui concerne la dilution et la durée de contact. Il faut porter des ÉPI adaptés au produit utilisé.

Lorsque des systèmes distributeurs sont utilisés dans le FSLD pour préparer et distribuer le désinfectant à la concentration appropriée, le FSLD doit vérifier régulièrement que le système fonctionne correctement (c.-à-d., calibrage des distributeurs, utilisation des bandelettes de test du fabricant). Il doit y avoir un système en place pour s'assurer que le désinfectant utilisé reste actif dans le temps (p. ex., tests fréquents du produit, vérification régulière de la date de péremption).

Pour obtenir des renseignements sur la concentration et la durée de contact recommandées pour les désinfectants habituellement utilisés dans les établissements de soins de santé, consulter le document du CCPMI-IPC 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*, [Annexe 1 : Avantages et inconvénients des désinfectants et sporicides courants pour le nettoyage de l'environnement](#)<sup>173</sup>.

#### 7.4.2.2 Utilisation des lingettes désinfectantes

Garder les lingettes mouillées (en maintenant le couvercle de la boîte fermé) et jeter les lingettes qui ont séché ou dont la date de péremption est dépassée.

Suivre les recommandations du fabricant pour :

- entreposer les lingettes;
- réutiliser les boîtes (les boîtes qui ne sont pas propres et désinfectées peuvent contenir des micro-organismes et contaminer les lingettes);
- utiliser les lingettes (pour s'assurer que la durée de contact appropriée soit respectée).

Utiliser tous les ÉPI nécessaires lors de l'utilisation de lingettes, comme indiqué sur la fiche technique de sécurité (p. ex., porter des gants pour manipuler les lingettes, le cas échéant).

Les petites lingettes désinfectantes prêtes à l'emploi peuvent être utilisées pour désinfecter le petit matériel qui passe de résident en résident et qui est généralement nettoyé par l'utilisateur, comme les moniteurs de signes vitaux, mais elles ne doivent PAS être utilisées pour nettoyer et désinfecter de grandes surfaces ou du matériel plus complexe.

#### 7.4.2.3 Utilisation de chiffons (notamment les chiffons en microfibre)

Utiliser un nouveau chiffon ou tête de vadrouille pour passer d'une chambre de résident à une autre. Dans les chambres partagées, utiliser un nouveau chiffon ou tête de vadrouille pour passer de l'espace de lit d'un résident à un autre. Si la tête de la vadrouille devient sale, il faut changer la tête de la vadrouille pour passer à d'autres zones de l'environnement réservé aux résidents.

### 7.4.3 Fréquence du nettoyage périodique

La contamination et la recontamination de l'environnement sont un processus continu et permanent. Le nettoyage et la désinfection ne créent pas un environnement stérile totalement dénué de micro-organismes. L'objectif est de réduire la contamination à des niveaux qui limitent considérablement le risque de transmission des infections. Pour cela, toutes les zones, surfaces et objets dans les zones réservées aux soins des résidents doivent être nettoyés à intervalles réguliers selon les politiques et procédures du FSLD.

La fréquence du nettoyage doit être définie selon le risque de contamination et le risque de transmission aux résidents et au personnel. Certaines considérations à prendre en compte pour définir la fréquence incluent :

- **Surfaces peu ou souvent touchées**

- Les **surfaces souvent touchées** (c.-à-d., les surfaces souvent touchées par les résidents ou le personnel), telles que les poignées de porte, ridelles de lit, chasse d'eau des toilettes et téléphones, sont plus souvent contaminées par des micro-organismes que les **surfaces peu touchées** (c.-à-d., les surfaces qui sont rarement touchées par les résidents ou le personnel), comme les plafonds, murs, sols et rebords de fenêtres) (consulter les [Annexe D](#) et [Annexe E](#)).

- **Niveau de contamination des objets et surfaces**

- Les zones peuvent également être divisées selon le niveau de **contamination léger, modéré et élevé**, selon que la zone est plus ou moins exposée au sang ou aux liquides organiques. Par exemple, les zones qui ne sont habituellement pas en contact avec du sang ou des liquides organiques, tels que les salons ou bibliothèques, peuvent être considérées comme légèrement contaminées. Les zones qui sont régulièrement contaminées par du sang ou des liquides organiques, mais dans lesquelles ces liquides sont confinés ou rapidement éliminés, telles que les chambres ou les cabinets de toilette des résidents, peuvent être considérées comme modérément contaminées. La chambre ou la salle de bains d'un résident atteint d'incontinence fécale, de diarrhée ou de vomissements doivent être considérées comme fortement contaminées.

- **Vulnérabilité des résidents**

- La vulnérabilité des résidents est un autre facteur à prendre en compte pour définir la fréquence de nettoyage. Les zones qui hébergent un grand nombre de résidents présentant un risque élevé d'infection, tels que les résidents immunodéprimés ou les résidents avec des appareils invasifs (p. ex., sonde de Foley, perfusion intraveineuse, perfusion de dialyse), doivent être nettoyées plus souvent que les autres zones réservées aux soins des résidents.

En se basant sur les considérations ci-dessus, les principes suivants peuvent être utilisés pour définir la fréquence de nettoyage :

- les surfaces peu touchées dans les zones réservées aux soins des résidents doivent être nettoyées régulièrement, et lorsqu'elles sont visiblement sales, qu'elles ont été souillées, que des liquides ont coulé ou lorsqu'un nettoyage après congé, transfert ou décès a été réalisé;
- de nombreuses surfaces peu touchées ne nécessitent pas de nettoyage quotidien tant qu'il y a un calendrier régulier de nettoyage (p. ex., tous les deux jours ou chaque semaine) et que les surfaces sont nettoyées rapidement lorsqu'elles sont visiblement sales (p. ex., le matelas d'un résident n'a pas besoin d'être nettoyé quotidiennement);
- les surfaces souvent touchées doivent être nettoyées au moins chaque jour;
- les surfaces dans les zones de soins des résidents vulnérables, et les surfaces et matériels à risque élevé ou modéré de contamination, doivent être nettoyées plus souvent que les autres surfaces et matériels.

En s'appuyant sur les critères ci-dessus, chaque zone ou service d'un FSLD peut faire l'objet d'une évaluation et se voir attribuer une note de risque pour le nettoyage, comme illustré dans le document de PCI 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*, [Annexe 21](#)<sup>173</sup>. La note obtenue fait référence à un niveau spécifique de fréquence de nettoyage périodique. La note de risque et la fréquence de nettoyage doivent être réévaluées périodiquement, étant donné que les risques changent en fonction de l'évolution de la population des résidents ou de la mise en œuvre de différentes pratiques. En règle générale, le nettoyage de toutes les zones de soins et toilettes publiques doit être fait au moins quotidiennement.

## 7.4.4 Approche pour le nettoyage régulier des chambres et espaces de lit des résidents et des autres zones de soins pour résidents

### 7.4.4.1 Nettoyage régulier des chambres des résidents

Le nettoyage de niveau propreté milieu de santé des chambres des résidents doit suivre une procédure normalisée qui comprend chacun des points suivants :

- **Évaluation**
  - Déterminer si l'état de santé du résident peut poser un problème pour un nettoyage en toute sécurité (p. ex., résident agité), en notifier l'équipe médicale et reporter le nettoyage si des inquiétudes sont soulevées.
  - Déterminer si le résident est soumis à des précautions supplémentaires et si des ÉPI supplémentaires ou des procédures de nettoyage et de désinfection spéciales sont nécessaires (consulter la [Section 7.7 Pratiques de nettoyage et de désinfection pour les situations particulières](#)).
  - Faire le tour de la chambre pour déterminer ce qui doit être remplacé (p. ex., papier hygiénique, essuie-tout, savon, DMBA, gants) et si des matériels spéciaux doivent être nettoyés — cela peut se faire avant ou pendant le processus de nettoyage.
- **Préparation**
  - Rassembler toutes les fournitures et le matériel nécessaires pour le nettoyage de la chambre avant de commencer.
  - Observer les pratiques de base et précautions supplémentaires.
  - Respecter l'hygiène des mains avant d'entrer dans la chambre ou l'espace de lit (pour une chambre partagée).
  - Porter des ÉPI supplémentaires si nécessaire afin d'éviter d'être exposé à du sang ou des liquides organiques ou si des pictogrammes relatifs aux précautions supplémentaires l'indiquent.

- Retirer les gants et les autres ÉPI, puis applique les mesures d'hygiène des mains à la sortie de la chambre.\*
- **Nettoyage et désinfection**
  - Travailler du plus propre au plus sale (afin d'éviter de déplacer la saleté et les micro-organismes des zones sales vers les zones plus propres) et de haut en bas (afin d'éviter que la saleté ou les micro-organismes ne tombent et recontaminent les zones déjà nettoyées).
- **Élimination des déchets**
  - Collecter et retirer les déchets de la chambre.
- **Réapprovisionner la chambre**
  - Remplacer par des fournitures propres et éviter de surentreposer.

Consulter le document du CCPMI-IPC 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*, [Annexe 4](#) pour un exemple de procédure de nettoyage quotidien d'une chambre et [Annexe 5](#) pour le nettoyage de la salle de bains d'un résident<sup>173</sup>. Des aides visuelles sont proposées par SPO pour le nettoyage quotidien de la [chambre](#) et de la [salle de bains](#) d'un résident<sup>175,176</sup>. Selon le principe du nettoyage du plus propre au plus sale, les cabinets de toilette des chambres doivent être nettoyés en dernier, après avoir terminé le nettoyage de la chambre. Après avoir nettoyé la salle de bains, les gants doivent être retirés et l'hygiène des mains effectuée.

#### 7.4.4.2 Nettoyage de la chambre d'un résident après le congé, le transfert ou le décès

Lorsqu'un résident sort, est transféré ou lorsque des précautions supplémentaires sont arrêtées, la chambre ou l'espace de lit doit être nettoyé et désinfecté en profondeur avant que le résident suivant n'occupe le lieu afin d'empêcher le transfert de micro-organismes au nouveau résident. Le nettoyage et la désinfection en cas de congé, de transfert ou de décès comprennent plusieurs étapes non requises lors du nettoyage quotidien (consulter la [Section 7.4.4.1 Nettoyage périodique des chambres des résidents](#)) et nécessitent une coopération étroite entre le personnel médical et le personnel de nettoyage.

En règle générale, le personnel médical est responsable des points suivants :

- retrait et élimination des fournitures médicales;
- retrait ou élimination du matériel médical, notamment le matériel d'oxioxygénothérapie;

---

\* L'hygiène des mains est nécessaire à chaque entrée et sortie de la chambre ou de l'espace de lit. Si des gants ou d'autres ÉPI sont portés, les retirer et en mettre de nouveaux à chaque entrée et sortie de la chambre ou de l'espace de lit.

- vider les objets contenant du sang ou des liquides organiques, et retirer les objets ou le matériel potentiellement contaminés par du sang ou des liquides organiques (p. ex., élimination des poches et tubulures de perfusion intraveineuse et des poches de recueil de cathéters urinaires, vider les bassins/chaises d'aisance/urinals/cuvettes et vider les bouteilles d'aspiration);
- si le résident est décédé ou est définitivement sorti du FSLD, ses objets personnels, notamment ses accessoires de toilette (p. ex., savon, crèmes, rasoir, brosse à dents, peigne, livres, magazines, aides thérapeutiques) doivent être emportés avec lui ou jetés et ne doivent pas être donnés ou utilisés par un autre résident;
- si le résident n'est plus soumis aux précautions supplémentaires, ses objets personnels qui peuvent avoir été contaminés et pourraient entraîner une réinfection doivent être jetés (p. ex., brosse à dents), et les vêtements et le linge doivent être lavés.

Une fois ces tâches terminées, le personnel de nettoyage peut réaliser le nettoyage de congé, de transfert ou de décès dans la chambre, en observant les étapes décrites dans le document du CCPMI-IPC 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*, [Annexe 6](#)<sup>173</sup>.

#### 7.4.4.3 Nettoyage planifié d'une chambre de résident

En plus du nettoyage quotidien et du nettoyage de congé, de transfert ou de décès des chambres de résidents, d'autres tâches de nettoyage doivent être planifiées pour être réalisées régulièrement dans la chambre d'un résident, notamment :

- dépoussiérage complet de la chambre (voir plus bas);
- nettoyage des plinthes et des coins;
- retrait et lavage des rideaux d'intimité;
- lavage des rideaux de fenêtres;
- dépoussiérage des stores.

Toutes ces activités doivent être planifiées périodiquement pour maintenir un environnement propre, sans saleté ni poussière. Dans tous les cas, le nettoyage doit être réalisé immédiatement en cas de contamination ou de salissure importante. La fréquence appropriée pour le changement des rideaux d'intimité (ou de toute autre solution qui minimise le besoin de lavage des rideaux d'intimité) est abordée ci-dessus (consulter la [Section 7.2.2.2 Rideaux d'intimité en tissu](#)). Pour les autres tâches énumérées, les FSLD doivent déterminer la fréquence minimale requise pour maintenir un environnement propre, sans saleté ni poussière. Au minimum, l'époussetage complet et le nettoyage des plinthes doivent être faits chaque semaine, les stores et rideaux des fenêtres doivent être époussetés tous les mois, et les rideaux des fenêtres doivent être lavés au moins une fois par an. Ces fréquences sont minimales. Des nettoyages plus fréquents peuvent être nécessaires pour maintenir des niveaux de propreté appropriés. Pour en savoir plus, consulter l'[Annexe 8](#) du document du CCPMI-PCI 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*<sup>173</sup>.

L'époussetage complet implique le dépoussiérage de toutes les surfaces horizontales et des installations au-dessus du niveau de l'épaule, notamment les événements de ventilation. Lors de l'époussetage complet :

- dépoussiérer lorsque le résident n'est pas dans la chambre afin de réduire au minimum l'exposition aux spores;
- minimiser la diffusion de la poussière en utilisant des aspirateurs avec filtre HEPA et/ou des vadrouilles/plumeau à poussière humides;
- procéder de façon organisée afin de ne pas oublier des zones (p. ex., dans le sens horaire);
- noter et signaler les carreaux de plafond, accessoires fixes ou murs salis ou déplacés, de sorte qu'ils puissent être remplacés ou réparés.

#### 7.4.4.4 Nettoyage de salle de bains dans les chambres des résidents, partie publique et commune ou autres zones de soins pour résidents

Selon le principe du nettoyage du plus propre au plus sale, les salles de bains des chambres des résidents doivent être nettoyées en dernier, après avoir terminé le nettoyage de la chambre.

Les salles de bains des résidents en chambre individuelle doivent être nettoyées quotidiennement, au moment du nettoyage quotidien régulier. Pour les salles de bains dans les chambres partagées, le nettoyage quotidien est une exigence minimale et il peut être utile d'envisager un nettoyage deux fois par jour. Un nettoyage immédiat supplémentaire est nécessaire en cas de liquide renversé ou de contamination importante des surfaces de la chambre. Pour un exemple de procédure de nettoyage des salles de bains des résidents, consulter le document du CCPMI-IPC 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*, [Annexe 5](#)<sup>173</sup>.

Pour les salles de douche ou avec baignoire, le nettoyage et la désinfection doivent être faits après chaque utilisation en conformité avec les instructions du fabricant. Les chaises de baignoire/douche doivent être nettoyées et désinfectées en profondeur entre chaque résident et lorsqu'elles sont sales<sup>173</sup>. Les parois de douche doivent être entièrement frottées et les rideaux de douche changés selon une fréquence supérieure à la fréquence observée pour les douches dans les chambres des résidents, selon la fréquence d'utilisation.

Les salles de bain peuvent être situées en dehors des zones de soins (p. ex., toilettes). Cependant, étant donné que les salles de bains ont un risque élevé de contamination microbienne, elles nécessitent tout de même une propreté de niveau milieu de santé. Cependant, les salles de bains situées dans les parties publiques ou communes peuvent nécessiter un nettoyage plus fréquent en raison d'une utilisation plus intense.

## 7.4.5 Locaux de service/fournitures pour matériels souillés et propres

Un local de service pour matériel souillé est utilisé pour l'entreposage temporaire des fournitures et matériels qui doivent partir au nettoyage ou être jetés et pour l'élimination de petites quantités de déchets humains liquides. Les locaux de service pour matériel souillé doivent :

- être séparés physiquement des autres zones, notamment des zones d'entreposage des fournitures propres;
- avoir un accès restreint pour empêcher les résidents d'y pénétrer;
- avoir un comptoir de travail et un lavabo de service avec robinet mélangeur avec eau chaude et froide. Les pulvérisateurs ne doivent pas être utilisés parce qu'ils produisent une pulvérisation et des aérosols qui augmentent le risque de transmission des infections;
- avoir un lavabo dédié au lavage des mains avec eau chaude et froide;
- avoir un espace suffisant pour permettre l'utilisation du matériel nécessaire pour l'élimination des déchets;
- avoir à disposition des ÉPI pour protéger le personnel lors du nettoyage et de la désinfection;
- être d'une taille adaptée à l'unité et être situé près des zones de soins.

Si un local de service pour matériel souillé est utilisé uniquement pour entreposer temporairement le matériel souillé, le comptoir de travail et le lavabo de service ne sont pas obligatoires. Cependant, des installations pour le nettoyage du matériel médical, comme les bassins et urinals, doivent être fournies ailleurs. Les locaux de service pour matériel souillé ne doivent pas être utilisés pour entreposer du matériel non utilisé/propre.

Un local de service pour matériel propre utilisé pour entreposer les fournitures et le matériel non utilisés/propres doit :

- être séparé de et n'avoir aucune connexion directe avec les locaux de service ou locaux d'entreposage pour matériel souillé;
- maintenir les fournitures protégées de la poussière et de l'humidité et entreposées sans contact avec le sol;
- être à côté des zones de travail et facilement accessibles par le personnel;
- être équipé d'un comptoir de travail et d'un lavabo dédié au lavage des mains s'il est utilisé pour préparer le matériel pour les soins des résidents.

## 7.4.6 Nettoyage des sols

Les sols des établissements de soins de santé peuvent être composés de divers matériaux, selon l'endroit et le type de résidents dans la zone. Il est important d'étudier les recommandations du fabricant pour le nettoyage d'un type particulier de revêtement de sol avant d'élaborer les protocoles de nettoyage. Pour en savoir plus sur les revêtements de sol dans les milieux de santé, consulter la [Section 1.2.1 Sélection des surfaces, des finitions, de l'ameublement et du matériel des zones où sont prodigués les soins aux clients/patients/résidents](#) dans le document du CCPMI-IPC 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*<sup>173</sup>.

### 7.4.6.1 Entretien des sols

Le nettoyage des sols consiste à dépoussiérer le sol avec une vadrouille sèche afin d'éliminer la poussière et les débris, suivi d'un lavage à la vadrouille humide avec un détergent pour le nettoyer. Les sols entrent rarement en contact avec les mains des résidents ou des TS; par conséquent, en conditions normales, l'utilisation de désinfectant n'est pas nécessaire.

Le dépoussiérage à sec avec une vadrouille est destiné à recueillir la poussière et les débris au sol afin de le préparer au lavage à l'eau. Le dépoussiérage à sec peut se faire avec une vadrouille ou un chiffon en microfibre afin de limiter la dispersion des poussières et des débris. Le lavage à l'eau peut se faire avec un seau et une vadrouille, ou avec une vadrouille en microfibre. Les têtes de vadrouille ou chiffons à sec ou humides doivent être changés après avoir été utilisés dans une chambre. Il est essentiel d'utiliser une tête de vadrouille et un chiffon propre pour la chambre suivante afin de ne pas déplacer les micro-organismes d'une chambre à l'autre.

Pour un exemple de procédure de lavage à la vadrouille, consulter le document du CCPMI-IPC 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*<sup>173</sup> :

- [Annexe 9 : Exemple de méthode de nettoyage des planchers à la vadrouille sèche](#)
- [Annexe 10 : Exemple de méthode de nettoyage des planchers au moyen d'une vadrouille humide et d'un seau](#)
- [Annexe 11 : Exemple de méthode de nettoyage des planchers à la vadrouille en microfibre](#)

### 7.4.6.2 Entretien des moquettes

Les moquettes, ou tapis, ne devraient pas être utilisés dans les zones du FSLD réservées aux soins des résidents. Pour les FSLD qui n'ont pas encore retiré toutes les moquettes, un programme rigoureux d'entretien des moquettes est nécessaire jusqu'à la fin du processus d'élimination des moquettes. Ce programme doit inclure les points suivants :

- aspiration quotidienne avec un aspirateur avec filtre HEPA;

- retrait/shampooing régulier planifié;
- réponse rapide en cas de déversement de sang, liquides organiques ou autre liquide.

Pour en savoir plus sur les moquettes dans les établissements de soins de santé, consulter la [Section 1.2.1.4 Moquettes](#) du document du CCPMI-PCI 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*<sup>173</sup>.

## 7.4.7 Entretien et entreposage des fournitures et matériels utilisés pour le nettoyage de l'environnement

### 7.4.7.1 Matériel de nettoyage

Le matériel de nettoyage lui-même doit être nettoyé et désinfecté soigneusement et régulièrement. Si le matériel de nettoyage n'est pas nettoyé et désinfecté, il peut provoquer une dispersion des organismes d'une chambre à une autre lors du nettoyage.

- Les outils et le matériel utilisés pour le nettoyage et la désinfection doivent être nettoyés et séchés entre chaque utilisation (p. ex., vadrouilles, seaux, chiffons).
- Les outils et le matériel de nettoyage utilisés dans une chambre ou un espace de lit soumis aux précautions supplémentaires doivent être nettoyés et désinfectés après utilisation avant d'être utilisés dans une autre chambre ou un autre espace de lit.
- Les têtes de vadrouille doivent être lavées quotidiennement. Toutes les têtes de vadrouille lavées doivent être séchées soigneusement avant d'être rangées.
- Le matériel de nettoyage doit être correctement entretenu et nettoyé, et doit être en bon état.

### 7.4.7.2 Entreposage des fournitures de nettoyage

Tous les produits chimiques de nettoyage et de désinfection doivent être correctement étiquetés et entreposés de sorte à éliminer le risque d'exposition, d'inhalation, de contact avec la peau et de blessure. Les produits chimiques doivent être correctement étiquetés en vertu du règlement [R.R.O. 1990, Règl. 860 : Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail \(SIMDUT\)](#), et une fiche technique de sécurité doit obligatoirement être mise à disposition pour chaque produit pour le cas où il y aurait un accident<sup>26,177</sup>.

Le matériel utilisé pour nettoyer les toilettes (p. ex., brosses, écouvillons) ne doit pas être transporté de chambre en chambre. Si possible, la brosse pour toilettes peut rester dans la salle de bains du résident et être remplacée à intervalle régulier si nécessaire; sinon, il faut envisager d'utiliser des écouvillons jetables. Le matériel de nettoyage et de désinfection pour toilettes doit être jeté immédiatement si un nettoyage après le congé, le transfert ou le décès a été réalisé. Dans les chambres partagées, un système doit être mis en place pour le remplacement des brosses pour toilettes à intervalle régulier ou lorsque nécessaire. Lors du choix d'un outil pour nettoyer les toilettes, il faut envisager l'utilisation d'un matériel qui évite les projections.

#### 7.4.7.2.1 Local de ménage

Il est essentiel que le matériel et les fournitures pour le nettoyage de l'environnement soient utilisés, transportés, entretenus et lavés correctement et en toute sécurité. Pour faciliter ce point, les établissements devraient avoir un nombre suffisant de locaux dédiés à l'entreposage du matériel et des fournitures de nettoyage nécessaires au nettoyage quotidien (local de ménage) et qu'ils soient situés à des endroits commodes d'accès dans le FSLD<sup>177-179</sup>. Ces locaux sont utilisés pour l'entreposage, la préparation et l'élimination des fournitures et matériels de nettoyage<sup>177,179</sup>, et sont différents des locaux de service/fournitures décrits dans la [Section 7.4.5 Locaux de service/fournitures pour matériels souillés et propres](#). Les FSLD peuvent également avoir des locaux de ménage centralisés pour l'entreposage du gros matériel de nettoyage et de grands volumes de fournitures avant leur répartition dans les différentes zones. Au minimum, il doit y avoir au moins un local de ménage dans chaque zone de soins principale<sup>177,178</sup>. En outre, les locaux de ménage :

**Sont** uniquement utilisées comme locaux pour les fournitures de nettoyage où les produits de nettoyage sont préparés puis éliminés après usage; et ne doivent pas être utilisés pour d'autres tâches<sup>177,179</sup>.

#### **Doivent :**

- **être** entretenus selon les bonnes pratiques d'hygiène<sup>24</sup>;
- **avoir** un lavabo dédié au lavage des mains avec eau chaude et froide<sup>177</sup>;
- **avoir** accès à une station de rinçage des yeux<sup>177,180</sup>;
- **avoir** les ÉPI appropriés à disposition, notamment des lunettes de sécurité<sup>6,24</sup>;
- **être** alimentés en eau chaude et froide et avoir un drainage au sol<sup>177,178</sup>;
- **être** bien ventilés et éclairés<sup>177</sup>;
- **être** conçus pour être à pression négative par rapport aux zones environnantes<sup>181</sup>;
- **être** facilement accessibles pour la zone qu'ils desservent<sup>177,178,182</sup>;
- **être** sécurisés avec accès limité au personnel médical et d'assistance<sup>177,178</sup>;
- **être** dimensionnés correctement pour la quantité de matériels, équipements, machines et produits chimiques entreposés et doivent permettre de se déplacer en respectant des postures ergonomiquement correctes<sup>177,178,182</sup>;
- **avoir** un moyen d'entreposer les produits chimiques qui assure que ces produits ne seront pas endommagés et qu'on peut y accéder en toute sécurité<sup>183</sup>.
- Les affaires personnelles, la nourriture et les boissons ne doivent pas être entreposées dans le local de ménage<sup>24</sup>.

#### **Doivent être :**

- bien rangés pour faciliter le nettoyage<sup>184</sup>;
- conçu de façon ergonomique de sorte que, lorsque c'est possible, les seaux puissent être vidés sans avoir à les soulever<sup>177</sup>.

#### 7.4.7.2.2 Chariots de ménage

Les chariots de ménage :

- doivent comporter une séparation entre les articles propres et souillés;
- ne doivent jamais contenir de vêtements personnels ou d'articles de toilette, de nourriture et de boissons<sup>24</sup>;
- doivent être soigneusement nettoyés en fin de journée;
- doivent être équipés d'un compartiment verrouillé pour le rangement des produits dangereux et chaque chariot doit être verrouillé en tout temps lorsqu'il est sans surveillance, et doit être rangé, lorsqu'il n'est pas utilisé, dans un local de ménage verrouillé<sup>28,177,178</sup>.

## 7.5 Nettoyage et désinfection du matériel non critique et des articles spécialisés

### 7.5.1 Nettoyage et désinfection du matériel non critique

Le matériel non critique est le matériel destiné à être en contact avec la peau non abîmée et n'est pas prévu pour entrer en contact avec la peau abîmée (p. ex., plaies), les muqueuses (p. ex., oropharynx) ou les tissus stériles. La plupart des matériels médicaux utilisés dans les FSLD sont non critiques. Par exemple, les moniteurs de signes vitaux, les chaises d'aisance et le matériel de physiothérapie.

Le matériel non critique utilisé par plus d'un résident (p. ex., qui passe d'un résident à un autre) doit être nettoyé et désinfecté après chaque utilisation. Suivre la durée de contact recommandée par le fabricant pour le produit utilisé (consulter le document du CCPMI-IPC 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*, [Annexe 8](#))<sup>173</sup>. La responsabilité pour le nettoyage du matériel entre deux utilisations doit être définie dans les politiques et procédures écrites, et les membres du personnel médical et des services de l'environnement doivent clairement connaître leurs responsabilités quant au nettoyage et à la désinfection du matériel. Pour le matériel déplacé régulièrement entre différents résidents, c'est le personnel qui utilise le matériel qui a la responsabilité finale de s'assurer que le matériel/appareil a été nettoyé et désinfecté avant son utilisation.

Les FSLD doivent avoir un système en place qui permette au personnel de savoir quel matériel est contaminé et quel matériel est propre. Pour cela, et pour éviter toute contamination du matériel propre, le matériel propre doit être entreposé à l'écart du matériel utilisé et souillé. Le matériel propre doit être entreposé dans un local de service pour matériel propre dédié, dans un local pour fournitures propres ou dans une zone propre dédiée. Le matériel usagé peut être entreposé dans un local de service pour matériel souillé. La non-séparation du matériel propre du matériel souillé/utilisé conduit à des erreurs et à la transmission des infections si un matériel déjà utilisé est pris par erreur pour un matériel propre et cela engendre du travail supplémentaire pour le personnel si du matériel propre est confondu avec du matériel souillé.

### Exemple de flux approprié du matériel nettoyé et désinfecté de façon appropriée :

- une infirmière prend un moniteur de signes vitaux dans un local de service pour matériel propre. Le matériel étant dans un local de service pour matériel propre, l'infirmière sait qu'il a été nettoyé et désinfecté;
- les appareils souillés ou utilisés ne doivent jamais être placés dans une zone désignée comme propre s'ils n'ont pas été nettoyés et désinfectés;
- l'infirmière procède à l'hygiène des mains et entre dans la chambre 1 pour vérifier les signes vitaux du résident A;
- l'infirmière doit également enregistrer les signes vitaux du résident B, également dans la chambre 1. Elle nettoie et désinfecte donc le moniteur de signes vitaux, procède à l'hygiène des mains, et passe au résident B;
- après avoir utilisé le moniteur de signes vitaux sur le résident B, l'infirmière peut choisir l'une des deux options suivantes, selon la situation et les politiques et procédures du FSLD :
  - **OPTION 1.** L'infirmière nettoie et désinfecte le moniteur de signes vitaux, procède à l'hygiène des mains et remet le moniteur de signes vitaux dans le local de service pour matériel propre.
  - **OPTION 2.** L'infirmière procède à l'hygiène des mains et place le moniteur de signes vitaux dans un local de service pour matériel souillé, puis procède à l'hygiène des mains. Ensuite, le moniteur de signes vitaux doit être nettoyé avant de quitter le local de service pour matériel souillé pour être utilisé ou entreposé dans un local de service ou une zone dédiée au matériel propre.

---

Le FSLD doit obligatoirement avoir des politiques et procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection du matériel qui définissent clairement la fréquence et le niveau de nettoyage, et qui définissent les responsabilités quant au nettoyage<sup>5</sup>.

---

## 7.5.2 Nettoyage et désinfection du matériel non critique spécialisé

### 7.5.2.1 Matériel électronique

Le matériel électronique d'un FSLD comprend, entre autres, les claviers, ordinateurs portables, tablettes, télévisions et téléphones mobiles, ainsi que le matériel médical électronique, tel que le matériel de surveillance, les pompes de perfusion, etc. Certains de ces matériels électroniques passent de résident en résident (p. ex., pompe à perfusion), et d'autres peuvent rester dans la chambre d'un résident et être retirés si le résident a son congé (p. ex., la télévision du résident).

Le FSLD doit acheter du matériel électronique pouvant être nettoyé efficacement et en toute sécurité avec les produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans le FSLD (pour plus de détails, consulter la [Section 7.2.2.7 Matériel électronique](#) de ce document, ou le document du CCPMI-IPC 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, [Section 1.2.2.3 Matériel électronique](#))<sup>173</sup>. Les produits de nettoyage et de désinfection pour hôpitaux qui n'ont pas été approuvés par le fabricant pour une utilisation sur du matériel électronique peuvent entraîner des risques potentiels de dommages et de dysfonctionnement du matériel, ainsi que des risques potentiels d'incendie et de brûlures.

Pour éviter les dangers :

- obtenir l'étiquetage du fabricant qui peut inclure des instructions sur le nettoyage et la désinfection; ces renseignements peuvent être disponibles sur le site web du fabricant;
- consulter l'étiquetage pour d'éventuelles mises en garde ou avertissements sur l'utilisation d'eau sur le matériel ou son immersion;
- lire les instructions du fabricant relatives au nettoyage et à l'entretien, et s'assurer que l'ensemble du personnel chargé de nettoyer le matériel est formé;
- protéger le matériel de la contamination lorsque cela est possible :
  - placer le matériel de sorte à éviter tout contact avec des projections éventuelles;
  - éviter de poser des objets contaminés sur les surfaces non protégées du matériel;
  - utiliser des protections (p. ex., protection de clavier ou de tablette) sur les surfaces du matériel que vous prévoyez de toucher avec des mains contaminées ou lorsque le contact avec des projections ne peut être évité;
- si le matériel est contaminé par du sang ou d'autres matériaux potentiellement infectieux, suivre les instructions de nettoyage du fabricant pour éliminer le plus possible de souillures; il peut s'avérer nécessaire de retirer le matériel du service pour un nettoyage et une désinfection complets.

Le matériel électronique qui ne peut être nettoyé, désinfecté ou recouvert de façon adéquate ne doit pas être placé dans l'environnement de soins immédiat du résident. Les protections en plastique peuvent être un moyen efficace pour protéger les claviers et autres appareils de la contamination, mais elles doivent être nettoyées et entretenues de façon appropriée.

Le matériel électronique doit être nettoyé à intervalles réguliers, en fonction de son utilisation et du risque de transmission de micro-organismes d'un résident à un autre, selon les recommandations suivantes :

- le matériel électronique qui passe d'un résident à un autre dans l'environnement de soins doit être nettoyé et désinfecté entre chaque résident (p. ex., tablette électronique partagée par plusieurs résidents), comme tous les autres matériels médicaux;
- le matériel électronique utilisé par le personnel dans l'environnement du résident (p. ex., ordinateur portable, tablette du personnel) doit être nettoyé et désinfecté par l'utilisateur avant de pénétrer dans l'environnement du résident et après avoir quitté l'environnement du résident;
- le matériel électronique qui est manipulé par le personnel dans les zones de soins en dehors de l'environnement du résident (p. ex., clavier sur le chariot des médicaments) doit être nettoyé et désinfecté à intervalles réguliers (p. ex., quotidiennement, deux fois par jour).

- L'équipement électronique difficile à nettoyer et à désinfecter qui est utilisé dans l'environnement d'un résident doit être couvert d'une housse en plastique avant que l'on entre dans l'environnement d'un résident et cette housse doit être nettoyée et désinfectée, ou jetée, lorsqu'elle est retirée de l'environnement du résident.

Si un appareil électronique ne peut pas être nettoyé ou recouvert, il ne doit pas être apporté dans l'environnement de soins.

Ces recommandations s'appliquent aussi bien au matériel acheté par le FSLD (p. ex., stations de travail mobiles) qu'aux appareils électroniques des TS (p. ex., téléphones cellulaires, ordinateurs portables), si ces appareils sont manipulés par les résidents ou utilisés par les TS lorsqu'ils se trouvent dans l'environnement de soins immédiat. Les appareils électroniques des résidents, qui restent dans la chambre du résident (p. ex., une télévision), ne doivent pas obligatoirement être soumis à ces exigences de nettoyage, mais devraient être nettoyés et désinfectés régulièrement autant que possible. Si le résident reçoit son autorisation de congé, le matériel électronique doit être retiré du FSLD.

### 7.5.2.2 Machine à glace et fontaine à eau fraîche

Un lien a été établi entre machines à glace et fontaines à eau fraîche (p. ex., rafraîchisseurs d'eau) et les éclosions et la transmission de maladies dans les établissements de soins de santé. Les machines à glace et les fontaines à eau fraîche qui ne sont pas correctement entretenues peuvent devenir moisies et abriter la *legionella* spp. Plus couramment, la glace qui n'est pas correctement entreposée et manipulée peut être contaminée par des bactéries ou des virus provenant des mains du personnel de santé ou d'autres personnes qui utilisent la machine. Afin de minimiser le risque, utiliser des machines à glace qui distribuent la glace directement dans un récipient (p. ex., machines distributrices de glace sans contact) plutôt que celles qui distribuent la glace dans un grand seau. Les machines à glace qui nécessitent d'utiliser une louche ne sont pas recommandées et devraient être remplacées.

Si les vieilles machines n'ont pas encore été remplacées :

- mettre une louche à disposition pour prendre la glace;
- ne pas laisser la louche dans la machine à glace entre ses utilisations;
- fournir un porte-louche pour son rangement;
- la louche doit être nettoyée et désinfectée au moins une fois par jour et plus si nécessaire.

Les machines à glace et buffets-glacières doivent être nettoyées régulièrement, comme défini dans les instructions d'utilisation, notamment nettoyage, détartrage et désinfection. Les distributeurs de glace, ou les fontaines à eau fraîche, peuvent également être contaminés et nécessitent un nettoyage régulier conforme aux instructions d'utilisation. Un journal de nettoyage devrait indiquer quand les nettoyages ont été faits et qui les a effectués.

### 7.5.2.3 Salles d'activités

Les salles d'activités sont fortement utilisées dans la plupart des FSLD et impliquent des interactions étroites entre les résidents, le personnel et l'environnement de la salle. Afin de minimiser le risque d'infection, les salles d'activités doivent être nettoyées au moins quotidiennement, et plus souvent si le niveau d'utilisation est élevé. Des distributeurs de DMBA doivent être placés dans des endroits facilement accessibles dans et à l'extérieur immédiat des salles d'activités afin de faciliter l'hygiène des mains.

Le matériel utilisé pour les activités doit, si possible, être lavable. Certains objets très utilisés peuvent être difficiles à nettoyer. Lorsque c'est possible, ces objets doivent être recouverts (p. ex., laminées ou recouvertes de plastique pour les partitions de chant). Pour les autres objets, comme les livres, cela n'est pas possible. Dans ce cas, l'hygiène des mains avant et après utilisation doit être encouragée.

Lorsque les salles d'activités sont utilisées :

- encourager l'hygiène des mains avant et après l'activité. Nettoyer les objets régulièrement;
- examiner régulièrement les objets qui ne sont pas facilement lavables et les jeter s'ils sont souillés.

### 7.5.2.4 Matériel d'hydrothérapie

Un lien a été établi entre les baignoires de massage, spas, baignoires et piscines de physiothérapie et la transmission d'infections. Les infections de la peau et des plaies peuvent se produire par contact direct avec une eau contaminée. L'inhalation de micro-organismes présents dans une eau pulvérisée par les jets des baignoires de massage peut également provoquer des infections respiratoires.

Le nettoyage du matériel d'hydrothérapie doit, au minimum, suivre les instructions d'utilisation du fabricant en ce qui concerne la fréquence, et doit utiliser un désinfectant pour hôpitaux. La responsabilité du nettoyage et de la désinfection doit être clairement définie dans les politiques et procédures du FSLD. Le nettoyage et la désinfection doivent être planifiés et le calendrier doit être strictement respecté, que les baignoires soient utilisées ou non. Lorsque des baignoires de massage sont remplacées ou achetées, les FSLD devraient éviter les baignoires avec une eau circulante et ne devraient acheter que des baignoires et baignoires de massage présentant une bonne capacité à être nettoyées et qui sont prévues pour une utilisation en milieux de santé. Les nouvelles baignoires achetées pour être utilisées dans un FSLD ne doivent pas avoir de jets<sup>51</sup>. Les surfaces doivent être faites de matériaux lisses et non poreux qui autorisent un nettoyage et une désinfection efficaces.

Il est préférable d'utiliser un matériel d'hydrothérapie qui soit vidé, nettoyé et désinfecté entre chaque résident. Les BSP conduisent des inspections régulières des piscines et spas publics (qui peuvent être situés dans des FSLD), afin de s'assurer qu'ils respectent les exigences normatives du [Règl. 565 : \(Piscines publiques\)](#) en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et fonctionnent d'une façon sûre et saine<sup>30,185</sup>. Les FSLD doivent informer leur bureau de SPO local s'ils ont une baignoire de massage, un spa ou une piscine qui n'est pas rempli ou vidé entre chaque résident afin de déterminer leurs exigences réglementaires potentielles.

Les résidents avec des plaies ouvertes, des éruptions cutanées, des infections actives, une incontinence ou toute autre affection pouvant augmenter le risque de contamination de l'eau et du matériel ne doivent pas utiliser le matériel d'hydrothérapie tant que leur affection n'est pas terminée. Pour les résidents infectés par un ou plusieurs OA, consulter le service de PCI pour déterminer si le matériel d'hydrothérapie est suffisamment lavable pour permettre l'utilisation par ces résidents.

### 7.5.2.5 Matériel de mobilité et de transport

Le matériel utilisé pour les résidents dont la mobilité est réduite (p. ex., fauteuil roulant, déambulateur) et qui est utilisé pour plus d'un résident doivent faire l'objet d'une évaluation par le service de PCI avant achat ou don et doit être comme lavable (p. ex., pas de mousse). Le matériel de mobilité et de transport doit être nettoyé et désinfecté avec un désinfectant pour hôpitaux immédiatement après usage, avant d'être utilisé par un autre résident et lorsqu'il est visiblement souillé, en prêtant une attention particulière aux parties souvent touchées (p. ex., poignées, bras de chaise). Le matériel de transport tel que les fauteuils roulants avec des parties rembourrées doit être soigneusement inspecté pour voir s'il est endommagé avant son nettoyage. Les parties endommagées qui ne peuvent pas être correctement nettoyées doivent être éliminées et remplacées.

En outre, tout le matériel de transport doit être nettoyé selon le calendrier écrit. La responsabilité du nettoyage du matériel de transport doit être clairement définie (p. ex., personnel infirmier, travailleur des services de l'environnement). Le matériel de transport propre doit être entreposé dans une zone prévue pour le matériel propre et/ou recouvert pour éviter la recontamination entre les utilisations.

Le matériel utilisé pour transporter un seul résident au sein d'un établissement (p. ex., déambulateur personnel, fauteuil roulant) doit être nettoyé immédiatement lorsqu'il est souillé ou visiblement contaminé par du sang ou d'autres liquides organiques, et également de façon régulière selon un calendrier écrit. Pour en savoir plus, consulter l'[Annexe 14](#) du document du CCPMI-PCI 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*<sup>173</sup>.

### 7.5.2.6 Lavabos pour le lavage des mains

Les lavabos prévus pour le lavage des mains peuvent être contaminés et entraîner la transmission de micro-organismes s'ils ne sont pas conçus correctement, utilisés de façon appropriée ou pas nettoyés et désinfectés régulièrement. Si les siphons de lavabos sont contaminés, la décontamination est compliquée. Pour éviter la contamination, il est essentiel d'utiliser des lavabos destinés à l'hygiène des mains uniquement pour l'hygiène des mains et que les liquides organiques (p. ex., urine), les préparations (p. ex., médicaments, liquide de perfusion intraveineuse) et les boissons (p. ex., café, boissons gazeuses) ne soient pas déversés dans ces lavabos.

Les lavabos destinés à l'hygiène des mains (et les autres lavabos du FSLD) doivent être nettoyés et désinfectés régulièrement. Lors du nettoyage des lavabos, nettoyer en partant des zones les moins contaminées en allant vers les plus contaminées et en nettoyant les robinets avant le reste du lavabo. Il ne faut pas toucher l'évacuation de l'eau pendant le nettoyage. Après nettoyage d'un lavabo, les chiffons utilisés ne doivent pas être utilisés pour nettoyer un autre lavabo. Il peut également être envisagé d'utiliser trois chiffons différents pour nettoyer le robinet, le lavabo et les zones autour du lavabo.

## 7.6 Nettoyage et désinfection lorsque les résidents sont soumis aux précautions supplémentaires

### 7.6.1 Préparation du nettoyage de la chambre ou de l'espace de lit d'un résident soumis aux précautions supplémentaires

Pour les résidents soumis aux précautions supplémentaires, les travailleurs des services de l'environnement doivent être au fait des protocoles de nettoyage correct pour le type d'infection concerné, ainsi que des ÉPI qu'ils doivent utiliser lors du nettoyage, afin de minimiser le risque d'être contaminé et/ou de transmettre l'infection (consulter le [Chapitre 5. Précautions supplémentaires](#)).

Lorsque des précautions supplémentaires sont mises en place pour des résidents contaminés ou infectés par des micro-organismes associés à une contamination environnementale persistante et à une transmission depuis des environnements contaminés, notamment les chambres ou les espaces de lit où sont hébergés des résidents infectés par ERV, *C. difficile*, norovirus, EPC et *C. auris*, des mesures de nettoyage supplémentaires sont nécessaires. Pour plus de détails, consulter la [Section 11.1 Nettoyage des chambres/cubicules/espaces de lit faisant l'objet de précautions contre les contacts](#) du document du CCPMI-IPC 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*<sup>173</sup>.

Pour la plupart des autres indications médicales appelant des précautions supplémentaires, les pratiques de nettoyage habituelles et les pratiques de nettoyage habituelles de congé ou de décès sont adéquates pour le nettoyage des chambres et aucune mesure ou précaution de manipulation spéciale n'est nécessaire pour le linge. Cependant, les rideaux d'intimité en tissu, lorsqu'ils sont utilisés, doivent être changés lors du nettoyage de congé, de transfert ou de décès pour les chambres et espaces de lit des résidents qui étaient soumis à des précautions supplémentaires.

Avant d'effectuer l'hygiène des mains, de mettre les ÉPI et d'entrer dans une chambre soumise aux précautions supplémentaires, le matériel et les fournitures de nettoyage requis doivent être rassemblés afin de minimiser la nécessité d'entrer et de sortir de la chambre à de multiples reprises. Les chariots de nettoyage doivent être laissés à l'extérieur de la chambre afin d'éviter de contaminer le chariot. Après avoir procédé à l'hygiène des mains et avoir mis les ÉPI requis, il est possible d'entrer dans la chambre. Les ÉPI doivent être retirés, jetés dans les conteneurs prévus à cet effet et l'hygiène des mains refaite au moment de sortir de la chambre. Les ÉPI autres que les masques ne doivent jamais être portés en dehors de la chambre ou de l'espace du lit des résidents. Tous les outils de nettoyage (p. ex., chiffons, têtes de vadrouille) utilisés pour nettoyer une chambre ou un espace de lit soumis aux précautions contre les contacts ou aux précautions contre les gouttelettes doivent être nettoyés et désinfectés après utilisation avant d'être utilisés dans une autre chambre ou un autre espace de lit pour éviter la contamination croisée.

Étant donné que les fournitures entreposées dans la chambre d'un résident soumis aux précautions supplémentaires peuvent devoir être jetées lorsque le résident fait l'objet d'un congé ou d'un transfert ou si les précautions supplémentaires sont arrêtées, il faut entreposer le minimum de fournitures dans ces chambres. Il ne devrait pas y avoir plus d'une journée de fournitures disponibles dans la chambre.

Lors du nettoyage de chambres soumises aux précautions supplémentaires, il est également important que les chariots d'isolement portables et/ou porte-objets intégrés utilisés pour entreposer les ÉPI soient nettoyés, et de définir qui est responsable du nettoyage de ces chariots et porte-objets.

Le nettoyage des chambres soumises aux précautions supplémentaires demande plus de temps en raison de l'obligation de porter des ÉPI et/ou des procédures de nettoyage supplémentaires requises dans certains cas. Il faut allouer suffisamment de temps pour le nettoyage et la désinfection des chambres des résidents soumis aux précautions supplémentaires, particulièrement pour celles des résidents infectés par *C. difficile* et *C. auris*.

Pour plus de renseignements sur le contrôle des infections par OA et *C. difficile*, consulter :

- CCPMI-IPC : [Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants \(OA\) dans tous les établissements de soins de santé](#)<sup>107</sup>
- CCPMI-IPC : [Annexe C : Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé](#)<sup>111</sup>

## 7.6.2 Nettoyage de la chambre ou de l'espace de lit d'un résident soumis aux précautions supplémentaires

Un processus doit être prévu pour s'assurer qu'il y a eu un nettoyage et une désinfection suffisants des chambres et des espaces de lit, ainsi que du matériel partagé, à la suite du nettoyage survenant après le congé, le transfert ou le décès d'un résident soumis aux précautions supplémentaires. Cela doit être fait au moyen d'une liste de vérification des tâches afin de s'assurer que les zones et surfaces soient propres et désinfectées, et que l'inspection après nettoyage de la chambre ou de l'espace de lit ait eu lieu. Pour des exemples des protocoles de nettoyage et de listes de vérification, consulter le document du CCPMI-IPC 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*, [Annexe 4](#), [Annexe 6](#) et [Annexe 22](#)<sup>173</sup>.

Pour les chambres ou les espaces de lit avec des résidents atteints de vomissements ou de diarrhée, le vomi et les matières fécales doivent être nettoyés rapidement, les objets et surfaces aux abords immédiats doivent être nettoyés et désinfectés immédiatement, et toute la chambre et la salle de bains doivent ensuite être nettoyées et désinfectées avec un désinfectant sporicide. Les désinfectants sporicides sont importants pour le nettoyage des chambres qui abritent des résidents avec une diarrhée puisque ces désinfectants ont une action contre *C. difficile* et qu'ils sont également efficaces contre les causes virales de la gastroentérite.

À noter que des mesures de nettoyage supplémentaires peuvent être requises, au-delà de ce qui est décrit ici, lorsque se produit une éclosion avec un organisme associé à une contamination et une transmission environnementales.

### 7.6.2.1 *Clostridioides difficile*

Des mesures de nettoyage et de désinfection spécialisées sont nécessaires pour *C. difficile*. *C. difficile* est une bactérie sporulée. Ces spores sont résistants à de nombreux désinfectants hospitaliers et peuvent persister dans l'environnement pendant des mois. Le contrôle de *C. difficile* dans l'environnement nécessite à la fois un nettoyage complet (afin d'éliminer les spores) et l'utilisation d'un désinfectant sporicide, tel que l'hypochlorite de sodium (1 000 à 5 000 parties par million), pour neutraliser les spores.

Pour un contrôle adéquat de *C. difficile* dans l'environnement, il est recommandé d'observer les pratiques suivantes :

- pour les résidents infectés par *C. difficile*, la chambre et la salle de bains du résident doivent être nettoyées deux fois par jour avec un désinfectant sporicide;
- pour les résidents dans une chambre partagée, où l'un des résidents est infecté par *C. difficile* et n'a pas été ou ne peut pas être déplacé dans une chambre individuelle, les résidents ne doivent pas partager les toilettes. Si les deux résidents sont mobiles, il est préférable que le résident infecté par *C. difficile* utilise les toilettes de la salle de bains de la chambre, et que l'autre résident utilise une chaise d'aisance (si c'est le résident infecté par *C. difficile* qui utilise la chaise d'aisance, les déchets peuvent se trouver jetés dans les toilettes de la chambre, ce qui peut potentiellement contaminer les toilettes et la salle de bains qui seront ensuite utilisées par le résident non infecté);
- il faut effectuer un nettoyage de congé, de transfert ou de décès : avec un produit sporicide et changer les rideaux d'intimité (lorsqu'ils sont présents) (consulter la [Section 7.4.4.2 Nettoyage de la chambre après sortie/transfert/décès](#)) : avec un produit sporicide et changer les rideaux d'intimité (lorsqu'ils sont présents) (consulter la [Section 7.4.4.2 Nettoyage de la chambre après sortie/transfert/décès](#)) :
  - si un résident infecté par *C. difficile* a son congé ou est transféré (remarque : cela inclut la situation dans laquelle un résident est identifié comme étant infecté par *C. difficile* puis déplacé dans une chambre individuelle);
  - avant d'arrêter les précautions contre la transmission par les contacts pour un résident dont l'infection par *C. difficile* est terminée, même si le résident ne quitte pas la chambre.

#### **En cas de cas multiples infections par *C. difficile* dans un service ou pouvant être liées à un service :**

- Désinfecter les lits/espaces de lit avec un désinfectant sporicide lorsque les résidents sortent ou sont transférés, quel que soit l'état du résident vis-à-vis de l'infection à *C. difficile*.
- Désinfecter toutes les surfaces touchées fréquemment dans le service avec un désinfectant sporicide.
- Désinfecter tout le matériel dans le service avec un désinfectant sporicide.

Pour en savoir plus, consulter le document du CCPMI-PCI 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*, [Annexe 4](#) et [Annexe 6](#)<sup>173</sup>.

### 7.6.2.2 Norovirus et autres virus provoquant la gastroentérite aiguë

Les norovirus sont des virus non enveloppés qui provoquent la gastroentérite aiguë chez les humains et sont très contagieux. La contamination de l'environnement joue un rôle important dans la transmission de la maladie. Les norovirus peuvent persister sur les surfaces pendant au moins 12 jours et sont résistants à certains désinfectants. Les désinfectants utilisés dans les chambres occupées par des résidents infectés par un norovirus, ou lors d'une éclosion de norovirus, doivent avoir une étiquette indiquant qu'ils sont actifs contre les norovirus ou d'autres virus non enveloppés (p. ex., calicivirus félin). La plupart des composés d'ammonium quaternaire n'ont pas d'action significative contre les norovirus. Dans certaines collectivités publiques, l'hypochlorite de sodium entre 1 000 et 5 000 ppm est recommandé.

Les établissements de soins de santé peuvent également envisager d'augmenter la fréquence du nettoyage et de la désinfection des salles de bains et des toilettes dans les services affectés.

### 7.6.2.3 Entérobactéries productrices de carbapénémases

Les EPC sont transmises principalement par contact direct et indirect dans les FSLD. Malgré le fait que les milieux de santé peuvent souvent être contaminés par ces bactéries transmises par les résidents infectés, le recours à des pratiques de nettoyage régulières devrait être suffisant pour éliminer ce pathogène.

Bien que les EPC puissent être efficacement éliminées de la plupart des surfaces et matériels dans les chambres infectées en respectant les pratiques de nettoyage de l'environnement régulières, les lavabos et les évacuations de douches peuvent agir comme des réservoirs pour les EPC et une contamination persistante des siphons peut engendrer une transmission vers les occupants suivants de la chambre. Les siphons ont été mis en évidence comme source de plusieurs éclosions de EPC et de bêta-lactamase à spectre étendu. Étant donné que ces bactéries forment des biofilms dans les environnements humides, tels que les siphons de lavabos, leur éradication est difficile et peut nécessiter le remplacement des lavabos concernés et/ou du système d'évacuation horizontal.

En raison du risque de contamination et de transmissions posé par les lavabos, il est essentiel que les lavabos dans les FSLD soient conformes aux normes CSA, que les liquides organiques ne soient pas déversés dans les lavabos destinés à l'hygiène des mains et qu'aucune fourniture ne soit entreposée sur, sous ou à proximité des lavabos. Cela permet de réduire le risque de contamination du lavabo par EPC et limite au minimum le risque que les EPC présents dans le siphon du lavabo se transmettent aux résidents. Les FSLD peuvent également envisager de faire un nettoyage plus approfondi de tous les lavabos et douches de façon régulière (p. ex., deux fois par semaine), et au moment du nettoyage de congé, de transfert ou de décès dans les chambres infectées par EPC (consulter le document du CCPMI-PCI 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*, [Annexe 7](#))<sup>173</sup>. Lorsque la transmission des EPC est, d'un point de vue épidémiologique, associée à une chambre particulière, une évaluation soigneuse des siphons de lavabos et une consultation avec le service de PCI sont recommandées afin de déterminer si une analyse du lavabo pour la présence d'EPC ou d'autres mesures d'atténuation sont nécessaires.

#### 7.6.2.4 *Candidozyma auris* (anciennement *Candida auris*)

*C. auris* se transmet principalement par contact direct et indirect dans les FSLD. Une contamination persistante de l'environnement peut se produire et est difficile à éradiquer. Un nettoyage et une désinfection approfondis à chaque apparition peuvent empêcher le cas de se produire. En règle générale, un nettoyage et une désinfection deux fois par jour doivent être la fréquence minimale pour les chambres avec des résidents infectés par *C. auris*. Les composés d'ammonium quaternaire ne sont pas efficaces contre *C. auris* et les FSLD avec un ou plusieurs résidents infectés par *C. auris* doivent choisir un autre désinfectant hospitalier efficace contre *C. auris* approuvé par Santé Canada pour une utilisation dans un service où il y a des résidents infectés par *C. auris*, à la fois dans les chambres et les parties communes. Des mesures complémentaires peuvent être nécessaires pour éradiquer *C. auris* et les connaissances face à *C. auris* évoluent rapidement. Les FSLD dont un ou plusieurs résidents sont infectés par *C. auris* doivent consulter leur responsable du service de PCI et passer en revue les dernières directives de SPO.

## 7.7 Pratiques de nettoyage et de désinfection pour situations particulières

Cette section traite des pratiques de nettoyage pour les déversements de sang ou de contamination importante par d'autres liquides organiques, inondation, construction et rénovation.

### 7.7.1 Déversement de sang ou contamination importants par d'autres liquides organiques

Les déversements de sang et les contaminations importantes des surfaces ou objets par d'autres substances organiques, telles qu'urine, matières fécales et vomi, doivent être confinés et la zone doit être nettoyée et désinfectée immédiatement. Tous les désinfectants pour hôpitaux ne sont pas efficaces pour nettoyer le sang et les liquides organiques.

Tous les FSLD doivent avoir des politiques et procédures écrites pour le traitement immédiatement des déversements de sang et d'autres liquides organiques. Celles-ci doivent définir les rôles et responsabilités, établir une méthode pour le confinement du déversement, indiquer quel désinfectant adapté utiliser<sup>†</sup> et la méthode à suivre pour l'élimination des déchets. Le personnel impliqué dans le nettoyage des déversements de sang doit être formé à ces politiques et procédures. Un protocole de nettoyage pour les déversements de sang et de liquides organiques est décrit dans le document du CCPMI-PCI intitulé *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du*

---

<sup>†</sup> Tous les désinfectants pour hôpitaux ne sont pas efficaces pour la désinfection des déversements de sang. Les produits recommandés comprennent de l'hypochlorite de sodium (c.-à-d., eau de Javel) dilué de 500 à 5 000 ppm (c.-à-d., une dilution de 1:10 à 1:100 d'hypochlorite de sodium à 5,25 %, ou consulter le [calculateur de dilution du chlore](https://www.publichealthontario.ca/en/Health-Topics/Environmental-Occupational-Health/Water-Quality/Chlorine-Dilution-Calculator) pour la dilution de l'eau de Javel domestique pour obtenir le niveau de chlore désiré)<sup>186</sup>. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Chlorine dilution calculator [Internet]. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2020 [modified 2020 Nov 26; cited 2024 Aug 14]. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/en/Health-Topics/Environmental-Occupational-Health/Water-Quality/Chlorine-Dilution-Calculator>

contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé (consulter l'[Annexe 23](#) pour plus de détails, ou l'[Annexe 24](#) pour les déversements sur la moquette)<sup>173</sup>.

## 7.7.2 Inondations

En cas d'inondation ou d'une autre fuite importante d'eau dans le FSLD, quelle que soit la provenance supposée de l'eau, la zone doit être immédiatement évaluée par le service de PCI afin de déterminer le risque de contamination. Jusqu'à la confirmation que l'eau provient d'une source propre, tout le personnel doit partir de l'hypothèse que l'eau est contaminée. Une contamination immédiate peut se produire si la source de l'eau abrite des bactéries pathogènes (p. ex., débordement d'égout ou de toilettes). Quelle que soit la provenance de l'eau, la zone doit faire l'objet d'un cordon sanitaire jusqu'à la fin du nettoyage et de la désinfection.

L'humidité persistante après une inondation peut être source de moisissure sur les plâtres, cloisons sèches, moquettes et meubles. Les cloisons sèches qui restent humides après 48 heures doivent être retirées et remplacées, et si une contamination importante apparaît, elles doivent être retirées même si elles sont sèches au bout de 48 heures<sup>12</sup>. Les moquettes humides doivent être retirées et non remplacées.

Si l'inondation concerne une zone de préparation alimentaire, tous les produits alimentaires qui ont été en contact avec l'eau doivent être jetés et le BSP informé. Les BSP doivent également être informés si les réfrigérateurs à vaccins sont concernés par l'inondation ou si l'inondation a pour conséquence une coupure de courant prolongée qui compromet la réfrigération des aliments et des vaccins. Les zones de service alimentaire ne peuvent être rouvertes avant que l'inondation ne soit maîtrisée, que la zone ait été nettoyée et désinfectée, et que l'autorisation de préparer de la nourriture ait été obtenue des services de santé publique.

Lors d'une inondation grave, les mesures d'atténuation peuvent être complexes. Dans ces cas, le FSLD doit faire appel à des experts qui ont une expérience dans la gestion des inondations dans les milieux de santé.

Consulter le [Tableau 12](#) pour la catégorisation des types d'inondations ou de fuite d'eau et pour les mesures recommandées pour la PCI.

**Tableau 12 : Types d'inondations et mesures recommandées pour la PCI**

Catégorie	Exemples	Mesures
<b>I. Eau propre</b>	Tuyaux cassés, débordement de baignoire, débordement de lavabo, dysfonctionnement de nombreux appareils, eau de pluie, réservoir de toilettes cassé.	Laisser les matériaux sécher complètement avant utilisation. Retirer tous les matériaux poreux (p. ex., cloisons sèches, meubles tapissés, moquettes) qui sont humides depuis plus de 48 heures.

Catégorie	Exemples	Mesures
<b>II. Eau grise. Légère contamination présente.</b>	Débordement de lave-vaisselle, machine à laver le linge ou cuvette de toilettes propre.	Laisser les matériaux sécher complètement avant utilisation. Retirer tous les matériaux poreux (p. ex., cloisons sèches, meubles tapissés, moquettes) qui sont humides depuis plus de 48 heures.
<b>III. Eau noire. Très insalubre.</b>	Eau d'égout brute. Inclut débordement de cuvette de toilettes contenant des matières fécales, tuyau d'égout cassé, remontée d'égout bouché, toute eau de surface provenant de rivières ou ruisseaux.	Retirer et jeter les moquettes, cloisons sèches et autres matériaux poreux humides.

Pour un exemple de procédure pour la gestion d'une inondation dans les milieux de santé, consulter le document du CCPMI-IPC 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*, [Annexe 25](#)<sup>173</sup>.

### 7.7.3 Nettoyage de l'environnement lors des activités de construction

Les activités de construction génèrent de la poussière et des contaminants qui peuvent créer un risque pour les résidents, le personnel ou les visiteurs. Le service de PCI doit évaluer les projets de construction et d'entretien au moment de leur planification, lors des travaux et après leur achèvement afin de vérifier que les recommandations du service de PCI sont suivies tout au long du processus. Lorsque cela est nécessaire, le travail doit être effectué dans des conditions contrôlées. Le service de PCI et SPO ont l'autorité nécessaire pour interrompre les projets en cas de risque de sécurité.

Le nettoyage est particulièrement important à la fois pendant la construction et après l'achèvement du projet de construction. Ce qui est considéré comme propre peut être interprété différemment par les entrepreneurs et le personnel de santé du FSLD.

- « Propreté construction » est le niveau de propreté atteint par les travailleurs de la construction dans l'élimination des gravats, poussière, terre, matériaux de construction et de dangers dans la zone de construction (éléments du nettoyage de la construction). Ceci doit être fait aussi souvent que nécessaire pour éviter l'accumulation de poussière et sa dispersion vers d'autres zones du foyer, et au moins une fois par jour.
- Pendant la construction, mais en dehors de la zone interdite où a lieu la construction, le nettoyage est généralement fait par le personnel habituel des services de l'environnement du FSLD.

Il est important qu'il y ait une bonne communication entre l'entrepreneur et les services de l'environnement, de PCI et de SPO. Le niveau de nettoyage attendu pendant la construction et à la mise en service (c.-à-d., lorsque la construction est terminée, mais avant l'utilisation de la zone) doit être

défini dans le contrat et la responsabilité du nettoyage de la zone de construction et des zones adjacentes doit être clairement définie. Lorsqu'il y a transport de matériaux de construction (matériaux nouveaux et usagés) dans le FSLD, un plan clair de circulation qui évite autant que possible les zones de soins aux résidents doit être établi et suivi<sup>12</sup>.

La responsabilité de la propreté construction et de la propreté hôtelière et hospitalière doit être clairement définie pour le FSLD.

### 7.7.1.1 Éléments de la propreté construction

Réalisée par les travailleurs de la construction dans la zone de construction/interdite :

- les planchers sont balayés pour éliminer les débris;
- les essuie-pieds sont aspirés;
- les tapis « collants » sont remplacés régulièrement et lorsque nécessaire;
- les gravats de construction (p. ex., grands morceaux de cloison sèche, câbles) sont éliminés;
- les surfaces de travail sont essuyées.

### 7.7.1.2 Éléments de la propreté hôtelière dans les zones de construction

Réalisée par le personnel de nettoyage du foyer dans les zones en dehors de la zone de construction/interdite :

- les sols et plinthes sont dénués de taches, de poussière visible, de coulures et de traînées;
- les murs, plafonds et portes sont dénués de poussière visible, de grosses salissures, de traînées, de toiles d'araignées et de traces de doigts;
- toutes les surfaces horizontales sont dénuées de poussière visible et de traînées (notamment les meubles, rebords de fenêtres, plafonniers, téléphones, cadres, tapis, etc.);
- les éléments de salle de bains, notamment les toilettes, lavabos, baignoires et douches sont dénués de traînées, souillures, taches et traces de savon;
- les miroirs et fenêtres sont dénués de poussière et de traînées;
- les distributeurs sont dénués de poussière, de souillures et de résidus, et sont remplacés lorsqu'ils sont vides;
- les appareils sont dénués de poussière, de souillures et de traînées;
- les déchets sont éliminés de façon appropriée;
- les éléments cassés, usés, craqués ou en panne sont identifiés et remplacés.

## Éléments de la propreté hospitalière dans les zones de construction

Réalisée par le personnel de nettoyage du foyer et/ou par des membres du personnel professionnel dans les zones réservées aux soins des résidents en dehors de la zone de construction/interdite.

PROPRETÉ HÔTELIÈRE		
+	+	+
Les surfaces touchées fréquemment dans les zones réservées aux soins des résidents sont propres et désinfectées avec un désinfectant pour hôpitaux.	Le matériel médical non essentiel doit être nettoyé et désinfecté entre les résidents.	Les pratiques de nettoyage sont revues périodiquement et les retours d'information pris en compte.

Les ressources et outils qui contribuent à la PCI lors d'un projet de construction, rénovation, entretien et conception sont disponibles pour les trois phases du projet (c.-à-d., planification, travaux, mise ne service) et sont accessible sur la page web de SPO<sup>187</sup> : [Construction, rénovation, entretien et aménagement](#).

Pour en savoir plus, consulter les directives suivantes sur la PCI relative à la conception des bâtiments pour les FSLD :

- The Facility Guidelines Institute: Guidelines for Design and Construction of Residential Health, Care, and Support Facilities (2022)<sup>182</sup>
- Santé Canada : [Infections nosocomiales chez les patients d'établissements de santé liées aux travaux de construction](#)<sup>188</sup>
- Groupe CSA : [CAN/CSA-Z317.13-22 Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé](#)<sup>12</sup>

## 7.8 Gestion de la blanchisserie et des déchets du foyer

### 7.8.1 Gestion de la blanchisserie et de la literie

De graves éclosions ont été associées à une transmission de micro-organismes liée à une mauvaise gestion du linge hospitalier. Ces éclosions ont été provoquées par des erreurs dans le processus de lavage, une contamination lors du transport après lavage et des conditions d'entreposage inappropriées.

L'exposition du personnel à des micro-organismes dangereux peut également se produire lorsque du linge sale n'est pas traité correctement. Dans la plupart des cas d'exposition du personnel, la non-utilisation des ÉPI appropriés et/ou le tri inapproprié du linge ont entraîné une aérosolisation qui a contribué à la transmission des micro-organismes.

Les politiques et procédures doivent couvrir les problématiques de collecte, de transport, de manipulation, de lavage et de séchage du linge sale, et également la protection du personnel. Les règlements publiés relatifs au linge doivent être suivis si l'établissement ne gère pas sa blanchisserie.

- Consulter la [Loi sur la santé et la sécurité au travail, L.R.O. 1990, chap. O.1.](#) et le [Règl. de l'Ont. 67/93 : Établissements d'hébergement et de soins de santé](#) pour les exigences légales relatives aux services de blanchisserie<sup>21,24</sup>
- Consulter le [Règl. de l'Ont. 246/22 : Dispositions générales](#) pour les exigences légales relatives aux services de blanchisserie dans les FSLD<sup>42</sup>
- Consulter le document du Groupe CSA *Z314.10.2-15 Laundering, maintenance, and preparation of multiple-use gowns, drapes, and wrappers for health care settings and laundries*<sup>189</sup>

### 7.8.1.1 Zone de blanchisserie

Les établissements de blanchisserie (notamment les FSLD qui ont leur propre buanderie) doivent avoir des politiques qui assurent que :

- la zone de la buanderie se trouve dans une zone dédiée, de taille suffisante pour recevoir des lave-linge et sèche-linge industriels et permettre toutes les activités de lavage;
- les membres du personnel ne consomment pas de nourriture et de boissons dans la zone de la buanderie;
- les planchers et les murs sont fabriqués dans des matériaux résistants qui peuvent supporter les rigueurs de la zone de buanderie (c.-à-d., résistant à l'eau et à la vapeur);
- les zones réservées au linge propre et au linge sale sont clairement séparées, et le linge doit passer de la zone sale à la zone propre, puis il doit quitter la buanderie (sans retourner dans la zone du linge sale);
- la zone de linge souillé est séparée des autres zones et est à pression négative par rapport aux zones environnantes;
- des installations pour l'hygiène des mains sont situées dans toutes les zones de la buanderie;
- le matériel de lavage est utilisé et entretenu selon les instructions d'utilisation du fabricant;
- il existe une procédure pour déterminer quand le linge doit être trié dans la buanderie (c.-à-d., avant et après le lavage).

### 7.8.1.2 Linge souillé

Tout le linge souillé par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être manipulé en prenant les mêmes précautions, quelle que soit la source ou l'établissement de santé :

- éliminer les souillures les plus importantes (p. ex., matières fécales) à la main avec des gants et jeter dans les toilettes ou une trémie. Ne jamais éliminer les excréments en pulvérisant de l'eau;

- mettre le linge souillé dans des sacs ou les enfermer d'une autre façon au point de service;
- ne pas trier ou prérincer le linge souillé dans les zones de soins;
- mettre le linge et les effets personnels dans des sacs séparément au point de collecte ou les faire laver par des membres de la famille;
- manipuler le linge souillé en l'agitant le moins possible pour éviter la contamination de l'air, des surfaces et des personnes (p. ex., le rouler);
- envelopper le linge mouillé avant de le placer dans un sac à linge (p. ex., envelopper dans un drap sec ou une serviette sèche). L'utilisation de sacs hydrosolubles et doubler les sacs ne sont pas nécessaires et ne sont pas recommandés;
- les chariots et paniers à linge utilisés pour collecter ou transporter le linge souillé doivent être couverts, sauf exigence imposée par la réglementation;
- les conteneurs, notamment chariots, sacs et bacs en plastique, destinés à collecter, entreposer et transporter le linge souillé doivent être imperméables, antifuites, non poreux et en bon état. Ils doivent également être décontaminés après usage. De plus, les chariots doivent être nettoyés et désinfectés avant d'être utilisés pour transporter le linge propre;
- les sacs à linge doivent être bien fermés et ne doivent pas être trop remplis. Les sacs à linge réutilisables doivent être lavés avant utilisation;
- ne pas utiliser de descentes de linge. Si leur utilisation est inévitable, s'assurer qu'elles sont correctement conçues, entretenues, nettoyées, désinfectées et utilisées d'une façon qui minimise la dispersion des aérosols provenant du linge contaminé :
  - s'assurer que les sacs à linge sont remplis en toute sécurité et qu'ils sont bien fermés avant de placer les sacs remplis dans la descente de linge;
  - ne pas placer de linge en vrac dans la descente;
  - les descentes de linge doivent être maintenues à une pression négative et se déverser dans la zone de collecte du linge souillé;
  - les descentes de linge doivent être nettoyées régulièrement;
- les pratiques de base relatives à la manipulation et au lavage du linge sont suffisantes, quelle que soit la provenance du linge. Un traitement spécial du linge pour les résidents soumis aux précautions supplémentaires n'est généralement pas nécessaire;
- changer les ÉPI lorsqu'ils sont humides ou souillés, et retirer les ÉPI en quittant la zone de tri du linge souillé;
- ne pas tenir les sacs de linge près du corps pour éviter un risque potentiel de blessures dues à des objets pointus et tranchants.

### 7.8.1.3 Lavage et séchage du linge

Le linge des résidents doit être lavé avec un lave-linge et un sèche-linge industriels. L'utilisation d'un lave-linge et d'un sèche-linge domestiques n'est pas appropriée. Le linge des résidents doit être lavé dans un cycle de lavage séparé du matériel utilisé pour le nettoyage de l'environnement, tel que les chiffons et les têtes de vadrouille. Les sacs de linge en tissu doivent être lavés après chaque utilisation et peuvent être lavés dans le même cycle de lavage que le linge qu'ils contiennent. Le linge lavé doit être sorti du lave-linge dès que possible afin de réduire le risque de contamination du lave-linge et de formation d'un biofilm. Des instructions pour le lavage et le séchage du linge des résidents devraient être affichées.

L'efficacité du processus de lavage pour donner au linge lavé une « propreté hygiénique\* » dépend des facteurs suivants et de leurs interactions :

- durée et température;
- action mécanique;
- produits chimiques utilisés;
- qualité de l'eau, notamment le pH et la dureté;
- exigences de rinçage;
- volume de la charge;
- nature et étendue des souillures sur le linge à laver;
- modèle de lave-linge et de sèche-linge.

Les FSLD doivent prendre en compte les recommandations des fabricants du lave-linge et du sèche-linge, des matériels à laver et du détergent utilisé lorsqu'ils définissent leur formule de lavage. Utiliser un désinfectant (comme l'eau de Javel) n'apporte pas forcément d'avantage supplémentaire lorsque le linge est peu sale. Cependant, un désinfectant peut être utilisé pour améliorer la désinfection générale lors du processus de lavage lorsque les objets à laver sont très souillés, ou lorsque le redépôt de micro-organismes présents dans l'eau de lavage ou de rinçage sur le linge lavé est une préoccupation.

### 7.8.1.4 Linge propre

Le linge propre doit être trié, emballé, transporté et entreposé de façon à éviter toute manipulation, contamination par de la poussière et contact avec du linge souillé et d'autres objets souillés ou contaminés pendant le tri, l'emballage, le transport et l'entreposage.

Chaque étage réservé aux résidents doit avoir une zone dédiée (p. ex., placard dédié, local de fournitures propres) au triage et à l'entreposage du linge propre. Si un système avec chariot fermé est utilisé, l'entreposage des chariots de linge propre dans une niche est autorisé si elle se trouve à l'écart de la circulation habituelle et sous la surveillance du personnel.

---

\* La propreté hygiénique est définie par l'American National Standards Institute (ANSI)/Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI) comme étant « dénué de pathogènes en nombre suffisant pour entraîner une maladie chez l'humain ».

### 7.8.1.5 Protection du personnel de blanchisserie

La protection du personnel dans les zones de blanchisserie inclut :

- la formation de tous les TS et du personnel de blanchisserie sur les procédures relatives à la manipulation du linge souillé qui incluent la formation PCI et SIMDUT;
- des lavabos dédiés au lavage des mains et du DMBA à disposition dans les zones de blanchisserie;
- fourniture des ÉPI appropriés, p. ex., gants, blouses et tabliers, protection pour le visage, afin de fournir une protection contre les infections croisées et les blessures par des objets pointus et tranchants lors de la manipulation du linge souillé. Les gants jetables sont recommandés. Ils doivent par ailleurs être suffisamment longs pour couvrir l'avant-bras et résister aux déchirures. Si des ÉPI réutilisables sont utilisés, ils doivent être nettoyés au moins quotidiennement et adaptés à la personne;
- remplacer les ÉPI lorsque leur intégrité est compromise;
- éliminer les objets pointus et tranchants au point de service pour s'assurer qu'il ne reste aucun objet pointu et tranchant dans le linge<sup>189</sup>. Tout objet pointu et tranchant trouvé dans le linge doit être signalé à la direction et enregistré pour éviter de futurs incidents;
- la vaccination du personnel de blanchisserie contre l'hépatite B et le tétanos en raison du risque élevé de blessure par des objets pointus et tranchants;
- l'hygiène des mains lors du changement ou du retrait des gants.

### 7.8.2 Gestion des déchets biomédicaux

Il existe différents types de déchets (p.ex., biomédical, pharmaceutique, chimique, général, recyclable, etc.) que le FSLD a l'obligation de séparer au point où ils sont générés. Cette section traite des déchets biomédicaux.

Les déchets biomédicaux sont des déchets infectieux contaminés qui nécessitent un traitement particulier avant d'être éliminés. Ils doivent également être séparés et gérés différemment des déchets généraux et d'autres formes de déchets<sup>183</sup>. Les déchets biomédicaux incluent les objets contaminés par des quantités significatives de sang<sup>†</sup>, des liquides organiques visiblement contaminés par du sang, des objets pointus et tranchants qui ont été en contact avec du sang ou des liquides organiques, et des vaccins actifs ou atténués. Il existe d'autres matériels pouvant être considérés comme des déchets biomédicaux, mais qui ne sont pas courants en FSLD (p. ex., déchets anatomiques humains). Les matières fécales et l'urine ne sont pas considérées comme des déchets biomédicaux (sauf si visiblement contaminées par du sang).

---

<sup>†</sup> Les objets (p. ex., gaze) sont considérés comme très contaminés par du sang s'ils libèrent du sang à l'état liquide ou semi-liquide lorsqu'ils sont pressés.

Les FSLD doivent avoir des politiques et procédures écrites pour la gestion des déchets qui soient en accord avec les lois et règlements provinciaux et municipaux, ainsi qu'avec les normes pertinentes. Les politiques doivent traiter de la collecte, de l'entreposage, du transport, de la manutention et de l'élimination des déchets, et doivent définir clairement les responsabilités quant à la gestion des déchets. Les FSLD doivent réduire la quantité de déchets générée en réutilisant et en recyclant lorsque c'est possible.

### 7.8.2.1 Collecte des déchets biomédicaux

Les déchets doivent être collectés dans des conteneurs qui ne risquent pas de se casser, craquer ou fuir (p. ex., antifuite pour les déchets humides) et ne doivent pas être trop remplis<sup>190</sup>. Les déchets biomédicaux destinés à la décharge peuvent être placés dans des conteneurs pour déchets biomédicaux à usage unique ou réutilisable. Les conteneurs réutilisables doivent résister à la perforation et être lavables. Ils doivent être nettoyés et désinfectés après utilisation<sup>191</sup>.

Les objets pointus et tranchants à jeter doivent être mis dans des conteneurs à usage unique ou réutilisable résistants à la perforation et antifuite. Les conteneurs à usage unique doivent avoir un couvercle qui ne peut pas être retiré une fois le conteneur scellé. Les conteneurs réutilisables doivent avoir un couvercle verrouillé lorsque le conteneur est plein.

Pour plus de détails sur la gestion d'autres types de déchets, ou types de déchets biomédicaux non traités ci-dessus, consulter le document du CCPMI-IPC 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\*](#)<sup>173</sup>.

### 7.8.2.2 Entreposage des déchets biomédicaux et généraux

Les déchets doivent être placés dans des conteneurs appropriés au point de service/d'utilisation et entreposés dans un local fermé dédié dont l'accès est limité au personnel autorisé<sup>190</sup>. Des espaces réfrigérés à 4 °C ou moins doivent être fournis pour l'entreposage des déchets biomédicaux s'ils sont entreposés pendant plus de quatre jours<sup>190,191</sup>. Les locaux pour l'entreposage des déchets biomédicaux doivent être verrouillés, sauf lorsque le personnel autorisé est présent<sup>183,190</sup>.

Les déchets séparés doivent être déplacés vers des zones d'entreposage temporaire à intervalles réguliers<sup>24</sup>, et doivent être entreposés dans des bacs rigides, résistants aux fuites secondaires qui sont nettoyées et désinfectées avant réutilisation<sup>190</sup>. Les sacs à déchets destinés aux déchets généraux ne doivent jamais être entreposés directement sur le sol. Les règlements provinciaux sur les exigences spécifiques relatives à l'entreposage doivent être observés<sup>24,183,191</sup>.

Les FSLD doivent avoir un plan d'urgence pour la gestion de l'entreposage des déchets réfrigérés dans les situations suivantes<sup>190</sup> :

- production excessive de déchets;
- l'unité d'entreposage réfrigéré sur site ou le matériel de traitement ne fonctionne plus;
- autres perturbations des services d'élimination.

### 7.8.2.3 Transport des déchets

Tous les déchets doivent être transportés au sein du FSLD dans le respect d'une procédure définie qui permet de s'assurer des points suivants :

- il existe des circuits clairement définis pour le transport des déchets;
- la manipulation des déchets est réduite au minimum;
- les circuits de transport des déchets ne croisent pas des zones propres, parties publiques ou unités de soins pour résidents;
- les déchets ne doivent pas être transportés dans un ascenseur en même temps que des résidents, des chariots pour le service de la nourriture ou des fournitures ou du linge propres;
- les déchets sont transportés dans des chariots antifuite qui sont nettoyés régulièrement.

Tout transport externe des déchets infectieux doivent se conformer à la [Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses \(L.C. 1992, ch. 34\)](#), le [Règlement sur le transport des marchandises dangereuses \(DORS/2001-286\)](#) et la [Loi sur la protection de l'environnement, L.R.O. 1990, chap. E.19](#) de Transport Canada<sup>32,37,192</sup>. Les déchets doivent être transportés par un transporteur de déchets certifié qui fournit un certificat d'agrément<sup>191</sup>. En règle générale, lorsque le conteneur de déchets biomédicaux principal est un conteneur pour objets pointus et tranchants ou un conteneur rigide avec un couvercle non amovible, aucun emballage supplémentaire ou confinement des déchets n'est nécessaire pour le transport en dehors du site. Lorsque le conteneur principal est un sac en plastique, le sac doit être placé dans un conteneur externe rigide et antifuite pour le transport hors site<sup>37,193</sup>. Pour plus de détails sur les exigences de classification, d'emballage, de documentation et de formation pour le transport de substances infectieuses, consulter le document de Transport Canada [Expédition des matières infectieuses](#)<sup>193</sup>.

### 7.8.2.4 Protection du personnel qui manipule les déchets

Un lavabo dédié au lavage des mains doit être disponible pour les personnes qui manipulent les déchets<sup>177,190</sup>. Il est fortement recommandé que les personnes non vaccinées qui manipulent les déchets soient vaccinées contre l'hépatite B<sup>190,194</sup> et le tétanos<sup>190</sup>.

Les FSLD doivent fournir les ÉPI adaptés aux risques posés par les tâches impliquées dans le traitement des déchets, et les personnes réalisant ces tâches doivent porter ces ÉPI<sup>6,190</sup>. Les travailleurs des services de l'environnement qui nettoient les conteneurs à déchets réutilisables, les chariots et les zones d'entreposage finales ou le matériel de traitement des déchets biomédicaux doivent également porter les ÉPI adaptés aux différentes tâches. Selon la tâche et le type de déchet, les équipements de protection individuelle peuvent comprendre :

- gants pour protéger contre les expositions (p. ex., nitrile pour l'exposition au sang, aux liquides organiques, aux produits chimiques et gants résistants à la perforation pour l'exposition aux objets pointus et tranchants)<sup>195</sup>;

- combinaison ou tablier<sup>195i</sup>;
- protection faciale, p. ex., visière faciale<sup>195i</sup>;
- chaussures de protection pour protéger contre les objets pointus et tranchants<sup>190,195</sup>.

#### 7.8.2.4.1 Manipulation des objets pointus et tranchants

Les objets pointus et tranchants incluent tout appareil capable de provoquer une coupure ou une perforation (p. ex. aiguilles, lancettes, lames). En Ontario, tous les FSLD ont l'obligation d'utiliser des aiguilles de sécurité, selon le [Règl. de l'Ont. 474/07 : Sécurité des aiguilles](#)<sup>25</sup>.

Les FSLD ont l'obligation d'avoir des politiques et des procédures relatives à la gestion des blessures par objets pointus et tranchants<sup>24</sup>. Les travailleurs des services de l'environnement doivent obligatoirement recevoir une formation sur la procédure en vigueur dans le FSLD à suivre en cas de blessure par objet pointu et tranchant.

Une procédure pour l'élimination en toute sécurité d'un objet pointu et tranchant contaminé qui n'a pas été éliminé correctement est présentée dans le document du CCPMI-IPC 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*, [Annexe 26](#)<sup>173</sup>. Les précautions supplémentaires associées aux objets pointus et tranchants sont abordées dans le chapitre sur la SST.

## 7.9 Exigences en matière de formation, de prévention des infections et de santé au travail pour le personnel des services de l'environnement

### 7.9.1 Formation

Tous les aspects du nettoyage de l'environnement doivent être supervisés et les tâches doivent être réalisées par du personnel formé et expérimenté. Formation régulière et assistance doivent être fournies par les FSLD et les organismes contractuels afin d'aider le personnel des services de l'environnement à mettre en œuvre de façon systématique un nettoyage sécurisé et efficace, ainsi que les autres pratiques de PCI et de SST.

Consulter le [Chapitre 3. Formation du personnel](#) pour des renseignements généraux sur la formation adaptée dans le FSLD, pour tout le personnel du FSLD, notamment les travailleurs des services de l'environnement.

La formation à la PCI et la SST doit être proposée dès l'embauche dans le cadre du processus d'orientation et également sous forme de formation continue. L'accent doit être mis sur les considérations relatives à l'ergonomie et à la gestion sécuritaire des produits chimiques.

Les services de l'environnement doivent proposer un programme de formation qui inclut :

- un programme de formation standardisé;
- un mécanisme pour évaluer les compétences;
- une documentation relative à la formation et aux compétences;
- une orientation et une formation continue lorsque de nouveaux produits de nettoyage ou exigences sont introduits.

La formation proposée par les services de l'environnement doit inclure :

- utilisation des vadrouilles, chiffons, matériel de nettoyage;
- nettoyage et désinfection du sang et des liquides organiques;
- utilisation des produits de nettoyage et des désinfectants;
- traitement des déchets (généraux, biomédicaux, objets pointus et tranchants);
- techniques de nettoyage et/ou de désinfection des surfaces et objets dans l'environnement de santé;
- techniques de nettoyage et de désinfection des chambres soumises aux précautions supplémentaires;
- utilisation et entretien corrects des ÉPI;
- formation SIMDUT sur l'utilisation des produits de nettoyage et des désinfectants.

Les formations à la PCI et à la santé au travail proposées aux travailleurs des services de l'environnement doivent être données en collaboration avec les services de PCI et de SST, et doivent inclure :

- l'application appropriée et systématique des pratiques de base en tant qu'aspect fondamental de la PCI dans les milieux de soins de longue durée;
- l'hygiène des mains, notamment l'utilisation de DMBA et le lavage des mains;
- l'étiquette respiratoire;
- les pictogrammes utilisés pour indiquer les précautions supplémentaires dans les milieux de soins de longue durée;
- l'utilisation appropriée des ÉPI, notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination en toute sécurité;
- la prévention de l'exposition au sang et aux liquides organiques, notamment la sécurité vis-à-vis des objets pointus et tranchants.

L'équipe de direction et le personnel de supervision des services de l'environnement doivent recevoir une formation qui inclut les points suivants :

- chaîne de transmission;
- protection phytosanitaire;
- réponse face aux éclosions.

Il est recommandé que les chefs de service et les superviseurs des services de l'environnement assistent, au minimum, à une formation reconnue directement liée au nettoyage de l'environnement dans les milieux de santé et qu'ils obtiennent une certification d'une association reconnue :

- Pour les formations disponibles en Ontario, consulter les sites web d'[Ontario Health-Care Housekeepers' Association \(OHHA\)](#) et du [Centennial College](#)<sup>196,197</sup>
- Pour les formations de certification nationales, consulter le site web [CleanLearning](#)<sup>198</sup>
- Pour les formations de certification proposées en français, consulter le site web [Association Hygiène et Salubrité en Santé \(AHSS\)](#)<sup>199</sup>

## 7.9.2 Principes de prévention et de contrôle des infections pour le personnel des services de l'environnement

Les FSLD doivent s'assurer que :

- tous les travailleurs des services de l'environnement reçoivent une formation sur les pratiques de base de la PCI (consulter le [Chapitre 4. Pratiques de base](#) et le [Chapitre 3. Formation du personnel](#));
- les ÉPI sont en nombre suffisant et accessibles à tous les travailleurs des services de l'environnement pour se protéger dans le cadre des pratiques de base, des précautions supplémentaires et contre les produits chimiques utilisés pour le nettoyage;
- la formation sur le SIMDUT concernant la manipulation appropriée des matières biologiques dangereuses est proposée;
- une formation individualisée est proposée sur l'utilisation, le port et le retrait corrects des ÉPI;
- pour les travailleurs des services de l'environnement qui doivent porter un respirateur N95 pour se protéger contre la transmission par voie aérienne, le respirateur doit être ajusté pour la personne qui le porte, en conformité avec un programme de protection respiratoire conforme aux exigences du ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences et de l'Association canadienne de normalisation.

### 7.9.2.1 Gants et autres ÉPI utilisés par les travailleurs des services de l'environnement

L'utilisation appropriée des gants et autres ÉPI dans le cadre des pratiques de base et précautions supplémentaires est décrite dans le Chapitre 4, [Section 4.6 Équipement de protection individuelle pour les pratiques de base](#), et le Chapitre 5, [Section 5.2.1.3 Équipement de protection individuelle utilisé dans le cadre des précautions supplémentaires](#). Étant donné que les travailleurs des services de l'environnement utilisent souvent des gants, il est important de mettre en avant les points suivants :

- les gants ne remplacent jamais l'hygiène des mains — l'hygiène des mains doit toujours être observée avant de mettre les gants et après les avoir retirés;

- les gants (et tous les ÉPI obligatoires) doivent être retirés et jetés immédiatement après avoir terminé l'activité pour laquelle ils ont été utilisés — le personnel des services de l'environnement ne doit pas passer de l'environnement d'un résident à un autre, ou d'une zone de soins du FSLD à une autre, en gardant les mêmes gants.

Le choix des gants doit se faire en fonction d'une évaluation du risque qui détermine la tâche à effectuer et le potentiel d'exposition aux produits chimiques, au sang et aux liquides organiques. Les exigences de type de gants identifiées dans la fiche technique de sécurité doivent être suivies lors de l'utilisation d'un produit chimique<sup>6</sup>. En règle générale :

- les gants jetables peuvent être utilisés pour le nettoyage quotidien régulier et dans les procédures de désinfection des zones de soins aux résidents et pour les toilettes publiques;
- des gants en polymère robustes compatibles avec la fiche technique de sécurité du produit utilisé sont recommandés pour le travail humide long lorsque la longévité est requise, pour le nettoyage après le congé le transfert ou le décès et en cas de contact avec certaines poudres et solutions chimiques;
- les gants ménagers sont acceptables uniquement pour le nettoyage des zones non réservées aux soins (mais pas pour nettoyer les toilettes publiques);
- des gants résistants à la perforation sont recommandés si la tâche présente un risque élevé de blessure percutanée (p. ex., triage du linge, manipulation des déchets).

---

Les gants doivent être retirés, et l'hygiène des mains réalisée, en quittant chaque chambre ou espace de lit de résident.

---

D'autres ÉPI, tels que blouse, masque et protection des yeux, ne sont pas obligatoires dans la plupart des tâches de nettoyage régulières. Cependant, les exigences relatives aux ÉPI identifiées dans les fiches techniques de sécurité doivent être observées lors de l'utilisation de produits chimiques (p. ex., port d'une protection pour les yeux lors du mélange de produits chimiques ou lorsqu'un risque existe de projection, port de vêtements de protection ou d'un tablier lorsque le produit chimique peut provoquer des brûlures ou une irritation de la peau)<sup>6</sup>.

### 7.9.3 Principes et pratiques de santé au travail pour les services de l'environnement

Les FSLD doivent prendre des mesures pour s'assurer de la sécurité du personnel des services de l'environnement, comme pour les autres personnels. Cela inclut une formation à la PCI, l'accès aux ÉPI, un programme de vaccination du personnel, un programme de prévention des blessures par objets pointus et tranchants et l'accès à une gestion appropriée en cas d'exposition à un agent infectieux<sup>5,27,28,49</sup>.

Les travailleurs des services de l'environnement ont également un risque d'exposition aux produits chimiques utilisés pour le nettoyage et à un stress ergonomique lié aux mouvements répétitifs. Le FSLD doit également s'assurer que ces risques sont limités au minimum.

### 7.9.3.1 Sécurité chimique

Les travailleurs des services de l'environnement peuvent être exposés à des produits chimiques et, dans certaines situations, peuvent présenter des symptômes liés à ces expositions. Ces expositions surviennent le plus communément par inhalation (respiratoire) ou par contact direct avec la peau. Les produits chimiques peuvent agir comme des irritants ou des sensibilisants pouvant entraîner des symptômes respiratoires ou une dermatite.

Les produits chimiques qui agissent comme des irritants peuvent exacerber les symptômes d'un asthme sous-jacent. Sur la durée, sans contrôle adéquat, un sensibilisant peut entraîner de l'asthme ou une bronchite chronique. Les symptômes respiratoires augmentent avec la durée d'exposition et de plus fortes concentrations de certains produits chimiques, tels que l'eau de Javel et l'ammoniaque. Certaines tâches, telles que le nettoyage des cuvettes de toilettes, des miroirs, des lavabos et des comptoirs, ainsi que les tâches de lustrage des planchers, exposent régulièrement les personnes à de fortes concentrations de composés organiques volatiles.

Les irritants présents dans les établissements de soins de santé associés aux symptômes de la peau (dermatite de contact irritant) incluent l'eau, les savons et les détergents; et ces symptômes se présentent le plus souvent chez les personnes avec une dermatite atopique sous-jacente (allergie, eczéma). Les symptômes (sécheresse, craquelures, eczéma) sont généralement pires en hiver. Un petit nombre de personnes peut présenter une dermatite de contact allergique dans les cas où un allergène particulier entraîne une réaction inflammatoire, après plusieurs heures ou jours, qui peut apparaître d'un point de vue clinique comme une dermatite de contact irritant.

Il est important que les TS avec un historique important d'allergie, d'asthme ou de dermatite, ou qui présentent des symptômes pouvant être associés à une exposition dans le cadre du travail, soient évalués par les services de SST.

L'exposition aux produits chimiques sur le lieu de travail peut être limitée par l'utilisation de moyens de prévention techniques (p. ex., bonne ventilation, meilleure conception des contenants et systèmes de distribution), les contrôles administratifs (p. ex., élaboration et mises à jour de politiques pour l'utilisation sécurisée des désinfectants, formation) et l'utilisation des ÉPI (p. ex., choix des gants adaptés aux produits chimiques, utilisation de protections faciales pour éviter l'inhalation des vapeurs et les projections dans les yeux). Des précautions doivent être prises pour le nettoyage et la désinfection dans les espaces de petite taille et/ou mal ventilés afin de réduire le risque d'irritation de la peau exposée et des voies respiratoires, et pour s'assurer que les limites d'exposition ne sont pas dépassées. Les établissements devraient conduire régulièrement une évaluation des risques professionnels portant sur le nettoyage et la désinfection des surfaces et du matériel. Cette évaluation devrait évaluer les risques et vérifier que les produits de nettoyage, le matériel et les processus les plus sûrs sont choisis; qu'une formation adaptée et qu'un accès adéquat aux ÉPI sont en vigueur; et que le personnel connaît les protocoles à suivre en cas d'accident, d'exposition ou de blessure.

L'utilisation de systèmes de distribution automatique ou de produits prêts à l'emploi est préférable à une dilution et un mélange manuels, étant donné que les systèmes automatisés réduisent le contact direct des personnes avec les produits concentrés et limitent l'inhalation des composés organiques volatils présents dans les produits concentrés. Les systèmes automatisés assurent également que les ratios de dilution appropriés sont obtenus et éliminent le besoin de décantation.

Les produits chimiques en aérosol ou pulvérisateur à gâchette peuvent provoquer des blessures oculaires et entraîner des problèmes ou maladies respiratoires et ne doivent jamais être utilisés.

---

Ne pas utiliser les produits chimiques en aérosol ou en pulvérisateur à gâchette.

---

Les produits chimiques doivent être entreposés et manipulés de façon appropriée<sup>26</sup>. Le foyer de soins de longue durée a l'obligation d'avoir des politiques et procédures écrites en accord avec le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT). Tout le personnel des services de nettoyage doit recevoir une formation au SIMDUT et connaître l'emplacement des fiches techniques de sécurité de chaque produit de nettoyage et désinfectant qu'ils utilisent. Les fiches techniques de sécurité doivent obligatoirement être disponibles, comme exigé par le [R.R.O. 1990, Règl. 860 : Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail \(SIMDUT\)](#)<sup>26</sup>. Lorsque cela est approprié, des stations de rinçage pour les yeux doivent être disponibles et accessibles.

- Des renseignements supplémentaires sur le SIMDUT sont disponibles auprès de [Santé Canada](#)<sup>200</sup>.

### 7.9.3.2 Considérations sur l'ergonomie

Les travailleurs des services de l'environnement sont exposés à des risques de blessures liées à l'ergonomie. Les mouvements répétitifs, les postures de travail inconfortables, soulever de lourdes charges et devoir appliquer de fortes pressions (p. ex., pour frotter) peuvent entraîner des blessures et sont exacerbés par du matériel de nettoyage mal conçu ou de taille inappropriée, par un manque de formation sur les bonnes techniques de nettoyage, par des tâches longues et/ou des périodes de repos insuffisantes. Le choix du matériel de nettoyage doit suivre les principes de l'ergonomie. Le matériel léger, facile à vider et doté d'un manche de longueur appropriée permet de réduire le risque de blessure. En outre, diverses longueurs de manches devraient être disponibles pour s'assurer que des personnes de tailles différentes aient accès à un matériel bien adapté d'un point de vue ergonomique. Pour en savoir plus sur la conception ergonomique pour le nettoyage de l'environnement, visiter le site web [Public Services Health & Safety Association](#)<sup>201</sup>.

## 7.10 Évaluation de la propreté et contrôle de la qualité

Pour s'assurer que le nettoyage de l'environnement est conforme aux politiques du FSLD relatives au nettoyage de l'environnement, il faut évaluer (faire un audit) régulièrement à la fois la propreté du FSLD et le processus de nettoyage.

Évaluer le nettoyage et la propreté peut faciliter les points suivants :

- la formation des travailleurs des services de l'environnement (consulter le [Chapitre 3. Formation du personnel](#));
- la standardisation des procédures de nettoyage;
- s'assurer que le nettoyage est réalisé de façon uniforme;
- évaluer le caractère adéquat des ressources dédiées au nettoyage de l'environnement (consulter la [Section 3.1.1 Nature et organisation des ressources requises pour assurer un nettoyage environnemental efficace](#) du document du document du CCPMI-IPC 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*)<sup>173</sup>;
- améliorer l'efficacité du nettoyage.

Il existe différentes façons de vérifier la propreté et le nettoyage, cela peut se faire par évaluations visuelles, par observation de la performance, par des enquêtes, ou avec des technologies capables d'évaluer si des surfaces ont été nettoyées et désinfectées. Pour être efficaces, ces méthodes doivent être standardisées, utilisées régulièrement et mises en œuvre sous forme de collaboration entre les services de l'environnement et de PCI.

Les résultats de ces évaluations doivent être utilisés pour informer, former et pour donner des retours d'information positifs et constructifs aux travailleurs des services de l'environnement de première ligne. Les résultats de ces évaluations ne doivent pas être utilisés de façon punitive.

Ces résultats d'évaluations doivent être présentés régulièrement aux services de l'environnement, au service de PCI et à la direction du FSLD. Un aperçu des approches pour la vérification du nettoyage et de la propreté est fourni dans les [Tableau 7](#) et [Tableau 8](#) du document du CCPMI-IPC 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, 3<sup>e</sup> édition*.

Les FSLD doivent conduire régulièrement des évaluations visuelles et des observations de la performance. Les évaluations visuelles sont utiles pour s'assurer qu'une propreté « hôtelière » est obtenue et elles doivent être réalisées régulièrement à l'aide d'une liste de vérification standardisée.

De plus, les superviseurs des services de l'environnement doivent observer régulièrement les travailleurs de ces services dans la réalisation de leurs tâches de nettoyage afin de vérifier que les procédures correctes de nettoyage sont suivies. Les meilleurs résultats pour améliorer le nettoyage seront obtenus lorsque le retour d'information est immédiat et constructif.

Les enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles sur leur perception de la propreté du FSLD ne mettent pas forcément en évidence avec exactitude les lacunes et ne doivent pas servir de méthode de base pour l'évaluation du nettoyage et de la désinfection. Cependant, les préoccupations soulevées par le résident et les familles dans ces enquêtes doivent être prises en compte.

Ni les vérifications visuelles ni les observations de la performance ne capturent pleinement tous les éléments requis pour un nettoyage et une désinfection efficaces. D'autres technologies de vérification (p. ex., marquage environnemental, ATP-métrie par bioluminescence) doivent être envisagées pour améliorer l'efficacité du nettoyage et de la désinfection.

D'autres renseignements sur le contrôle de la qualité du nettoyage, notamment sur l'utilisation des technologies de surveillance, sont donnés dans le document du CCPMI-IPC 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\*](#)<sup>173</sup>.

### 7.10.1 Supervision du nettoyage et de la propreté dans le FSLD — Tout mettre en place

Il existe de nombreuses façons de superviser et d'évaluer le nettoyage. Toutes nécessitent qu'une personne formée supervise ou vérifie de manière standardisée et fournisse un retour d'information régulier sur les résultats au personnel des services de l'environnement de première ligne et aux services de l'environnement, au service de PCI et à la direction du FSLD.

Les FSLD devraient s'appuyer sur une combinaison de ces approches pour vérifier l'efficacité du nettoyage. Au minimum, les FSLD devraient avoir recours à des évaluations de la performance et à des évaluations visuelles. Les enquêtes auprès des résidents ou des familles peuvent également être envisagées. L'une ou l'autre des technologies de marquage environnemental ou d'ATP-métrie par bioluminescence apporte une valeur supplémentaire importante et devrait être utilisée en accord avec les services de l'environnement et de PCI.

## Obligations légales

- 56. Les FSLD doivent obligatoirement acheter, installer ou utiliser des surfaces, finitions, meubles et matériels (notamment le matériel électronique) qui peuvent être nettoyés et désinfectés efficacement.**
- 57. Les surfaces, finitions, meubles et matériels utilisés dans un FSLD doivent être lavables avec des produits de nettoyage, détergents et désinfectants pour hôpitaux, et en particulier avec ceux utilisés dans le FSLD.**
- 58. Les FSLD doivent se conformer aux règlements publiés relatifs au lavage du linge.**
- 59. Locaux techniques/salles de travail pour matériel souillé :**
  - a. Doivent être physiquement séparés des autres zones, notamment des zones pour fournitures/entreposage de matériel propre.**
  - b. Doivent avoir un comptoir de travail et un lavabo médical avec bord à effet d'eau.**
  - c. Ne doivent pas utiliser de pulvérisateurs fixés à la trémie.**
  - d. Doivent avoir un lavabo dédié au lavage des mains avec eau chaude et froide.**

- e. Doivent avoir un espace suffisant pour permettre l'utilisation du matériel nécessaire pour l'élimination des déchets.
  - f. Doivent avoir des ÉPI pour la protection du personnel lors du nettoyage et de la désinfection.
  - g. Doivent être d'une taille adaptée à l'unité et être situé près des zones de soins.
60. Les locaux/zones de fournitures propres doivent :
- a. Être séparés et n'avoir aucune connexion directe avec les zones pour matériel souillé.
  - b. Protéger les fournitures de la poussière et de l'humidité et les entreposer sans contact avec le sol.
  - c. Être à côté des zones de travail et facilement accessibles par le personnel.
61. Des locaux de ménage doivent être fournis dans toutes les zones de soins principales, avec au moins un local pour 650 mètres carrés.
62. Les locaux de ménage :
- a. Doivent être dédiés à l'entreposage des fournitures de nettoyage et à la préparation et à l'élimination des produits de nettoyage; ils ne doivent pas être utilisés pour d'autres tâches.
  - b. Doivent être entretenus selon les bonnes pratiques d'hygiène.
  - c. Doivent avoir un lavabo dédié au lavage des mains avec eau chaude et froide.
  - d. Doivent avoir accès à une station pour le rinçage des yeux.
  - e. Doivent avoir les ÉPI appropriés à disposition, notamment des lunettes de sécurité.
  - f. Doivent être alimentés en eau chaude et froide et avoir un drainage au sol.
  - g. Doivent être correctement ventilés et éclairés.
  - h. Doivent être conçus pour être à pression négative par rapport aux zones environnantes.
  - i. Doivent être facilement accessibles pour la zone qu'ils desservent.
  - j. Doivent être sécurisés et leur accès doit être limité au personnel médical et d'assistance.
  - k. Doivent être dimensionnés correctement pour la quantité de matériel, équipements, machines et produits chimiques entreposés et doivent permettre de bouger en respectant des postures ergonomiquement correctes.
  - l. Ne doivent pas contenir d'objets personnels, de nourriture et de boissons.
  - m. Doivent avoir un moyen d'entreposer les produits chimiques qui assure que ces produits ne seront pas endommagés et qu'on peut y accéder en toute sécurité.
  - n. Doivent être conçus de façon ergonomique de sorte que, lorsque c'est possible, les seaux puissent être vidés sans avoir à les soulever.
63. Les produits de nettoyage et de désinfection doivent être étiquetés avec les renseignements du SIMDUT.

64. Les produits de nettoyage et de désinfection doivent être entreposés de façon sécurisée dans des locaux ou placards de stockage.
65. Des politiques et procédures écrites sont obligatoires pour la collecte, la manipulation, l'entreposage, le transport et l'élimination des déchets biomédicaux, notamment des objets pointus et tranchants; celles-ci doivent s'appuyer sur les règlements et lois provinciaux et municipaux.
66. Les personnes qui manipulent les déchets doivent porter des ÉPI adaptés au risque.
67. Les déchets transportés au sein du FSLD :
  - a. Ne doivent pas traverser des zones propres, des parties publiques ou des unités de soins pour résidents.
  - b. Doivent être transportés dans des chariots antifuite et avec couvercle, et qui sont nettoyés régulièrement.

## Recommandations

68. Les programmes des services de l'environnement doivent donner la priorité à la sécurité des résidents.
69. Une personne au sein du FSLD doit être responsable du programme des services de l'environnement et doit en référer régulièrement auprès de la direction du FSLD et communiquer avec les diverses parties prenantes.
70. Le programme des services de l'environnement doit travailler avec toutes les parties prenantes, notamment les services de PCI et de SST, afin d'assurer un environnement sécuritaire pour les résidents et le personnel.
71. Les programmes des services de l'environnement doivent avoir les ressources nécessaires pour assurer un nettoyage efficace en tout temps, notamment en périodes de forte et de faible demande.
72. Les programmes des services de l'environnement doivent avoir un personnel suffisant, selon la taille et la complexité du FSLD, pour assurer un nettoyage et une désinfection uniformes et en temps utile.
73. Les programmes des services de l'environnement doivent avoir un nombre suffisant de superviseurs pour s'assurer que tout le personnel des services de l'environnement est formé, supervisé et adhère aux politiques et procédures de la santé au travail, de PCI et des services de l'environnement, notamment les calendriers et protocoles de nettoyage.
74. Les FSLD doivent avoir des politiques et des protocoles écrits relatifs au nettoyage et à la désinfection de l'ensemble des zones et matériels de soins qui soient réévalués et actualisés régulièrement.
75. Lorsque les FSLD sous-traitent leurs services de l'environnement à l'extérieur, le FSLD doit s'assurer que les services fournis répondent à toutes les exigences du FSLD et que les pratiques soient conformes aux politiques de PCI et SST du FSLD.
76. Les services de l'environnement, de PCI et de SST doivent prendre part au choix des surfaces, finitions, meubles et matériels utilisés dans le FSLD.

77. Les meubles tapissés ne doivent pas être utilisés dans les zones réservées aux soins des résidents.
78. Les rideaux d'intimité en tissu doivent être retirés et remplacés ou nettoyés et désinfectés après le congé ou le transfert du résident (et avant qu'un autre résident ne soit admis dans la chambre ou l'espace de lit), après l'arrêt des précautions supplémentaires, régulièrement (p. ex., tous les mois, à chaque trimestre), et immédiatement s'ils sont contaminés par du sang ou des liquides organiques, ou sont visiblement souillés.
79. Les tapis ou moquettes ne doivent pas être utilisés dans les zones du FSLD réservées aux soins des résidents.
80. Les FSLD doivent avoir des processus d'inspection régulière des surfaces, finitions, meubles et matériels pour détecter les dommages pouvant nuire au nettoyage. Les surfaces, finitions, meubles et matériels endommagés doivent être réparés ou remplacés.
81. Les services de l'environnement, de PCI et de SST doivent prendre part au choix des produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans le FSLD.
82. Les produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans les FSLD doivent être utilisés selon les instructions du fabricant et doivent être compatibles avec les surfaces, finitions, meubles, objets et matériels à nettoyer.
83. Les produits désinfectants utilisés dans le FSLD doivent être prévus pour être utilisés en hôpital et doivent avoir un numéro DIN.
84. Les FSLD doivent choisir un nombre limité de désinfectants pour hôpital afin de réduire au minimum les exigences de formation et les risques d'erreurs.
85. Les calendriers de nettoyage doivent être définis sur la base d'une évaluation qui détermine le risque que des surfaces contaminées entraînent une infection chez les résidents ou le personnel.
86. Tout le matériel doit être nettoyé et désinfecté entre les résidents, notamment le matériel de transport.
87. Les FSLD doivent avoir des politiques et des procédures portant sur le nettoyage et la désinfection du matériel médical non essentiel qui définissent la fréquence et la méthode pour le nettoyage, et attribuent la responsabilité du nettoyage.
88. Le FSLD doit avoir un processus clair pour identifier et séparer le matériel qui a été utilisé (« souillé ») du matériel qui a été nettoyé et désinfecté et qui est prêt à être utilisé (« propre »).
89. Les FSLD doivent avoir à disposition les instructions du fabricant spécifiques à chaque matériel utilisé pour le nettoyage et la désinfection de tout le matériel médical non essentiel.
90. Les FSLD doivent avoir des politiques et des procédures en vigueur pour le nettoyage régulier et de congé ou de transfert pour les chambres soumises aux précautions contre la transmission par contact et par contact ou gouttelettes. Celles-ci doivent préciser les micro-organismes pour lesquels les pratiques de nettoyage et de désinfection renforcées sont exigées (p. ex., *C. difficile*).

91. Les FSLD doivent avoir des politiques et des procédures en vigueur pour la gestion des inondations, des fuites d'eau, des déversements de sang ou de liquides organiques, notamment les protocoles de nettoyage et de désinfection obligatoires.
92. Les FSLD doivent avoir des politiques et des procédures en vigueur pour assurer que le linge est transporté, nettoyé et entreposé de façon à assurer un nettoyage efficace et à éviter la recontamination lors du transport et de l'entreposage.
93. Les FSLD doivent avoir des zones dédiées à l'entreposage du linge propre.
94. Les FSLD doivent proposer une formation initiale et continue aux travailleurs des services de l'environnement et doivent documenter la formation et les compétences.
95. Les travailleurs des services de l'environnement doivent observer les pratiques de base et précautions supplémentaires.
96. Les politiques de SST pour le personnel des FSLD (p. ex., programmes de vaccination) doivent inclure les travailleurs des services de l'environnement.
97. Les aérosols et pulvérisateurs à gâchette pour produits de nettoyage chimiques ne doivent pas être utilisés.
98. Les principes de l'ergonomie doivent être suivis lors du choix du matériel pour le nettoyage de l'environnement.
99. Les FSLD doivent régulièrement évaluer la qualité du nettoyage et de la désinfection.
100. Les FSLD doivent avoir recours à au moins une mesure d'évaluation directe du nettoyage (c.-à-d., marquage environnemental, ATP-métrie par bioluminescence), en plus des évaluations par observation (p. ex., observation de la performance, évaluation visuelle).
101. Les résultats des vérifications du nettoyage doivent être utilisés aux fins de formation et pour apporter un retour d'information positif et constructif aux travailleurs des services de l'environnement.
102. Les résultats des vérifications et du retour d'information doivent être présentés à la direction des services de l'environnement du FSLD, ainsi qu'au comité de gestion des infections et/ou comité qualité et sécurité (ou équivalent) approprié.
103. Locaux techniques/salles de travail pour matériel souillé (en plus des exigences énumérées dans la section sur les obligations légales) :
  - a. Doivent avoir une porte qui ouvre et ferme sans avoir à utiliser les mains lorsque cela ne crée pas un risque pour les résidents.
  - b. Doivent avoir un lavabo de service si le rinçage ou le nettoyage grossier des instruments ou des matériels médicaux est effectué dans le local.
104. Les chariots de nettoyage doivent comporter une séparation claire entre le matériel propre et souillé.

**105. Les chariots de nettoyage ne doivent jamais contenir d'objets personnels, de nourriture et de boissons.**

**106. Les déchets transportés au sein du FSLD :**

- a. Doivent être transportés en suivant un circuit clairement défini.**
- b. Ne doivent pas être transportés dans un ascenseur en même temps que des résidents, des chariots pour le service de la nourriture ou des fournitures ou du linge propres.**

# Récapitulatif des obligations légales et des recommandations

Ce tableau fournit un récapitulatif des obligations légales et des recommandations fournies par le CCPMI-PCI dans son document intitulé *Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections dans un contexte de soins de longue durée*.

De plus, ce tableau inclut trois colonnes pouvant être utilisées pour déterminer à quelles obligations légales et recommandations un établissement de santé se conforme, se conforme partiellement ou ne se conforme pas.

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
<b>Chapitre 1. Législation relative à la PCI dans les foyers de soins de longue durée</b>			
<b>Obligations légales</b>			
1. Tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de se conformer aux exigences législatives fédérales et provinciales en matière de santé et de sécurité, y compris les exigences législatives relatives à la prévention et au contrôle des infections (PCI).			
2. Tous les FSLD sont tenus de se conformer à la norme relative à la prévention et au contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée <sup>5</sup> .			
<b>Recommandations</b>			
3. Les foyers de soins de longue durée devraient élaborer et soutenir un programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui met en œuvre les meilleures pratiques en la matière, dans le but de réduire au minimum les risques d'infection pour les résidents, le personnel et toutes les autres personnes présentes dans l'environnement du foyer.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
<b>Chapitre 2. Structure, fonctionnement et ressources nécessaires du programme de PCI</b>			
<b>Obligations légales</b>			
4. Tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) de l'Ontario sont tenus d'élaborer et de maintenir un programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) efficace, axé sur la réduction du risque d'infections associées aux soins de santé, afin d'améliorer le bien-être et la sécurité des résidents et du personnel <sup>27,102</sup> .			
5. Tous les FSLD sont tenus de disposer d'une équipe interdisciplinaire de PCI chargée de fixer les objectifs des programmes de PCI et de veiller à ce que ces objectifs soient atteints <sup>5</sup> .			
6. Le programme de PCI est obligatoirement dirigé par un professionnel de la prévention et contrôle des infections formé et agréé <sup>5,102</sup> .			
7. Les FSLD doivent disposer d'un nombre suffisant de professionnels de la prévention et du contrôle des infections pour permettre la mise en œuvre efficace de toutes les fonctions essentielles du programme de PCI. Le nombre de coordonnateurs au sein du programme de PCI doit être proportionnel à la taille, à la complexité et la diversité des cas et au risque encouru par la population desservie par le FSLD, et doit respecter les exigences minimales en matière d'heures de travail dédiées à la coordination, établies par la norme ontarienne de prévention et de contrôle des infections en fonction du nombre de lits <sup>1,5</sup> .			
<b>Recommandations</b>			
8. Le soutien assidu au programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) doit constituer une priorité organisationnelle.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
9. Au minimum, le programme de PCI doit faire l'objet d'une évaluation annuelle par l'équipe EIDP afin de réévaluer les besoins du foyer de soins de longue durée (FSLD), de vérifier si les objectifs du programme de PCI sont atteints et de déterminer si des éléments de programme supplémentaires sont nécessaires.			
10. Les FSLD doivent avoir accès à un laboratoire de microbiologie agréé capable de traiter les échantillons de dépistage des ORA, d'alerter le programme de PCI en cas de détection de micro-organismes importants et de fournir au programme des informations de surveillance dans les meilleurs délais.			
11. Le programme de PCI du FSLD doit établir des liens formels avec des experts en PCI hors établissement, notamment avec : des professionnels du contrôle des infections accrédités dans un autre FSLD ou dans une unité de soins actifs, des médecins spécialisés en PCI, une unité de santé publique (USP) ou un centre de coordination de la PCI, afin de soutenir le programme PCI du foyer et de garantir que les pratiques restent à jour et fondées sur des données probantes.			
<b>Chapitre 3. Formation et perfectionnement du personnel</b>			
<b>Obligations légales</b>			
12. Tous les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de veiller à ce que leur personnel reçoive une formation sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) dès son embauche, puis chaque année <sup>4,5,27</sup> .			
13. Le programme de formation en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) doit être élaboré par le responsable de la PCI afin de répondre aux besoins du foyer de soins de longue durée (FSLD); il doit être évalué et mis à jour chaque année <sup>5</sup> .			
14. La formation du personnel doit être documentée afin que la conformité aux exigences annuelles en matière de formation puisse être communiquée à l'EIDP <sup>5</sup> .			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
<b>Recommandations</b>			
15. La formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) doit être dispensée par le service de PCI ou par du personnel formé par ce dernier à cette fin.			
16. Le personnel doit être instruit par le service de PCI quant à la manière de sensibiliser les soignants essentiels et les visiteurs aux pratiques de PCI requises au sein du foyer de soins de longue durée (FSLD) et doit aider les résidents à apprendre et à appliquer les pratiques d'hygiène des mains et les règles d'étiquette respiratoire.			
<b>Chapitre 4. Pratiques de base</b>			
<b>Obligations légales</b>			
17. Le foyer de soins de longue durée (FSLD) est tenu de mettre en place un programme de protection respiratoire conforme aux exigences du ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences <sup>6,8,202</sup> .			
18. Le foyer de soins de longue durée (FSLD) est tenu de disposer d'un programme de vaccination pour le personnel qui informe sur les vaccinations recommandées et obligatoires (par exemple, le vaccin contre la grippe, le vaccin contre la COVID-19) et facilite l'accès au vaccin (par exemple, congé pour se rendre à la clinique de vaccination, unité mobile de vaccination au sein du FSLD) <sup>5,28</sup> .			
19. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) sont tenus de disposer d'un programme visant à former et à sensibiliser l'ensemble du personnel aux pratiques de base, et comprenant tous les composants de ces pratiques comme l'ERPS (évaluation des risques au point de service), l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire, l'utilisation des ÉPI, la désinfection du matériel, etc. <sup>5</sup>			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
<b>Recommandations</b>			
20. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent disposer d'un programme de prévention des blessures par objets tranchants.			
21. Les FSLD doivent mettre en place des politiques relatives à la santé au travail garantissant que les membres du personnel ne se présentent pas au travail lorsqu'ils présentent des symptômes pouvant être liés à une infection nosocomiale.			
22. Les FSLD doivent disposer de politiques et de procédures de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui décrivent les pratiques de base et la manière dont celles-ci doivent être appliquées au sein du foyer.			
23. Les FSLD et leur personnel doivent veiller à ce que les composants des pratiques de base soient intégrés à la culture du foyer et à la pratique quotidienne de l'ensemble du personnel à tout moment pendant la prise en charge de tous les résidents.			
24. La formation du personnel sur tous les composants des pratiques de base doit être documentée et communiquée au responsable afin d'être prise en compte dans l'évaluation des performances du personnel.			
25. Les FSLD doivent s'assurer que les visiteurs et les proches aidants reçoivent, avant leur visite, des instructions sur les mesures requises pour prévenir la transmission d'infections vers ou depuis le résident.			
26. Les professionnels de santé doivent effectuer une évaluation des risques au point de service (ERPS) avant chaque interaction avec un résident ou son environnement afin de déterminer les interventions nécessaires pour prévenir la transmission d'une infection pendant l'interaction.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
27. Le personnel n'ayant pas été formé à la réalisation d'une ERPS doit recevoir des instructions claires sur toutes les procédures de prévention et de contrôle des infections (PCI) requises lorsqu'il entre dans la chambre d'un résident ou lui prodigue des soins.			
28. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent mettre en œuvre un programme complet d'hygiène des mains conforme aux recommandations du document du CCPMI-PCI intitulé les Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé.			
29. Les FSLD doivent fournir un ÉPI approprié et facilement accessible sur le lieu de soins.			
30. Les FSLD doivent disposer d'un processus d'évaluation de l'ÉPI afin de s'assurer qu'il répond aux normes de qualité, le cas échéant.			
31. Les chambres individuelles, dotées d'une salle de bain et d'un lavabo privés, sont privilégiées pour l'hébergement de tous les résidents.			
32. Les résidents qui salissent leur environnement ou pour lesquels une hygiène adéquate ne peut être maintenue doivent être prioritairement placés dans une chambre individuelle dotée de toilettes privées.			
33. Le foyer de soins de longue durée doit mettre en œuvre un programme visant à promouvoir l'étiquette respiratoire auprès du personnel, des résidents, des visiteurs et des proches aidants.			
34. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent disposer d'effectifs suffisants pour permettre au personnel de prodiguer des soins optimaux aux résidents tout en appliquant l'ensemble des pratiques de base, afin de minimiser le risque de transmission d'infections au sein du foyer.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
<b>Chapitre 5. Précautions supplémentaires</b>			
<b>Recommandations</b>			
35. Le FSLD doit avoir des politiques et procédures de PCI qui définissent les précautions supplémentaires et la façon dont elles doivent être mises en œuvre dans le FSLD.			
36. Le FSLD et son personnel doivent s'assurer que les mesures incluses dans les précautions supplémentaires sont mises en œuvre de façon systématique dans le FSLD pour les résidents qui nécessitent des précautions supplémentaires.			
37. Les FSLD doivent avoir un programme d'information et de formation du personnel portant sur les précautions supplémentaires, notamment sur toutes les mesures incluses dans les précautions supplémentaires (p. ex., choix de la chambre, modification des activités du résident, utilisation des ÉPI, nettoyage et désinfection du matériel, nettoyage de l'environnement, communication et pictogrammes, etc.).			
38. L'information et la formation du personnel sur l'ensemble des mesures incluses dans les précautions supplémentaires doivent être documentées et communiquées au directeur afin d'être incluses dans le dossier de performance du personnel.			
39. La politique de PCI du FSLD doit autoriser n'importe quel professionnel de santé réglementé travaillant dans le FSLD à mettre en œuvre les précautions supplémentaires si leur évaluation des risques au point de service (ERPS) indique qu'un résident nécessite des précautions supplémentaires (p. ex., le résident présente une nouvelle fièvre ou toux), selon les politiques et procédures de PCI du FSLD. Lors du déclenchement des précautions supplémentaires, le principal médecin traitant du résident et le service de PCI doivent être informés.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
40. Les résidents doivent être retirés du programme de précautions supplémentaires uniquement après consultation avec le service de PCI.			
41. Lorsqu'un résident est identifié comme nécessitant des précautions supplémentaires, le placement du résident doit être déterminé sur la base des politiques de PCI du FSLD et une évaluation du risque doit être conduite en consultation avec le service de PCI.			
42. Lorsqu'une chambre individuelle est requise pour un résident nécessitant des précautions supplémentaires, mais qu'une telle chambre n'est pas immédiatement disponible, la faisabilité de regrouper des résidents infectés par le même micro-organisme doit être envisagée, en consultation avec le service de PCI.			
43. Dans les cas où il y a regroupement, mettre en œuvre les précautions supplémentaires individuellement pour chaque résident. Ne pas porter la même blouse et les mêmes gants pour passer d'un résident à un autre dans la même chambre. Le matériel doit être nettoyé et désinfecté entre les résidents.			
44. Les visiteurs et les fournisseurs de soins essentiels qui sont en contact direct avec les résidents soumis à des précautions supplémentaires, ou qui leur prodiguent des soins, doivent être formés à l'utilisation appropriée de tous les ÉPI requis.			
45. Les résidents visés par les précautions contre la transmission par voie aérienne doivent être placés dans une chambre d'isolement des infections par voie aérienne (CIIA) dès que possible. Si aucune CIIA n'est disponible dans le FSLD, le résident doit être transféré vers un établissement qui en a une. Jusqu'au transfert, le résident doit être confiné dans sa chambre, porte fermée, sauf pour les interventions médicales nécessaires. Les résidents soumis aux précautions contre la transmission par gouttelettes et par voie aérienne doivent porter un masque, s'ils le tolèrent, lorsqu'ils doivent sortir de leurs chambres.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
<b>Chapitre 6. Sécurité des médicaments et gestion des vaccins</b>			
<b>Recommandations</b>			
46. Ne pas réinsérer une seringue ou une aiguille déjà utilisée pour un résident dans un flacon de médicament.			
47. Ne pas prélever de médicament dans un flacon avec une seringue ou une aiguille déjà utilisée pour un résident.			
48. Ne pas réutiliser les seringues.			
49. Ne pas réutiliser les aiguilles.			
50. Ne pas réutiliser les flacons à dose unique et ne pas prélever et réutiliser le reste du contenu d'un flacon à dose unique.			
51. Ne pas réutiliser les flacons à dose unique et ne pas prélever et réutiliser le reste du contenu d'un flacon à dose unique.			
52. Ne pas préremplir les seringues pour une utilisation ultérieure.			
53. Les flacons de médicament multidoses ouverts doivent être jetés selon les instructions du fabricant ou 28 jours après ouverture, selon l'échéance la plus courte.			
54. Les instructions du fabricant du vaccin ou du ministère de la Santé relatives à l'entreposage et la manipulation des vaccins doivent être observées.			
55. Ne pas partager les appareils de test de la glycémie et leurs différentes pièces entre plusieurs résidents.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
<b>Chapitre 7. Nettoyage de l'environnement</b>			
<b>Obligations légales</b>			
56. Les FSLD doivent obligatoirement acheter, installer ou utiliser des surfaces, finitions, meubles et matériels (notamment le matériel électronique) qui peuvent être nettoyés et désinfectés efficacement.			
57. Les surfaces, finitions, meubles et matériels utilisés dans un FSLD doivent être lavables avec des produits de nettoyage, détergents et désinfectants pour hôpitaux, et en particulier avec ceux utilisés dans le FSLD.			
58. Les FSLD doivent se conformer aux règlements publiés relatifs au lavage du linge.			
59. Locaux techniques/salles de travail pour matériel souillé : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Doivent être physiquement séparés des autres zones, notamment des zones pour fournitures/entreposage de matériel propre.</li> <li>b. Doivent avoir un comptoir de travail et un lavabo médical avec bord à effet d'eau.</li> <li>c. Ne doivent pas utiliser de pulvérisateurs fixés à la trémie.</li> <li>d. Doivent avoir un lavabo dédié au lavage des mains avec eau chaude et froide.</li> <li>e. Doivent avoir un espace suffisant pour permettre l'utilisation du matériel nécessaire pour l'élimination des déchets.</li> <li>f. Doivent avoir des ÉPI pour la protection du personnel lors du nettoyage et de la désinfection.</li> <li>g. Doivent être d'une taille adaptée à l'unité et être situé près des zones de soins.</li> </ul>			
60. Les locaux/zones de fournitures propres doivent : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Être séparés et n'avoir aucune connexion directe avec les zones pour matériel souillé.</li> <li>b. Protéger les fournitures de la poussière et de l'humidité et les entreposer sans contact avec le sol.</li> <li>c. Être à côté des zones de travail et facilement accessibles par le personnel.</li> </ul>			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
61. Des locaux de ménage doivent être fournis dans toutes les zones de soins principales, avec au moins un local pour 650 mètres carrés.			
62. Les locaux de ménage : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Doivent être dédiés à l'entreposage des fournitures de nettoyage et à la préparation et à l'élimination des produits de nettoyage; ils ne doivent pas être utilisés pour d'autres tâches.</li> <li>b. Doivent être entretenus selon les bonnes pratiques d'hygiène.</li> <li>c. Doivent avoir un lavabo dédié au lavage des mains avec eau chaude et froide.</li> <li>d. Doivent avoir accès à une station pour le rinçage des yeux.</li> <li>e. Doivent avoir les ÉPI appropriés à disposition, notamment des lunettes de sécurité.</li> <li>f. Doivent être alimentés en eau chaude et froide et avoir un drainage au sol.</li> <li>g. Doivent être correctement ventilés et éclairés.</li> <li>h. Doivent être conçus pour être à pression négative par rapport aux zones environnantes.</li> <li>i. Doivent être facilement accessibles pour la zone qu'ils desservent.</li> <li>j. Doivent être sécurisés et leur accès doit être limité au personnel médical et d'assistance.</li> <li>k. Doivent être dimensionnés correctement pour la quantité de matériel, équipements, machines et produits chimiques entreposés et doivent permettre de bouger en respectant des postures ergonomiquement correctes.</li> <li>l. Ne doivent pas contenir d'objets personnels, de nourriture et de boissons.</li> <li>m. Doivent avoir un moyen d'entreposer les produits chimiques qui assure que ces produits ne seront pas endommagés et qu'on peut y accéder en toute sécurité.</li> <li>n. Doivent être conçus de façon ergonomique de sorte que, lorsque c'est possible, les seaux puissent être vidés sans avoir à les soulever.</li> </ul>			
63. Les produits de nettoyage et de désinfection doivent être étiquetés avec les renseignements du SIMDUT.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
64. Les produits de nettoyage et de désinfection doivent être entreposés de façon sécurisée dans des locaux ou placards de stockage.			
65. Des politiques et procédures écrites sont obligatoires pour la collecte, la manipulation, l'entreposage, le transport et l'élimination des déchets biomédicaux, notamment des objets pointus et tranchants; celles-ci doivent s'appuyer sur les règlements et lois provinciaux et municipaux.			
66. Les personnes qui manipulent les déchets doivent porter des ÉPI adaptés au risque.			
67. Les déchets transportés au sein du FSLD: a. Ne doivent pas traverser des zones propres, des parties publiques ou des unités de soins pour résidents. b. Doivent être transportés dans des chariots antifuite et avec couvercle, et qui sont nettoyés régulièrement.			
<b>Recommandations</b>			
68. Les programmes des services de l'environnement doivent donner la priorité à la sécurité des résidents.			
69. Une personne au sein du FSLD doit être responsable du programme des services de l'environnement et doit en référer régulièrement auprès de la direction du FSLD et communiquer avec les diverses parties prenantes.			
70. Le programme des services de l'environnement doit travailler avec toutes les parties prenantes, notamment les services de PCI et de SST, afin d'assurer un environnement sécuritaire pour les résidents et le personnel.			
71. Les programmes des services de l'environnement doivent avoir les ressources nécessaires pour assurer un nettoyage efficace en tout temps, notamment en périodes de forte et de faible demande.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
72. Les programmes des services de l'environnement doivent avoir un personnel suffisant, selon la taille et la complexité du FSLD, pour assurer un nettoyage et une désinfection uniformes et en temps utile.			
73. Les programmes des services de l'environnement doivent avoir un nombre suffisant de superviseurs pour s'assurer que tout le personnel des services de l'environnement est formé, supervisé et adhère aux politiques et procédures de la santé au travail, de PCI et des services de l'environnement, notamment les calendriers et protocoles de nettoyage.			
74. Les FSLD doivent avoir des politiques et des protocoles écrits relatifs au nettoyage et à la désinfection de l'ensemble des zones et matériels de soins qui soient réévalués et actualisés régulièrement.			
75. Lorsque les FSLD sous-traitent leurs services de l'environnement à l'extérieur, le FSLD doit s'assurer que les services fournis répondent à toutes les exigences du FSLD et que les pratiques soient conformes aux politiques de PCI et SST du FSLD.			
76. Les services de l'environnement, de PCI et de SST doivent prendre part au choix des surfaces, finitions, meubles et matériels utilisés dans le FSLD.			
77. Les meubles tapissés ne doivent pas être utilisés dans les zones réservées aux soins des résidents.			
78. Les rideaux d'intimité en tissu doivent être retirés et remplacés ou nettoyés et désinfectés après le congé ou le transfert du résident (et avant qu'un autre résident ne soit admis dans la chambre ou l'espace de lit), après l'arrêt des précautions supplémentaires, régulièrement (p. ex., tous les mois, à chaque trimestre), et immédiatement s'ils sont contaminés par du sang ou des liquides organiques, ou sont visiblement souillés.			
79. Les tapis ou moquettes ne doivent pas être utilisés dans les zones du FSLD réservées aux soins des résidents.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
80. Les FSLD doivent avoir des processus d'inspection régulière des surfaces, finitions, meubles et matériels pour détecter les dommages pouvant nuire au nettoyage. Les surfaces, finitions, meubles et matériels endommagés doivent être réparés ou remplacés.			
81. Les services de l'environnement, de PCI et de SST doivent prendre part au choix des produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans le FSLD.			
82. Les produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans les FSLD doivent être utilisés selon les instructions du fabricant et doivent être compatibles avec les surfaces, finitions, meubles, objets et matériels à nettoyer.			
83. Les produits désinfectants utilisés dans le FSLD doivent être prévus pour être utilisés en hôpital et doivent avoir un numéro DIN.			
84. Les FSLD doivent choisir un nombre limité de désinfectants pour hôpital afin de réduire au minimum les exigences de formation et les risques d'erreurs.			
85. Les calendriers de nettoyage doivent être définis sur la base d'une évaluation qui détermine le risque que des surfaces contaminées entraînent une infection chez les résidents ou le personnel.			
86. Tout le matériel doit être nettoyé et désinfecté entre les résidents, notamment le matériel de transport.			
87. Les FSLD doivent avoir des politiques et des procédures portant sur le nettoyage et la désinfection du matériel médical non essentiel qui définissent la fréquence et la méthode pour le nettoyage, et attribuent la responsabilité du nettoyage.			
88. Le FSLD doit avoir un processus clair pour identifier et séparer le matériel qui a été utilisé (« souillé ») du matériel qui a été nettoyé et désinfecté et qui est prêt à être utilisé (« propre »).			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
89. Les FSLD doivent avoir à disposition les instructions du fabricant spécifiques à chaque matériel utilisé pour le nettoyage et la désinfection de tout le matériel médical non essentiel.			
90. Les FSLD doivent avoir des politiques et des procédures en vigueur pour le nettoyage régulier et de congé ou de transfert pour les chambres soumises aux précautions contre la transmission par contact et par contact ou gouttelettes. Celles-ci doivent préciser les micro-organismes pour lesquels les pratiques de nettoyage et de désinfection renforcées sont exigées (p. ex., <i>C. difficile</i> ).			
91. Les FSLD doivent avoir des politiques et des procédures en vigueur pour la gestion des inondations, des fuites d'eau, des déversements de sang ou de liquides organiques, notamment les protocoles de nettoyage et de désinfection obligatoires.			
92. Les FSLD doivent avoir des politiques et des procédures en vigueur pour assurer que le linge est transporté, nettoyé et entreposé de façon à assurer un nettoyage efficace et à éviter la recontamination lors du transport et de l'entreposage.			
93. Les FSLD doivent avoir des zones dédiées à l'entreposage du linge propre.			
94. Les FSLD doivent proposer une formation initiale et continue aux travailleurs des services de l'environnement et doivent documenter la formation et les compétences.			
95. Les travailleurs des services de l'environnement doivent observer les pratiques de base et précautions supplémentaires.			
96. Les politiques de SST pour le personnel des FSLD (p. ex., programmes de vaccination) doivent inclure les travailleurs des services de l'environnement.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
97. Les aérosols et pulvérisateurs à gâchette pour produits de nettoyage chimiques ne doivent pas être utilisés.			
98. Les principes de l'ergonomie doivent être suivis lors du choix du matériel pour le nettoyage de l'environnement.			
99. Les FSLD doivent régulièrement évaluer la qualité du nettoyage et de la désinfection.			
100. Les FSLD doivent avoir recours à au moins une mesure d'évaluation directe du nettoyage (c.-à-d., marquage environnemental, ATP-métrie par bioluminescence), en plus des évaluations par observation (p. ex., observation de la performance, évaluation visuelle).			
101. Les résultats des vérifications du nettoyage doivent être utilisés aux fins de formation et pour apporter un retour d'information positif et constructif aux travailleurs des services de l'environnement.			
102. Les résultats des vérifications et du retour d'information doivent être présentés à la direction des services de l'environnement du FSLD, ainsi qu'au comité de gestion des infections et/ou comité qualité et sécurité (ou équivalent) approprié.			
103. Locaux techniques/salles de travail pour matériel souillé (en plus des exigences énumérées dans la section sur les obligations légales) : a. Doivent avoir une porte qui ouvre et ferme sans avoir à utiliser les mains lorsque cela ne crée pas un risque pour les résidents. b. Doivent avoir un lavabo de service si le rinçage ou le nettoyage grossier des instruments ou des matériels médicaux est effectué dans le local.			
104. Les chariots de nettoyage doivent comporter une séparation claire entre le matériel propre et souillé.			
105. Les chariots de nettoyage ne doivent jamais contenir d'objets personnels, de nourriture et de boissons.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
<p>106. Les déchets transportés au sein du FSLD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Doivent être transportés en suivant un circuit clairement défini.</li> <li>b. Ne doivent pas être transportés dans un ascenseur en même temps que des résidents, des chariots pour le service de la nourriture ou des fournitures ou du linge propres.</li> </ul>			

# Références

---

1. 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<sup>e</sup> éd.*, 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>
2. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP). *Safe medication practices - August 2000*, [Internet], Toronto, ON : ISMP Canada; 2000 [cité le 13 août 2024]. Disponible à : <https://www.ismp-canada.org/smp0008.htm>
3. Baker, G. R., P. G. Norton. « Adverse events and patient safety in Canadian health care », *BCMJ*, 2006;48(7):326-8. Disponible à : <https://bcmj.org/articles/adverse-events-and-patient-safety-canadian-health-care>
4. 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<sup>e</sup> éd.*, 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>
5. *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C 1985, ch. F-27. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/f-27/>
6. *Règlement sur les aliments et drogues*, C.R.C., ch. 870. Disponible à : [https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.%2C\\_ch\\_870/](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.%2C_ch_870/)
7. Santé Canada. *Lignes directrices sur les désinfectants : Résumé*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2023 [modifié le 15 décembre 2023; cité le 13 août 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices/desinfectants/resume.html>
8. *Contrôle de l'exposition à des agents biologiques ou chimiques*, R.R.O. 1990, Règl. 833. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/900833>
9. *Contrôle de l'exposition à des agents biologiques ou chimiques*, Règl. de l'Ont. 185/19. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/r19185>
10. Groupe CSA. *CAN/CSA-Z94.4-18 (R2023) selection, use and care of respirators*. Toronto, ON : Groupe CSA; 2018 (réédité en 2023).
11. Groupe CSA. *CSA Z317.13:22 infection control during construction, renovation, and maintenance of health care facilities*. Toronto, ON : Groupe CSA; 2022.
12. Gauthier, J. « "Hospital clean" versus "construction clean"-is there a difference », *Can J Infect Control*, 2004;19(3):150-2.
13. Ontario. Ministère de la santé. *Carrefours de prévention et de contrôle des infections*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2024 [cité le 3 février 2025]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/files/2024-10/moh-infection-prevention-control-hubs-en-2024-10-30.pdf>

14. PCI Canada. Prévention et contrôle des infections. *Canada policy & procedure manual*, [Internet], Winnipeg, MB : PCI Canada; 2019 [cité le 13 août 2024]. Disponible à : <https://ipac-canada.org/photos/custom/pdf/8.73%20-%20Membership%20-%20ICP%20Job%20Description%20May%202019.pdf>
15. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air*, Genève : OMS; 2024. Disponible à : [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air.pdf?sfvrsn=de07eb5f\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air.pdf?sfvrsn=de07eb5f_1&download=true)
16. Ontario. Ministère de la Santé et Soins de longue durée. *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [modifié en septembre 2023; cité le 14 août 2024]. Disponible à : [https://ltchomes.net/LTCHPORTAL/Content/Snippets/2023-10-06-01-FR-IPAC\\_Standard\\_Fall\\_2023%20Revisions.pdf](https://ltchomes.net/LTCHPORTAL/Content/Snippets/2023-10-06-01-FR-IPAC_Standard_Fall_2023%20Revisions.pdf)
17. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*, Genève : OMS; 2009. Disponible à : [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1)
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 - Prévention et contrôle des infections (CCMI-PCI)*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [modifié le 21 mars 2023; cité le 13 août 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/About/External-Advisory-Committees/PIDAC-IPC>
20. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Santé publique Ontario : accueil*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024 [cité le 13 août 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/>
21. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, ch. O.1 Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/loi/90o01>
22. Ontario. Ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences. Guide pour les comités et les délégués en matière de santé et de sécurité, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017 [modifié le 1er août 2025; cité le 27 janvier 2026]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/guide-pour-les-comites-et-les-delegues-en-matiere-de-sante-et-de-securite>
23. Ontario. Ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences. *Guide de la Loi sur la santé et la sécurité au travail*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017 [modifié le 29 juin 2022; cité le 13 août 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/document/guide-de-la-loi-sur-la-sante-et-la-securite-au-travail>

24. *Établissement d'hébergement et de soins de santé*, Règl. de l'Ont. 67/93. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/930067>
25. *Sécurité des aiguilles*, Règl. de l'Ont. 474/07. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/070474>
26. *Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT)*, R.R.O. 1990, Règl. 860. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/900860>
27. *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, L.O. 2021, ch. 39, Annexe 1. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/loi/21f39>
28. *Dispositions générales*, Règl. de l'Ont. 79/10. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/100079>
29. Tan, C., M. Ofner, H. L. Candon, K. Reel, S. Bean, A. K. Chan et coll. « An ethical framework adapted for infection prevention and control », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2023;44(12):2044-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2023.121>
30. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, ch H.7. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/loi/90h07>
31. *Dépôts d'aliments*, Règl. de l'Ont. 493/17. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/170493>
32. *Loi sur la protection de l'environnement*, L.R.O. 1990, ch. E.19. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/loi/90e19>
33. *Établissements de services personnels*, Règl. de l'Ont. 136/18. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/180136>
34. *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, ch. 18. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/loi/91r18>
35. *Dispositions générales*, Règl. de l'Ont. 63/09. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/090063>
36. *Loi sur les pesticides*, L.R.O. 1990, ch. P.11. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/loi/90p11>
37. *Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses*, L.C. 1992, ch. 34. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/t-19.01/>
38. *Loi sur le transport de matières dangereuses*, L.R.O. 1990, ch. D.1. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/loi/90d01>
39. Smith, P. W., P. G. Rusnak. « Infection prevention and control in the long-term care facility. SHEA Long-Term Care Committee and APIC Guidelines Committee », *Am J Infect Control*, 1997;25(6):488-512. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s0196-6553\(97\)90072-9](https://doi.org/10.1016/s0196-6553(97)90072-9)
40. PCI Canada. « Infection prevention and control (IPAC) program standard », *Can J Infect Control*, 2016;30(suppl 1):1-100. Disponible à : <https://ipac-canada.org/photos/custom/CJIC/Vol31No4supplement.pdf>
41. Agence de la santé publique du Canada. *Immunisation des travailleurs : Guide canadien d'immunisation*, [Internet], Evergreen éd., Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2015 [modifié le 25 novembre 2024; cité le 3 février 2025], Partie 3 — Vaccination de populations particulières : immunisation des travailleurs. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-3-vaccination-populations-particulieres/page-11-immunisation-travailleurs.html>

42. *Dispositions générales*, Règl. de l'Ont. 246/22. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/r22246>
43. Dawson, S. J. « The role of the infection control link nurse », *J Hosp Infect.*, 2003;54(4):251-7. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s0195-6701\(03\)00131-2](https://doi.org/10.1016/s0195-6701(03)00131-2)
44. 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*, 3<sup>e</sup> éd. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-ipac-hc-settings.pdf?la=fr>
45. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Prévention et contrôle des infections - Formation en ligne*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025 [cité le 22 septembre 2025]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/education-and-events/online-learning/ipac-courses>
46. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Programme Lavez-vous les mains (LVLN)*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/infection-prevention-control/hand-hygiene/jcyh>
47. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Conseils pour prévenir et contrôler les infections si vous allez dans un lieu de soins*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023. Disponible à : [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/F/2023/factsheet-ipac-pci-for-patients-families-visitors.pdf?rev=e7f0d0e5fa9143ecb404160b0be9f2dd&sc\\_lang=fr&hash=4FE4E3349F91C12320EDCOB9EFD9C446](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/F/2023/factsheet-ipac-pci-for-patients-families-visitors.pdf?rev=e7f0d0e5fa9143ecb404160b0be9f2dd&sc_lang=fr&hash=4FE4E3349F91C12320EDCOB9EFD9C446)
48. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Infection prevention and control tips for visiting all health care settings*, [enregistrement vidéo sur Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 30 mai 2025]. Disponible à : <https://www.youtube.com/watch?v=RliB1pFfSq8>
49. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program*, [Internet], Atlanta, GA : CDC; 2008 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : [https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/sharps-safety-workbook-2008-p.pdf?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/sharpsworkbook\\_2008.pdf](https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/sharps-safety-workbook-2008-p.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf)
50. Groupe CSA. *CSA Z317.2:19 special requirements for heating, ventilation, and air-conditioning (HVAC) systems in health care facilities*. Toronto, ON : Groupe CSA; 2019.
51. Groupe CSA. *CSA Z8000-18 Canadian health care facilities*. Toronto, ON : Groupe CSA; 2018.
52. Haenen, A., S. de Greeff, A. Voss, J. Liefers, M. Hulscher, A. Huis. « Hand hygiene compliance and its drivers in long-term care facilities; observations and a survey », *Antimicrob Resist Infect Control*, 2022;11(1):50. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01088-w>
53. Ivers, N., G. Jamtvedt, S. Flottorp, J. M. Young, J. Odgaard-Jensen, S. D. French et coll. « Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(6). Disponible à : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>

54. Allegranzi, B., A. Gayet-Ageron, N. Damani, L. Bengaly, M. L. McLaws, M. L. Moro et coll. « Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study », *Lancet Infect Dis.*, 2013;13(10):843-51. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(13\)70163-4](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(13)70163-4)
55. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Recommandations pour la prévention, la détection et la gestion de la dermatite de contact professionnelle en milieu de soins de santé*. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/G/2019/guide-occupational-dermatitis.pdf>
56. Gehrke, C., J. Steinmann, P. Goroncy-Bermes. « Inactivation of feline calicivirus, a surrogate of norovirus (formerly Norwalk-like viruses), by different types of alcohol in vitro and in vivo », *J Hosp Infect.*, 2004;56(1):49-55. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2003.08.019>
57. *Règlement sur les produits de santé naturels*, DORS/2003-196. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2003-196/>
58. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins*. Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2012. Disponible à : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/aspc-phac/HP40-74-2012-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP40-74-2012-fra.pdf)
59. Picheansathian, W. « A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene », *Int J Nurs Pract.*, 2004;10(1):3-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2003.00457.x>
60. Girou, E., S. Loyeau, P. Legrand, F. Oppein, C. Brun-Buisson. « Efficacy of handrubbing with alcohol based solution versus standard handwashing with antiseptic soap: randomised clinical trial », *BMJ*, 2002;325(7360):362. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7360.362>
61. Chow, A., O. A. Arah, S. P. Chan, B. F. Poh, P. Krishnan, W. K. Ng et coll. « Alcohol handrubbing and chlorhexidine handwashing protocols for routine hospital practice: a randomized clinical trial of protocol efficacy and time effectiveness », *Am J Infect Control*, 2012;40(9):800-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.10.005>
62. Boyce, J. M., D. Pittet, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, Society for Healthcare Epidemiology of America, Association for Professionals in Infection Control, Infectious Diseases Society of America et coll. « Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force », *MMWR Recomm Rep.*, 2002;51(RR-16):1-45, quiz CE1-4. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
63. Santucci, B., C. Cannistraci, I. Lesnoni, C. Ferraro, M. G. Rocco, L. Dell'Anna et coll. « Cutaneous response to irritants », *Contact Dermatitis*, 2003;48(2):69-73. Disponible à : <https://doi.org/10.1034/j.1600-0536.2003.480203.x>
64. Basketter, D. A., M. Marriott, N. J. Gilmour, I. R. White. « Strong irritants masquerading as skin allergens: the case of benzalkonium chloride », *Contact Dermatitis*, 2004;50(4):213-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.0105-1873.2004.00331.x>
65. *Code de prévention des incendies*, Règl. de l'Ont. 213/07. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/070213>
66. IPAC Canada. *IPAC Canada practice recommendations for hand hygiene in health care settings*, [Internet], Winnipeg, MB : IPAC Canada; 2017 [modifié en octobre 2022; cité le 14 août 2024].

Disponible à : [https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/22Nov11\\_Hand%20Hygiene\\_Practice%20Recommendation.pdf](https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/22Nov11_Hand%20Hygiene_Practice%20Recommendation.pdf)

67. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Aperçu : Mise en place des produits pour l'hygiène des mains*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 20 janvier 2026]. Disponible à : [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/H/2023/hh/hand-hygiene-product-placement.pdf?rev=fcc64a194290430b8295274787c68219&sc\\_lang=fr](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/H/2023/hh/hand-hygiene-product-placement.pdf?rev=fcc64a194290430b8295274787c68219&sc_lang=fr)
68. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Liste de contrôle pour la mise en place des produits d'hygiène des mains*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 20 janvier 2026]. Disponible à : [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/H/2023/hh/hand-hygiene-product-placement-patient-resident.pdf?rev=ba28c43efa1a4b76b6cef2a93a477696&sc\\_lang=fr](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/H/2023/hh/hand-hygiene-product-placement-patient-resident.pdf?rev=ba28c43efa1a4b76b6cef2a93a477696&sc_lang=fr)
69. Wu, H. M., M. Fornek, K. J. Schwab, A. R. Chapin, K. Gibson, E. Schwab et coll. « A norovirus outbreak at a long-term care facility: the role of environmental surface contamination », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2005;26(10):802-10. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/502497>
70. Baumgardner, C. A., C. S. Maragos, J. Walz, E. Larson. « Effects of nail polish on microbial growth of fingernails. Dispelling sacred cows », *AORN J.*, 1993;58(1):84-8. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)65103-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)65103-5)
71. Moolenaar, R. L., J. M. Crutcher, V. H. San Joaquin, L. V. Sewell, L. C. Hutwagner, L. A. Carson et coll. « A prolonged outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* in a neonatal intensive care unit: did staff fingernails play a role in disease transmission? », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2000;21(2):80-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/501739>
72. Foca, M., K. Jakob, S. Whittier, P. Della Latta, S. Factor, D. Rubenstein et coll. « Endemic *Pseudomonas aeruginosa* infection in a neonatal intensive care unit », *N Engl J Med.*, 2000;343(10):695-700. Disponible à : <https://doi.org/10.1056/NEJM200009073431004>
73. Fagernes, M., E. Lingaas, P. Bjark. « Impact of a single plain finger ring on the bacterial load on the hands of healthcare workers », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2007;28(10):1191-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/520739>
74. Hoffman, P. N., E. M. Cooke, M. R. McCarville, A. M. Emmerson. « Micro-organisms isolated from skin under wedding rings worn by hospital staff », *Br Med J.*, 1985;290(6463):206-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj.290.6463.206>
75. Wongworawat, M. D., S. G. Jones. « Influence of rings on the efficacy of hand sanitization and residual bacterial contamination », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2007;28(3):351-3. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/510790>
76. Salisbury, D. M., P. Hutfilz, L. M. Treen, G. E. Bollin, S. Gautam. « The effect of rings on microbial load of health care workers' hands », *Am J Infect Control.*, 1997;25(1):24-7. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s0196-6553\(97\)90049-3](https://doi.org/10.1016/s0196-6553(97)90049-3)
77. Yildirim, I., M. Ceyhan, A. B. Cengiz, A. Bagdat, C. Barin, T. Kutluk et coll. « A prospective comparative study of the relationship between different types of ring and microbial hand colonization among pediatric intensive care unit nurses », *Int J Nurs Stud.*, 2008;45(11):1572-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.010>

78. Alur, A. A., M. J. Rane, J. P. Scheetz, D. J. Lorenz, L. Gettleman. « Simulated microbe removal around finger rings using different hand sanitation methods », *Int J Oral Sci.*, 2009;1(3):136-42. Disponible à : <https://doi.org/10.4248/IJOS.09061>
79. Nicolai, P., C. H. Aldam, P. W. Allen. « Increased awareness of glove perforation in major joint replacement. A prospective, randomised study of Regent Biogel Reveal gloves », *J Bone Joint Surg Br.*, 1997;79(3):371-3. Disponible à : <https://doi.org/10.1302/0301-620x.79b3.7234>
80. Wilkinson, M. A. C., M. A. Kiernan, J. A. Wilson, H. P. Loveday, C. R. Bradley. « Assessment of the efficacy of a patient hand wipe: development of a test method », *J Hosp Infect.*, 2018;98(4):339-44. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.08.013>
81. Larson, E. L., B. Cohen, K. A. Baxter. « Analysis of alcohol-based hand sanitizer delivery systems: efficacy of foam, gel, and wipes against influenza A (H1N1) virus on hands », *Am J Infect Control*, 2012;40(9):806-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.10.016>
82. D'Antonio, N. N., J. D. Rihs, J. E. Stout, V. L. Yu. « Revisiting the hand wipe versus gel rub debate: Is a higher-ethanol content hand wipe more effective than an ethanol gel rub? », *Am J Infect Control*, 2010;38(9):678-82. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.07.002>
83. Oughton, M. T., V. G. Loo, N. Dendukuri, S. Fenn, M. D. Libman. « Hand hygiene with soap and water is superior to alcohol rub and antiseptic wipes for removal of *Clostridium difficile* », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2009;30(10):939-44. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/605322>
84. Weber, D. J., E. Sickbert-Bennett, M. F. Gergen, W. A. Rutala. « Efficacy of selected hand hygiene agents used to remove *Bacillus atrophaeus* (a surrogate of *Bacillus anthracis*) from contaminated hands », *JAMA*, 2003;289(10):1274-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.289.10.1274>
85. Ory, J., W. Zingg, M. E. A. de Kraker, H. Soule, D. Pittet. « Wiping is inferior to rubbing: a note of caution for hand hygiene with alcohol-based solutions », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2018;39(3):332-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2017.307>
86. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans l'ensemble des établissements de santé*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/24/acute-respiratory-infection-transmission.pdf?rev=c207a2a3680345cd9deec8e72100419f&la=fr>
87. Lewis, A. M., J. Gammon, I. Hosein. « The pros and cons of isolation and containment », *J Hosp Infect.*, 1999;43(1):19-23. Disponible à : <https://doi.org/10.1053/jhin.1999.0638>
88. Kirkland, K. B., J. M. Weinstein. « Adverse effects of contact isolation », *Lancet*, 1999;354(9185):1177-8. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)04196-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)04196-3)
89. Manian, F. A., L. Meyer, J. Jenne. « *Clostridium difficile* contamination of blood pressure cuffs: a call for a closer look at gloving practices in the era of universal precautions », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 1996;17(3):180-2. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/S019594170000655X>
90. Patterson, J. E., J. Vecchio, E. L. Pantelick, P. Farrel, D. Mazon, M. J. Zervos et coll. « Association of contaminated gloves with transmission of *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratus* in an intensive care unit », *Am J Med.*, 1991;91(5):479-83. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(91\)90183-X](https://doi.org/10.1016/0002-9343(91)90183-X)

91. Casanova, L., E. Alfano-Sobsey, W. A. Rutala, D. J. Weber, M. Sobsey. « Virus transfer from personal protective equipment to healthcare employees' skin and clothing », *Emerg Infect Dis.*, 2008;14(8):1291-3. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid1408.080085>
92. Poutanen, S. M., M. Vearncombe, A. J. McGeer, M. Gardam, G. large, A. E. Simor. « Nosocomial acquisition of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* during an outbreak of severe acute respiratory syndrome », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2005;26(2):134-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/502516>
93. Olsen, R. J., P. Lynch, M. B. Coyle, J. Cummings, T. Bokete, W. E. Stamm. « Examination gloves as barriers to hand contamination in clinical practice », *JAMA*, 1993;270(3):350-3. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03510030074037>
94. Doebbeling, B. N., M. A. Pfaller, A. K. Houston, R. P. Wenzel. « Removal of nosocomial pathogens from the contaminated glove. Implications for glove reuse and handwashing », *Ann Intern Med.*, 1988;109(5):394-8. Disponible à : <https://doi.org/10.7326/0003-4819-109-5-394>
95. Services publics et Approvisionnement Canada. *Office des normes générales du Canada*, [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2024 [modifié le 19 juin 2024; cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/services-publics-approvisionnement/services/normes-surveillance/office-normes-generales-canada.html>
96. Siegel, J. D., E. Rhinehart, M. Jackson, L. Chiarello, Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. *2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings*, [Internet], Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [modifié le 10 juillet 2023; cité le 14 août 2024]. Disponible à : <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
97. Daeschlein, G., W. Lehnert, A. Arnold, H. Haase, M. Junger. « Hygienic safety of a new hydrodynamic wound debridement system », *Dermatol Surg.*, 2010;36(9):1426-38. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2010.01653.x>
98. Wong, T. W., C. K. Lee, W. Tam, J. T. Lau, T. S. Yu, S. F. Lui et coll. « Cluster of SARS among medical students exposed to single patient, Hong Kong », *Emerg Infect Dis.*, 2004;10(2):269-76. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid1002.030452>
99. Allen, D., I. L. Bondre, A. K. McNulty, éditeurs. « Comparison of bacterial aerosolization during wound cleansing via two methods: pulsed lavage and normal saline instillation in conjunction with negative pressure wound therapy », Affiche présentée au 20<sup>e</sup> congrès annuel de la Wound Healing Society, réunion conjointe SAWC/WHs, 2010 du 17 au 20 avril; Orlando, FL.
100. Green, C. F., C. S. Davidson, A. L. Panlilio, P. A. Jensen, Y. Jin, S. G. Gibbs et coll. « Effectiveness of selected surgical masks in arresting vegetative cells and endospores when worn by simulated contagious patients », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2012;33(5):487-94. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/665321>
101. Diaz, K. T., G. C. Smaldone. « Quantifying exposure risk: surgical masks and respirators », *Am J Infect Control*, 2010;38(7):501-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.06.002>
102. *Dispositions générales*, Règl. de l'Ont. 246/22. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/r22246>
103. Hosoglu, S., M. K. Celen, S. Akalin, M. F. Geyik, Y. Soyoral, I. H. Kara. « Transmission of hepatitis C by blood splash into conjunctiva in a nurse », *Am J Infect Control*, 2003;31(8):502-4. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2003.03.005>

104. Bischoff, W. E., T. Reid, G. B. Russell, T. R. Peters. « Transocular entry of seasonal influenza-attenuated virus aerosols and the efficacy of n95 respirators, surgical masks, and eye protection in humans », *J Infect Dis.*, 2011;04(2):193-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/infdis/jir238>
105. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Mettre l'ÉPI complet*, [enregistrement vidéo], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016 [cité le 14 août 2024], 2 min. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/videos/a-k/2021/ipac-fullppe-on>
106. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Enlever l'ÉPI complet*, [enregistrement vidéo]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016 [cité le 14 août 2024], 1 min. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/videos/a-k/2021/ipac-fullppe-off>
107. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). *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?rev=633834e0b7064572a2c0bcbee89d1453&la=fr>
108. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Frequently asked questions (FAQs) about enhanced barrier precautions in nursing homes*, [Internet], Atlanta, GA : CDC; 2024 [cité le 25 mars 2025]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/long-term-care-facilities/hcp/prevent-mdro/faqs.html>
109. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Implementation of personal protective equipment (PPE) use in nursing homes to prevent spread of multidrug resistant organisms (MDROs)*, [Internet], Atlanta, GA : CDC; 2022 [cité le 10 mars 2026]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/long-term-care-facilities/media/pdfs/PPE-Nursing-Homes-508.pdf>
110. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Pictogrammes et cartes à fente pour les précautions supplémentaires*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2021 [cité le 30 mai 2025]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/infection-prevention-control/routine-practices-additional-precautions/additional-precautions-signage>
111. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). *Annexe C : Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile 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/C/2013/cdiff-testing-surveillance-management.pdf?rev=2babc1e3284543b4be2a25d6d70dbe48&la=fr>
112. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Guide provisoire de prévention et de contrôle du Candida auris*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019 [cité le 10 mars 2026]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/P/2019/pidac-ipac-candida-auris.pdf>
113. Peel, R. K., I. Stolarek, A. T. Elder. « Is it time to stop searching for MRSA? Isolating patients with MRSA can have long term implications », *BMJ*, 1997;315(7099):58. Disponible à : <https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127030/pdf/9233342.pdf>

114. Kellerman, J., D. Rigler, S. E. Siegel. « The psychological effects of isolation in protected environments », *Am J Psychiatry*, 1977;134(5):563-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1176/ajp.134.5.563>
115. Stelfox, H. T., D. W. Bates, D. A. Redelmeier. « Safety of patients isolated for infection control », *JAMA*, 2003;290(14):1899-905. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.290.14.1899>
116. Abad, C., A. Fearday, N. Safdar. « Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review », *J Hosp Infect.*, 2010;76(2):97-102. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027>
117. Barratt, R. L., R. Shaban, W. Moyle. « Patient experience of source isolation: lessons for clinical practice », *Contemp Nurse*, 2011;39(2):180-93. Disponible à : <https://doi.org/10.5172/conu.2011.180>
118. Ward, D. « Infection control: reducing the psychological effects of isolation », *Br J Nurs.*, 2000;9(3):162-70. Disponible à : <https://doi.org/10.12968/bjon.2000.9.3.162>
119. Rees, J., H. R. Davies, C. Birchall, J. Price. « Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction », *Nurs Stand.*, 2000;14(29):32-6. Disponible à : <https://doi.org/10.7748/ns2000.04.14.29.32.c2805>
120. Pacheco, M., V. Spyropoulos. « The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families », *Can J Infect Control*, 2010;25(3):166-74. Disponible à : <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4c23e515-b400-477b-9919-2652de5952c2%40redis>
121. Gasink, L. B., K. Singer, N. O. Fishman, W. C. Holmes, M. G. Weiner, W. B. Bilker et coll. « Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected? », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2015;29(3):275-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/527508>
122. Ontario. Ministère de la Santé. *Localisateur de bureau de santé publique*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.phdapps.health.gov.on.ca/phulocator/fr/Default.aspx>
123. Morin, L., M-L Laroche, G. Texier, K. Johnell. « Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults living in nursing homes: a systematic review », *J Am Med Dir Assoc.*, 2016;17(9) :862.e1-.e9. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.06.011>
124. Vetrano, D. L., E. R. Villani, G. Grande, S. Giovannini, M. C. Cipriani, E. Manes-Gravina et coll. « Association of polypharmacy with 1-year trajectories of cognitive and physical function in nursing home residents: results from a multicenter European study », *J Am Med Dir Assoc.*, 2018;19(8):710-13. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.04.008>
125. Herr, M., H. Grondin, S. Sanchez, D. Armaingaud, C. Blochet, A. Vial et coll. « Polypharmacy and potentially inappropriate medications: a cross-sectional analysis among 451 nursing homes in France », *Eur J Clin Pharmacol.*, 2017;73(5):601-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s00228-016-2193-z>
126. Field, T. S., J. H. Gurwitz, J. Avorn, D. McCormick, S. Jain, M. Eckler et coll. « Risk factors for adverse drug events among nursing home residents », *Arch Intern Med.*, 2001;161(13):1629-34. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/archinte.161.13.1629>
127. Alter, M. J., J. Ahtone, J. E. Maynard. « Hepatitis B virus transmission associated with a multiple-dose vial in a hemodialysis unit », *Ann Intern Med.*, 1983;99(3):330-33. Disponible à : <https://doi.org/10.7326/0003-4819-99-3-330>

128. Centers for Disease Control and Prevention. « Outbreaks of hepatitis B virus infection among hemodialysis patients-- California, Nebraska, and Texas, 1994 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 1996;45(14):285-9. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00040762.htm>
129. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (Archivé), « Healthcare-associated hepatitis B and C outbreaks (≥ 2 cases) reported to the CDC 2008-2018 », [Internet], Atlanta, GA : CDC; 2019 [modifié le 9 août 2023; archivé le 31 juillet 2024; cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/hepatitis/outbreaks/healthcarehepoutbreakable.htm>
130. Kondili, L. A., D. Genovese, C. Argentini, P. Chionne, P. Toscani, R. Fabro et coll. « Nosocomial transmission in simultaneous outbreaks of hepatitis C and B virus infections in a hemodialysis center », *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 2006;25(8):527-31. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10096-006-0162-7>
131. Hutin, Y. J., S. T. Goldstein, J. K. Varma, J. B. O'Dair, E. E. Mast, C. N. Shapiro et coll. « An outbreak of hospital-acquired hepatitis B virus infection among patients receiving chronic hemodialysis », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 1999;20(11):731-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/501573>
132. Fabrizi, F., P. Messa. « Transmission of hepatitis C virus in dialysis units: a systematic review of reports on outbreaks », *Int J Artif Organs*, 2015;38(9):471-80. Disponible à : <https://doi.org/10.5301/ijao.5000437>
133. Senatore, S., C. Galli, A. Conti, M. Faccini, S. Cantoni, G. Ciconali et coll. « Hepatitis C virus outbreak in a haemodialysis unit: learning from failures », *J Hosp Infect.*, 2016;94(3):249-52. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.07.021>
134. Rao, A. K., E. Luckman, M. E. Wise, T. MacCannell, D. Blythe, Y. Lin et coll. « Outbreak of hepatitis C virus infections at an outpatient hemodialysis facility: the importance of infection control competencies », *Nephrol Nurs J*, 2013;40(2):101-10, 64; quiz 11. Disponible à : <https://mdsoar.org/items/5fa19e13-82fe-4601-bf83-d8e84e1cef8a>
135. Roy, K. M., A. Galmes-Truyols, J. Gimenez-Duran, E. Anderson, H. Prempeh, F. Gonzalez-Candelas et coll. « Epidemiology and molecular investigation of hepatitis C infection following holiday haemodialysis », *J Hosp Infect.*, 2012;82(3):158-63. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2012.07.018>
136. Szucs, M., A. Dencs, E. Varga, B. B. Balajcza, G. Kiss, G. Reuter et coll. « An archived serum sample as a clue for identifying the primary source of a nosocomial hepatitis C virus outbreak in a haemodialysis unit », *Arch Virol.*, 2014;159(9):2207-12. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s00705-014-2074-7>
137. Thompson, N. D., R. T. Novak, D. Datta, S. Cotter, M. J. Arduino, P. R. Patel et coll. « Hepatitis C virus transmission in hemodialysis units: importance of infection control practices and aseptic technique », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2009;30(9):900-3. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/605472>
138. Furusyo, N., N. Kubo, H. Nakashima, K. Kashiwagi, Y. Etoh, J. Hayashi. « Confirmation of nosocomial hepatitis C virus infection in a hemodialysis unit », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2004;25(7):584-90. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/502443>
139. Macedo de Oliveira, A., K. L. White, D. P. Leschinsky, B. D. Beecham, T. M. Vogt, R. L. Moolenaar et coll. « An outbreak of hepatitis C virus infections among outpatients at a hematology/oncology clinic », *Ann Intern Med.*, 2005;142(11):898-902. Disponible à : <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-11-200506070-00007>

140. Folkema, A., H. L. Wang, K. Wright, M. M. Hirji, A. Andonov, K. Bromley et coll. « An outbreak of hepatitis C virus attributed to the use of multi-dose vials at a colonoscopy clinic, Waterloo Region, Ontario », *Can Commun Dis Rep.*, 2021;47(4):224-31. Disponible à : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i04a07>
141. Gutelius, B., J. F. Perz, M. M. Parker, R. Hallack, R. Stricof, E. J. Clement et coll. « Multiple clusters of hepatitis virus infections associated with anesthesia for outpatient endoscopy procedures », *Gastroenterology*, 2010;139(1):163-70. Disponible à : <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2010.03.053>
142. Chung, Y. S., J. Y. Choi, M. G. Han, K. R. Park, S. J. Park, H. Lee et coll. « A large healthcare-associated outbreak of hepatitis C virus genotype 1a in a clinic in Korea », *J Clin Virol.*, 2018;106:53-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2018.07.006>
143. Fischer, G. E., M. K. Schaefer, B. J. Labus, L. Sands, P. Rowley, I. A. Azzam et coll. « Hepatitis C virus infections from unsafe injection practices at an endoscopy clinic in Las Vegas, Nevada, 2007-2008 », *Clin Infect Dis.*, 2010;51(3):267-73. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/653937>
144. Patel, P. R., A. K. Larson, A. D. Castel, L. M. Ganova-Raeva, R. A. Myers, B. J. Roup et coll. « Hepatitis C virus infections from a contaminated radiopharmaceutical used in myocardial perfusion studies », *JAMA*, 2006;296(16):2005-11. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.296.16.2005>
145. Tressler, S. R., M. C. Del Rosario, M. D. Kirby, A. N. Simmons, M. A. Scott, S. Ibrahim et coll. « Outbreak of hepatitis B and hepatitis C virus infections associated with a cardiology clinic, West Virginia, 2012-2014 », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2021;42(12):1458-63. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2021.31>
146. Dumpis, U., Z. Kovalova, J. Jansons, L. Cupane, I. Sominskaya, M. Michailova et coll. « An outbreak of HBV and HCV infection in a paediatric oncology ward: epidemiological investigations and prevention of further spread », *J Med Virol.*, 2003;69(3):331-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/jmv.10293>
147. Schaefer, M. K., J. F. Perz. « Outbreaks of infections associated with drug diversion by US health care personnel », *Mayo Clin Proc.*, 2014;89(7):878-87. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.04.007>
148. McDermott, J., S. G. Parisi, I. Martini, C. Boldrin, E. Franchin, F. Dal Bello et coll. « Detection of hepatitis C virus in an exhumed body identified the origin of a nosocomial transmission that caused multiple fatal diseases », *J Hosp Infect.*, 2019;102(3):332-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.01.004>
149. Coyle, J. R., E. Goerge, K. Kacynski, R. Rodgers, P. Raines, L. S. Vail et coll. « Hepatitis C virus infections associated with unsafe injection practices at a pain management clinic, Michigan, 2014-2015 », *Pain Med.*, 2017;18(2):322-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/pm/pnw157>
150. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Considerations for blood glucose monitoring and insulin administration*, [Internet], Atlanta, GA : CDC; 2024 [modifié le 7 août 2024; cité le 14 novembre 2024]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/injection-safety/hcp/infection-control/index.html>
151. Watson, J. T., R. C. Jones, A. M. Siston, J. R. Fernandez, K. Martin, E. Beck et coll. « Outbreak of catheter-associated *Klebsiella oxytoca* and *Enterobacter cloacae* bloodstream infections in an oncology chemotherapy center », *Arch Intern Med.*, 2005;165(22):2639-43. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/archinte.165.22.2639>

152. Moore, J., T. Breeyear, C. Gowler, R. Moore, S. Will, D. Brewer et coll. « Notes from the field: Hepatitis B virus transmission associated with assisted blood glucose monitoring in a skilled nursing facility — North Carolina, 2024 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2025, 2025(74):463-4. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7429a2>
153. Centers for Disease Control and Prevention. « Transmission of hepatitis B virus among persons undergoing blood glucose monitoring in long-term-care facilities--Mississippi, North Carolina, and Los Angeles County, California, 2003-2004 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2005;54(9):220-3. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5409a2.htm>
154. Comstock, R. D., S. Mallonee, J. L. Fox, R. L. Moolenaar, T. M. Vogt, J. F. Perz et coll. « A large nosocomial outbreak of hepatitis C and hepatitis B among patients receiving pain remediation treatments », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2004;25(7):576-83. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/502442>
155. Krause, G., M. J. Trepka, R. S. Whisenhunt, D. Katz, O. Nainan, S. T. Wiersma et coll. « Nosocomial transmission of hepatitis C virus associated with the use of multidose saline vials », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2003;24(2):122-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/502176>
156. Centers for Disease Control and Prevention. « Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settingsNew York, Oklahoma, and Nebraska, 2000-2002 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2003;52(38):901-6. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5238a1.htm>
157. Centers for Disease Control and Prevention. « Acute hepatitis C virus infections attributed to unsafe injection practices at an endoscopy clinic--Nevada, 2007 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2008;57(19):513-7. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5719a2.htm>
158. Centers for Disease Control and Prevention. « CDC grand rounds: preventing unsafe injection practices in the U.S. health-care system », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2013;62(21):423-5. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6221a3.htm>
159. Branch-Elliman, W., D. Weiss, S. Balter, K. Bornschlegel, M. Phillips. « Hepatitis C transmission due to contamination of multidose medication vials: summary of an outbreak and a call to action », *Am J Infect Control*, 2013;41(1):92-4. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.01.022>
160. Lanini, S., I. Abbate, V. Puro, F. Soscia, F. Albertoni, W. Battisti et coll. « Molecular epidemiology of a hepatitis C virus epidemic in a haemodialysis unit: outbreak investigation and infection outcome », *BMC Infect Dis.*, 2010;10:257. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-257>
161. Smedley, E. J., S. Stelzer-Braid, K. A. Ressler, P. Melling, S. Bowden, R. McCaw et coll. « Transmission of hepatitis C virus to recipients of parenteral vitamin therapy in a primary care facility », *J Clin Virol.*, 2011;51(2):105-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2011.03.007>
162. Samandari, T., N. Malakmadze, S. Balter, J. F. Perz, M. Khristova, L. Swetnam et coll. « A large outbreak of hepatitis B virus infections associated with frequent injections at a physician's office », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2005;26(9):745-50. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/502612>
163. Katzenstein, T. L., L. B. Jorgensen, H. Permin, J. Hansen, C. Nielsen, R. Machuca et coll. « Nosocomial HIV-transmission in an outpatient clinic detected by epidemiological and phylogenetic analyses », *AIDS*, 1999;13(13):1737-44. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/00002030-199909100-00018>

164. Guh, A. Y., N. D. Thompson, M. K. Schaefer, P. R. Patel, J. F. Perz. « Patient notification for bloodborne pathogen testing due to unsafe injection practices in the US health care settings, 2001-2011 », *Med Care*, 2012;50(9):785-91. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31825517d4>
165. Manchikanti, L., F. J. Falco, R. M. Benyamin, D. L. Caraway, S. Helm li, B. W. Wargo et coll. « Assessment of infection control practices for interventional techniques: a best evidence synthesis of safe injection practices and use of single-dose medication vials », *Pain physician*, 2012;15(5):E573-614. Disponible à : <https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=MTc1MQ%3D%3D&journal=70>
166. Pan, A., L. Dolcetti, C. Barosi, P. Catenazzi, T. Ceruti, L. Ferrari et coll. « An outbreak of *Serratia marcescens* bloodstream infections associated with misuse of drug vials in a surgical ward », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2006;27(1):79-82. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/500250>
167. Harbarth, S., P. Sudre, S. Dharan, M. Cadenas, D. Pittet. « Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding, and poor hygiene practices », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 1999;20(9):598-603. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/501677>
168. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Preventing unsafe injection practices*, [Internet], Atlanta, GA : CDC; 2024 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : [https://www.cdc.gov/injection-safety/hcp/clinical-safety/?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/injectionsafety/providers/provider\\_faqs.html](https://www.cdc.gov/injection-safety/hcp/clinical-safety/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/injectionsafety/providers/provider_faqs.html)
169. Dolan, S., K. Arias, G. Felizardo, S. Barnes, S. Kraska, M. Patrick. « APIC position paper: safe injection, infusion, and medication vial practices in health care », *Am J Infect Control*, 2016;44(7):750-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.02.033>
170. Ontario. Ministère de la Santé. *Guide de conservation et de manutention des vaccins*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025 [cité le 29 mai 2025]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/files/2025-04/moh-uuip-vaccine-storage-and-handling-guidelines-fr-2025-04-29.pdf>
171. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices nationales sur l'entreposage et la manipulation des vaccins*, Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2015. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/healthy-living-vie-saine/vaccine-storage-entreposage-vaccins/alt/vaccine-storage-entreposage-vaccins-fra.pdf>
172. Agence de la santé publique du Canada; Comité consultatif national de l'immunisation; Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Guide canadien d'immunisation*, [Internet], Evergreen éd., Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2015 [modifié le 4 mai 2023; cité le 14 août 2024]. Partie 1, Information clé sur l'immunisation : méthodes d'administration des vaccins. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-1-information-cle-immunisation/page-8-methodes-administration-vaccins.html>
173. Thompson, N. D., J. F. Perz. « Eliminating the blood: ongoing outbreaks of hepatitis B virus infection and the need for innovative glucose monitoring technologies », *J Diabetes Sci Technol.*, 2009;3(2):283-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1177%2F193229680900300208>

174. Centers for Disease Control and Prevention. « Notes from the field: deaths from acute hepatitis B virus infection associated with assisted blood glucose monitoring in an assisted-living facility-- North Carolina, August-October 2010 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2011;60(6):182. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6006a5.htm>
175. Polish, L. B., C. N. Shapiro, F. Bauer, P. Klotz, P. Ginier, R. R. Roberto et coll. « Nosocomial transmission of hepatitis B virus associated with the use of a spring-loaded finger-stick device », *N Engl J Med.*, 1992;326(11):721-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1056/NEJM199203123261101>
176. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial sur les 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, 3<sup>e</sup> édition*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2018/bp-environmental-cleaning.pdf>
177. Groupe CSA. *CSA Z8002-19 operation and maintenance of health care facilities*, Toronto, ON : Groupe CSA; 2019.
178. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Avant et après le nettoyage : Nettoyage de base quotidien de la chambre d'un patient/résident*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 3 février 2025]. Disponible à : [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/E/2023/ec/environmental-cleaning-routine-room.pdf?rev=3610b346597046558b94554ac1f3fd8e&sc\\_lang=fr&hash=54537DB14F86FA989ECD B213CCF583D3](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/E/2023/ec/environmental-cleaning-routine-room.pdf?rev=3610b346597046558b94554ac1f3fd8e&sc_lang=fr&hash=54537DB14F86FA989ECD B213CCF583D3)
179. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Avant et après le nettoyage : Nettoyage de base quotidien de la salle de bain d'un patient/résident*, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 3 février 2025]. Disponible à : [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/E/2023/ec/environmental-cleaning-routine-bathroom.pdf?rev=46f0edbadeaf4c07be172467afa657d5&sc\\_lang=fr&hash=A54BEB4D54C8859F4 1D66846BBB178D6](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/E/2023/ec/environmental-cleaning-routine-bathroom.pdf?rev=46f0edbadeaf4c07be172467afa657d5&sc_lang=fr&hash=A54BEB4D54C8859F4 1D66846BBB178D6)
180. Groupe CSA. *CSA Z8000-11 Canadian health care facilities*, Toronto, Ontario : Groupe CSA; 2011.
181. Ontario. Ministère des Soins de longue durée. *Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée de 2015*, [Internet], version 1.2. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/files/2023-03/ltc-2015-home-design-manual-2023-02-06-fr.pdf>
182. Royaume-Uni. Department of Health. *Core elements. health building note 00-03: clinical and clinical support spaces*, [Internet], Surrey : Droit d'auteur de la Couronne; 2013 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : [https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/HBN\\_00-03\\_Final.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/HBN_00-03_Final.pdf)
183. *Établissements industriels*, R.R.O. 1990, Règl. 851. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/900851>
184. Groupe CSA. *CAN/CSA Z317.2-15 special requirements for heating, ventilation, and air conditioning (HVAC) systems in health care facilities*. Toronto, ON : Groupe CSA; 2015.

185. Facility Guidelines Institute. *Guidelines for design and construction of hospitals and outpatient facilities*. Chicago, IL : American Society for Healthcare Engineering of the American Hospital Association; 2022.
186. *General - Waste Management*, (en anglais seulement), R.R.O. 1990, Règl. 347. Disponible à : <https://www.ontario.ca/laws/regulation/900347>
187. Mollenkamp, B. « Custodial closet », [Internet], Milwaukee, WI : CleanLink; 2008 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : [www.cleanlink.com/hs/article/Custodial-Closet--8936](http://www.cleanlink.com/hs/article/Custodial-Closet--8936)
188. *Piscines publiques*, R.R.O. 1990, Règl. 565. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/900565>
189. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Calculateur de dilution du chlore*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [modifié le 26 novembre 2020; cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/environmental-occupational-health/water-quality/chlorine-dilution-calculator>
190. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Construction, rénovation, entretien et aménagement (CREA)*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [modifié le 31 juillet 2023; cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/infection-prevention-control/crmd>
191. Santé Canada. « Infections nosocomiales chez les patients d'établissements de santé liées aux travaux de construction : Atténuer le risque d'aspergillose, de légionellose et d'autres infections », *Can Commun Dis Rep*. 2001;27(Suppl 2):i-x,1-42. Disponible à : <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H12-21-3-27-2F.pdf>
192. Groupe CSA. *Z314.10.2-15 laundering, maintenance, and preparation of reusable gowns, drapes, and wrappers for health care settings and laundries*, Toronto, ON : Groupe CSA; 2015.
193. Groupe CSA. *CSA Z317.10-15 handling of health care waste materials*, Toronto, ON : Groupe CSA; 2015.
194. Ontario, Ministère de l'Environnement, de la protection de la nature et des parcs. *Ligne directrice C-4 : La gestion des déchets biomédicaux en Ontario*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016 [modifié le 16 juillet 2021; cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/c-4-gestion-des-dechets-biomedicaux-en-ontario>
195. *Règlement sur le transport des marchandises dangereuses*, DORS/2001-286. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2001-286/index.html>
196. Transport Canada. *Transportation of dangerous goods. TDG bulletin: shipping infectious substances* [Internet]. Ottawa, ON: Government of Canada; 2018 [cited 2024 Jan 8]. Disponible à : [https://tc.canada.ca/sites/default/files/migrated/bulletin\\_shipping\\_infectious\\_substances.pdf](https://tc.canada.ca/sites/default/files/migrated/bulletin_shipping_infectious_substances.pdf)
197. Santé Canada. « Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé », *Can Commun Dis Rep.*, 1998;24(Suppl 8):i-xi,1-55. Disponible à : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2016/aspc-phac/HP3-1-24-S8-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP3-1-24-S8-fra.pdf)
198. Chartier, Y., J. Emmanuel, U. Pieper, A. Pruss, P. Rushbrook, R. Stringer et coll. *Safe management of wastes from health-care activities*, 2<sup>e</sup> éd., Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2014. Disponible à : [www.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564\\_eng.pdf?ua=1](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564_eng.pdf?ua=1)

199. Canadian Healthcare Housekeepers' Association. *Environmental services leadership program: online training for healthcare & long term care housekeeping managers and supervisors*, [Internet], Kemptville, ON : Canadian Healthcare Housekeepers' Association; 2023 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://healthcarehousekeeper.org/evs-leadership-course/>
200. Centennial College. *Healthcare environmental services management*, [Internet], Toronto, ON : Centennial College; 2024 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.centennialcollege.ca/programs-courses/full-time/healthcare-environmental-services-management/>
201. CleanLearning. *Improving the quality of clean through certification*, [Internet], Ottawa, ON : CleanLearning; 2021 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.cleanlearning.org>
202. Association Hygiène et Salubrité en Santé (AHSS). *Hygiène salubrité en santé*, [Internet]. Sainte-Anne-de-Beaupré, QC : AHSS; 2024 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://ahss.qc.ca/fr/accueil>
203. Santé Canada. *Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT)*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2023 [modifié le 30 octobre 2023; cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-environnement-milieu-travail/sante-securite-travail/systeme-information-matieres-dangereuses-utilisees-travail.html>
204. Public Services Health and Safety Association (PSHSA). *Musculoskeletal disorders (MSD) and ergonomics*, [Internet], Toronto, ON : PSHSA; 2024 [cité le 14 août 2024]. Disponible à : <https://www.pshsa.ca/safe-environments/topics/musculoskeletal-disorders-msd-ergonomics>.
205. *Contrôle de l'exposition à des agents biologiques ou chimiques*, Règl. de l'Ont. 185/19. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/r19185>

# Annexe A : Éléments constitutifs des précautions de contact

Les mesures suivantes s'ajoutent aux pratiques de base pour les résidents nécessitant des précautions de contact.

Élément	Interventions
<b>Placement des résidents</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Placement dans une chambre individuelle (petit lit) avec des sanitaires privés, si possible</li><li>• La porte peut être ouverte</li></ul>
<b>Modifications des activités et déplacements des résidents</b>	<p>Il peut être demandé aux résidents pour lesquels des précautions de contact sont recommandées à court terme de rester dans leur chambre, d'éviter les espaces communs de l'établissement de soins de longue durée et de s'abstenir de participer aux activités de groupe</p> <p>Pour les indications à plus long terme concernant les précautions de contact, les restrictions susmentionnées ne s'appliquent pas, mais des stratégies d'atténuation des risques sont recommandées</p>
<b>Transport</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le personnel porte un équipement de protection individuelle adapté pour tout contact direct avec le résident pendant le transport</li></ul> <p>Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le transport après utilisation</p>
<b>Gants</b>	<p>Pour les activités de soins directs au cours desquelles la peau ou les vêtements du personnel soignant peuvent entrer en contact avec le résident ou avec des objets se trouvant dans sa chambre ou autour de son lit</p>
<b>Blouse</b>	<p>Pour les activités de soins directs au cours desquelles la peau ou les vêtements du personnel soignant peuvent entrer en contact avec le résident ou avec des objets se trouvant dans sa chambre ou autour de son lit</p>
<b>Équipement et articles situés dans l'environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dédié dans la mesure du possible</li><li>• Les chartes graphiques (sur papier ou électroniques) ne devraient pas être apportées dans la chambre</li><li>• Nettoyer et désinfecter les objets de soins partagés après chaque utilisation</li></ul>

Élément	Interventions
<b>Nettoyage de l'environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les chambres occupées par des résidents colonisés ou infectés par des entérocoques résistants à la vancomycine, Candida auris ou Clostridioides difficile nécessitent un nettoyage particulier</li> <li>• Nettoyage de routine des autres pièces</li> <li>• Enlever et laver tous les rideaux (intimité, douche) s'ils sont visiblement souillés et lors du nettoyage de sortie/transfert.</li> </ul>
<b>Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des mesures de précaution efficaces doivent être communiquées aux résidents, aux familles, aux autres services, aux autres établissements et aux services de transport avant le transfert.</li> </ul>
<b>Signalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> </ul>

# Annexe B : Éléments constitutifs des précautions relatives aux gouttelettes

Les mesures suivantes s'ajoutent aux pratiques de base pour les résidents nécessitant des précautions contre les projections de gouttelettes.

Élément	Interventions
<b>Placement des résidents</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La porte peut être ouverte</li><li>• Le résident doit rester dans sa chambre ou dans son lit si possible, ou porter un masque (s'il le tolère) s'il tousse à moins de deux mètres d'autres résidents, jusqu'à ce qu'il ne soit plus contagieux</li><li>• Fermer le rideau d'intimité</li></ul>
<b>Modifications des activités et déplacements des résidents</b>	Les résidents doivent rester dans leur chambre, éviter les espaces communs de l'établissement de soins de longue durée et s'abstenir de participer aux activités de groupe
<b>Transport</b>	Les résidents doivent porter un masque pendant le transport
<b>Protection faciale</b>	Oui, à moins de 2 mètres d'un résident
<b>Équipement et articles situés dans l'environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dédié dans la mesure du possible</li><li>• Nettoyage de routine</li></ul>
<b>Nettoyage de l'environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nettoyage de routine</li></ul>
<b>Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des mesures de précaution efficaces doivent être communiquées aux résidents, aux familles, aux autres services, aux autres établissements et aux services de transport avant le transfert.</li></ul>
<b>Signalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oui</li></ul>

# Annexe C : Liste de contrôle pour une utilisation sûre des médicaments

---

## Salle/zone dédiée aux médicaments

- Des installations permettant l'hygiène des mains sont disponibles dans la salle ou la zone de soins.
- Un réceptacle pour objets tranchants résistant aux perforations est accessible sur le lieu d'utilisation.
- Il y a un réfrigérateur dédié aux médicaments et aux vaccins. Les aliments et les échantillons ne sont pas conservés dans ce réfrigérateur.
- La température des réfrigérateurs et des congélateurs utilisés pour conserver les vaccins est vérifiée deux fois par jour et consignée.
- Le réfrigérateur dédié aux médicaments et aux vaccins est équipé d'une alarme qui se déclenche lorsque la température sort de la plage recommandée.

## Médicaments et flacons

- Les flacons unidoses ne sont pas réutilisés.
- Toujours utiliser une seringue et une aiguille/canule stériles pour percer le flacon.
- Toutes les aiguilles et seringues sont destinées à n'être utilisées que pour un seul résident.
- Dans la mesure du possible, les flacons multidoses ne sont pas utilisés.

Lorsque l'utilisation de flacons multidoses ne peut être évitée, les exigences suivantes doivent être respectées à chaque utilisation de ces flacons :

- Chaque flacon est utilisé pour un seul résident dans la mesure du possible ; il est marqué du nom du résident et de la date d'admission, puis jeté au moment opportun. Les flacons qui ne portent pas le nom du résident ni la date d'admission initiale sont immédiatement jetés.
- Les flacons sont manipulés de manière aseptique sur une surface propre, à l'écart de tout matériel souillé, préalablement utilisé ou potentiellement contaminé.
- Les diaphragmes des flacons sont frottés avec de l'alcool à 70 % et doivent avoir séché avant l'insertion d'une nouvelle aiguille et d'une nouvelle seringue.
- Une aiguille n'est pas laissée dans un flacon pour ensuite être fixée à une nouvelle seringue.
- Les flacons sont jetés immédiatement lorsque leur stérilité est remise en cause ou compromise.

- Les flacons ouverts sont jetés conformément aux instructions du fabricant ou dans un délai de 28 jours, la date la plus proche étant retenue, sauf si les flacons sont utilisés pour un seul résident (par exemple, pour des injections antiallergiques), si les instructions du fabricant indiquent que les flacons peuvent être utilisés pendant plus de 28 jours ET si toutes les exigences ci-dessus sont respectées.

## Annexe D : Exemples d'éléments fréquemment touchés dans le milieu des soins de longue durée

---



Fauteuil roulant



Déambulateur



Chariot à médicaments/traitements



Chariot de soins



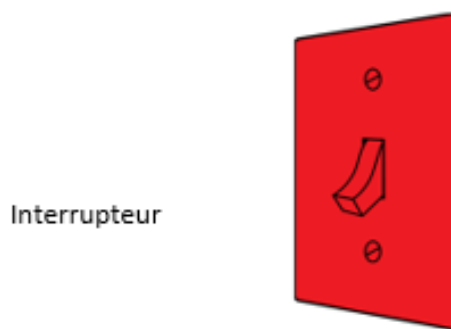
Sonnette



Toilette



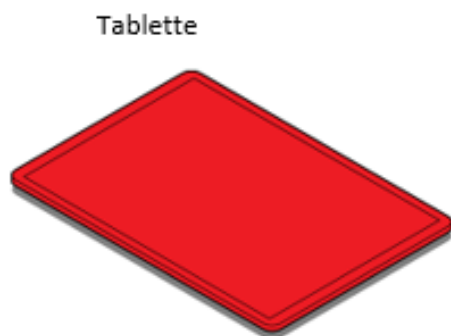
Poignée de porte



Interrupteur



Ordinateur portable



Tablette



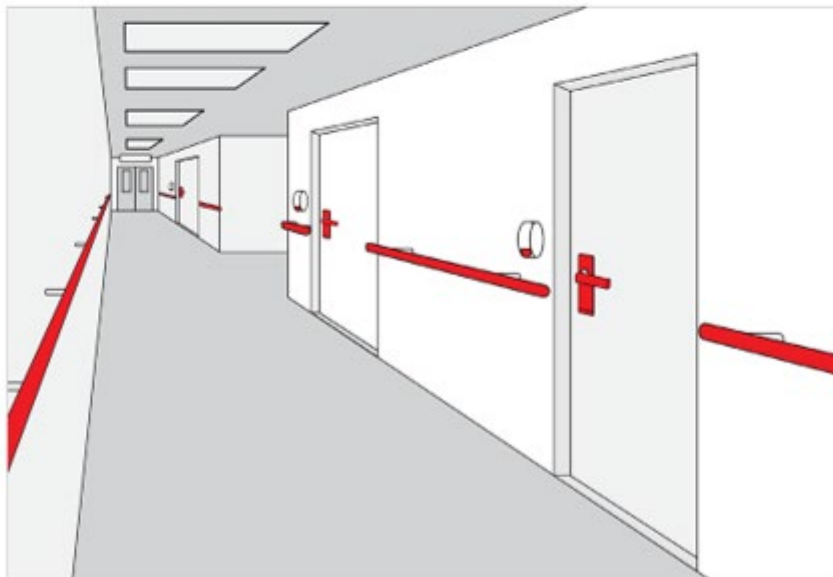
Téléphone portable

## Annexe E : Exemples d'objets et de surfaces fréquemment touchés dans les foyers de SLD

---



Poste des infirmières



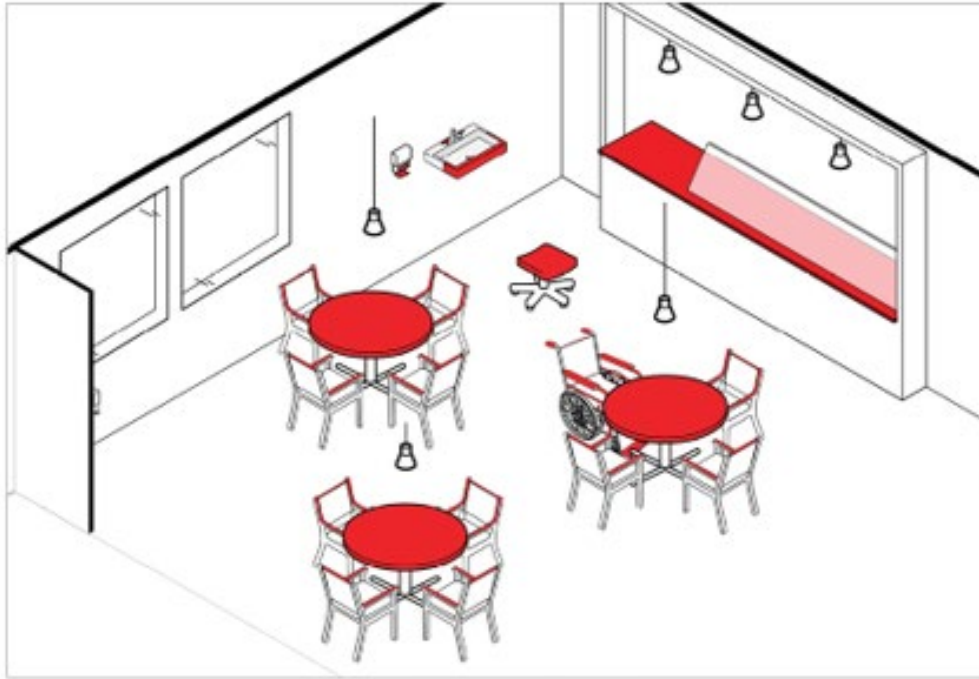
Couloir



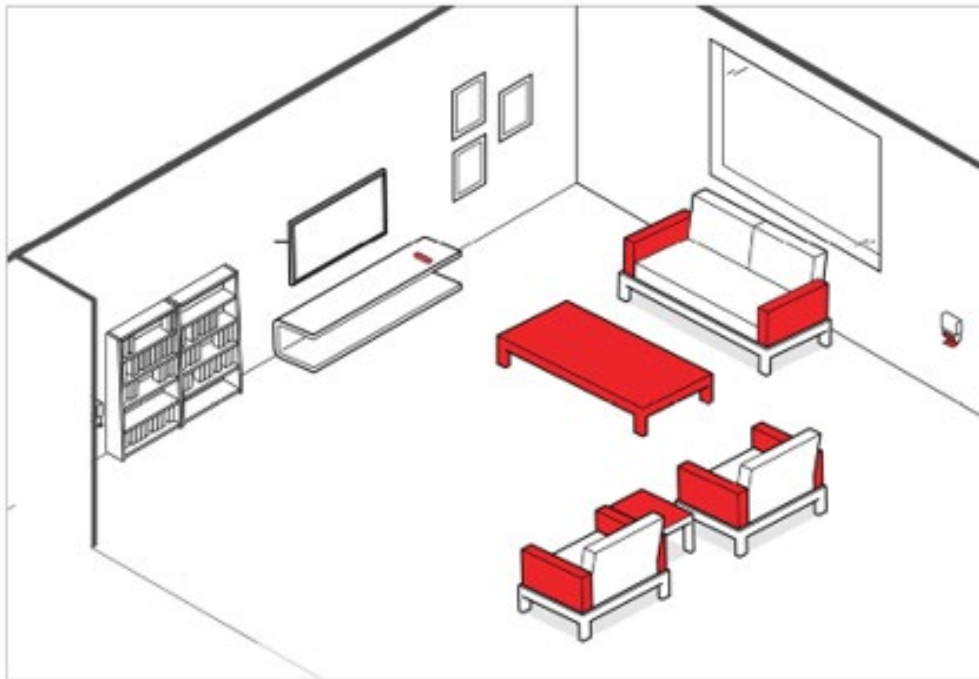
Salle de bains de résident



Chambre de résident



Salle à manger



Espace de détente pour les résidents

**Santé publique Ontario**

661, avenue University, bureau 1701

Toronto (Ontario)

M5G 1M12

647.260.7100

[pidac@oahpp.ca](mailto:pidac@oahpp.ca)

[publichealthontario.ca/fr](http://publichealthontario.ca/fr)

