

# INFECTION À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

LIGNES DIRECTRICES SUR LA PRÉVENTION  
ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS POUR  
LA GESTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS  
DE SOINS DE LONGUE DURÉE

PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



*Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.*

— Agence de la santé publique du Canada

**INFECTION À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* :**

Les Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections pour la gestion dans les établissements de soins de longue durée sont disponibles sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca>

Also available in English under the title:

***CLOSTRIDIUM DIFFICILE* INFECTION:**

Infection Prevention and Control Guidance for Management in Long-Term Care Facilities

Pour obtenir une copie de ce rapport, veuillez envoyer votre demande à :

Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

100, promenade Églantine, Immeuble Santé Canada

I.A. 0602C, Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Courriel : [ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca](mailto:ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca)

Il est possible d'obtenir la présente publication sous différents formats, sur demande.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2012

Cat. : HP40-69/1-2012F-PDF

ISBN : 978-1-100-98972-3

# AVANT-PROPOS

## INFECTION À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

### LIGNES DIRECTRICES SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS POUR LA GESTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

L'Agence de la santé publique du Canada a élaboré le présent document dans le but de fournir des lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections aux établissements de soins de longue durée<sup>a</sup> et aux travailleurs de la santé<sup>b</sup>, pour la prise en charge des résidents ayant contracté une infection à *Clostridium difficile* (*C. difficile*). Le contenu du présent document repose sur des conseils techniques fournis par des membres du Comité directeur des lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les présentes lignes directrices devraient être interprétées en conjonction avec les lois, les politiques organisationnelles et les règlements locaux, provinciaux et territoriaux pertinents. Les recommandations sont fondées sur les données scientifiques et les pratiques exemplaires dont nous disposons actuellement et elles pourront être révisées et modifiées au fur et à mesure que de nouveaux renseignements deviendront disponibles.

---

<sup>a</sup> Établissement de soins de longue durée : Établissement offrant une gamme d'activités et différents niveaux et types de services infirmiers professionnels pour les personnes nécessitant une surveillance 24 heures par jour, de l'assistance, des services de réadaptation et de rétablissement ainsi que des soins médicaux dans un lieu ne répondant pas à la définition d'établissement de soins actifs. Ces unités et installations portent différents noms, notamment unités de soins chroniques, continus, complexes, résidentiels, de réadaptation ou de convalescence et maisons de repos<sup>20</sup>.

<sup>b</sup> Travailleurs de la santé : Personnes qui dispensent des soins de santé ou des services de soutien, comme le personnel infirmier, les médecins, les dentistes, les infirmières praticiennes, les ambulanciers paramédicaux et, parfois, les premiers intervenants, les professionnels paramédicaux, les fournisseurs de soins de santé non réglementés, les enseignants cliniques et les étudiants, le personnel bénévole et le personnel chargé de l'entretien ménager. Les travailleurs de la santé assument des responsabilités à divers niveaux selon les soins de santé prodigués, leur niveau de scolarité et les fonctions précises de leur emploi<sup>20</sup>.

# TABLE DES MATIÈRES

DESCRIPTION .....	2
MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS RECOMMANDÉES ..	4
1. Contrôles organisationnels .....	5
a) Mesures techniques .....	5
b) Mesures administratives.....	6
2. Évaluation .....	7
3. Surveillance .....	7
4. Analyse en laboratoire et déclaration.....	8
5. Précautions contre la transmission par contact .....	8
6. Restrictions relatives au personnel .....	9
7. Hygiène des mains .....	9
8. Placement et hébergement des résidents .....	10
9. Déplacements et activités des résidents.....	10
10. Équipement de protection individuelle .....	11
a) Gants.....	11
b) Blouses.....	11
11. Gestion des selles.....	12
12. Nettoyage et désinfection de l'équipement non critique de soins aux résidents.....	12
13. Nettoyage de l'environnement .....	13
14. Manipulation de la literie, de la vaisselle et des ustensiles .....	13
15. Durée des précautions .....	14
16. Manipulation des cadavres .....	14
17. Éducation des travailleurs de la santé, des résidents, des familles et des visiteurs ..	14
a) Travailleurs de la santé .....	14
b) Résidents, familles et visiteurs .....	15
18. Gestion des visiteurs.....	15
19. Gestion des éclosions.....	15
RÉFÉRENCES .....	17
ANNEXE A – ÉVALUATION DU RISQUE AU POINT DE SERVICE .....	20

## DESCRIPTION

Le *Clostridium difficile* (*C. difficile*) est un bacille Gram positif anaérobie sporulé, qui cause une diarrhée infectieuse en produisant deux toxines : la toxine A (une entérotoxine) et la toxine B (une cytotoxine)<sup>1</sup>. Le *C. difficile* est la cause la plus fréquente de diarrhée infectieuse associée aux soins de santé dans les hôpitaux canadiens<sup>2,3</sup> et est la cause la plus commune de diarrhée infectieuse aiguë chez les résidents des établissements de soins de santé de longue durée<sup>4,5</sup>.

L'incidence signalée des infections à *C. difficile* associées aux soins de santé au Canada a augmenté au cours de la dernière décennie et elle est liée à un taux accru de morbidité et de mortalité<sup>6</sup>. L'infection à *C. difficile* peut se manifester de diverses façons allant de la diarrhée légère à la colite pseudo-membraneuse parfois mortelle<sup>3</sup>, la perforation intestinale et la septicémie<sup>7</sup>. Les résidents des établissements de soins de santé de longue durée courent un plus grand risque d'infection en raison de leur âge avancé, de leur hospitalisation fréquente<sup>8,9</sup>, de la présence d'une maladie sous-jacente ou de comorbidité, de l'exposition répétée à des agents antimicrobiens<sup>8</sup>, d'un traitement de chimiothérapie et de la prise d'immunodépresseurs. Le taux d'incidence d'infection à *C. difficile* chez les personnes de 65 ans et plus peut être dix fois plus élevé<sup>8</sup> que celui des adultes moins âgés.

Le *C. difficile* se transmet facilement dans les milieux de soins, causant fréquemment des éclosions dans les hôpitaux<sup>10</sup> et les établissements de soins de santé de longue durée<sup>11</sup>. En outre, il est associé à une augmentation de la morbidité et de la mortalité liées aux infections à *C. difficile* au Canada<sup>12</sup>. Le taux de mortalité attribuable aux infections à *C. difficile* dans les hôpitaux canadiens a presque quadruplé de 1997 à 2005 (passant de 1,5 % des cas à 5,7 %, respectivement  $p < ,001$ )<sup>12</sup>. L'augmentation des infections à *C. difficile* et du taux de mortalité lié à celles-ci au Canada a plusieurs causes, mais un facteur important a été la propagation d'une souche plus virulente, souvent appelée *North American pulsed field (NAP) type 1*<sup>13</sup>.

Le mode principal de transmission de la bactérie *C. difficile* dans les milieux de soins, dont les établissements de soins de longue durée, est d'une personne à une autre par la voie fécale-orale<sup>9</sup>. Les mains des travailleurs de la santé contaminées transitoirement par des spores de *C. difficile* et l'environnement contaminé jouent un grand rôle dans la propagation de *C. difficile* dans les milieux de soins<sup>14-16</sup>. En comparaison avec d'autres bactéries pathogènes associées aux soins de santé, la contamination de l'environnement d'un résident atteint d'une infection à *C. difficile* est considérée comme un facteur relativement plus important d'intercontamination. Cela s'explique par le fait qu'en tant que microorganisme qui produit des spores, le *C. difficile* persiste plus longtemps dans l'environnement et résiste davantage aux méthodes de désinfection courantes que les bactéries qui ne produisent pas de spores.

L'incidence des infections à *C. difficile* dans un établissement de soins de longue durée est variable. Les responsables des mesures de prévention et de contrôle des infections devraient connaître l'épidémiologie de l'infection à *C. difficile* dans leur établissement et estimer leurs mesures à prendre en conséquence<sup>17</sup>. L'application systématique et adéquate de mesures de prévention et de contrôle des infections s'est révélée efficace pour réduire l'incidence des infections à *C. difficile* associées aux soins de santé<sup>10,18</sup>.

Puisque les infections à *C. difficile* sont étroitement liées à des antécédents de prise d'antibiotiques, la gestion des antimicrobiens pourrait jouer un rôle dans la prévention et la suppression des éclosions d'infection à *C. difficile*<sup>12,19</sup>. Bien que les présentes lignes directrices

soient axées sur les mesures de prévention et de contrôle des infections à *C. difficile* dans les établissements de soins de longue durée, il faudrait admettre que la prévention des infections à *C. difficile* passe également par une utilisation adéquate des traitements antimicrobiens (c.-à-d. la gestion des antimicrobiens). Les spécialistes ou les responsables du contrôle des infections devraient prôner des programmes efficaces de prévention et de contrôle des infections ainsi que de gestion des antimicrobiens à titre de stratégies importantes de prévention des infections à *C. difficile* dans leurs établissements.

## MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS RECOMMANDÉES

Les lignes directrices suivantes sont principalement fondées sur les recommandations contenues dans le document « Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins »<sup>20</sup> de l'Agence de la santé publique du Canada, sauf indication contraire.

En plus des pratiques de base, les résidents soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée dans des établissements de soins de longue durée devraient être soumis à des **précautions contre la transmission par contact**. Une évaluation du risque au point de service (Annexe A) devrait être réalisée pour prendre des décisions quant à l'application opportune des précautions contre la transmission par contact.

Les sujets suivants sont traités plus en détail ci-dessous :

1. Contrôles organisationnels
  - a) Mesures techniques
  - b) Mesures administratives
2. Évaluation
3. Surveillance
4. Analyses en laboratoire et déclaration
5. Précautions contre la transmission par contact
6. Restrictions relatives au personnel
7. Hygiène des mains
8. Placement et hébergement des résidents
9. Déplacements et activités des résidents
10. Équipement de protection individuelle
11. Gestion des selles
12. Nettoyage et désinfection de l'équipement non critique de soins aux résidents
13. Nettoyage de l'environnement
14. Manipulation de la literie, de la vaisselle et des ustensiles
15. Durée des précautions
16. Manipulation du corps des défunts
17. Éducation des travailleurs de la santé, des résidents, des familles et des visiteurs
18. Gestion des visiteurs
19. Gestion des éclosions

## 1. CONTRÔLES ORGANISATIONNELS

Une des principales fonctions de tous les organismes de soins, y compris les établissements de soins de longue durée, consiste à diminuer le plus possible l'exposition aux infections et la transmission de celles-ci dans les milieux de soins. Des politiques, des procédures et des programmes reposant sur les mesures techniques et administratives suivantes, conçus pour la prévention des infections à *C. difficile*, permettent d'y parvenir.

### a) Mesures techniques

- i. Le plan de l'établissement devrait comprendre des chambres individuelles pour les soins de base des résidents (chambres avec toilettes privées, lavabos désignés pour les résidents, distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool bien situés, et lavabos désignés pour le lavage des mains du personnel).
- ii. Les matériaux prévus pour les surfaces au point de service de l'établissement devraient se nettoyer efficacement et facilement.
- iii. Les bassins de lit et les fauteuils hygiéniques devraient être disponibles en nombre suffisant.
- iv. Pour éviter la contamination de l'environnement par des spores de *C. difficile*, il faudrait des systèmes pour gérer l'élimination des selles en cas d'utilisation de bassins de lit ou de fauteuils hygiéniques. Voici des solutions à envisager :
  - installation de systèmes de nettoyage<sup>c</sup> ou de désinfection de bassins de lit dans les unités de soins aux résidents;
  - utilisation de bassins jetables pour les résidents atteints de diarrhée aiguë et installation de macérateurs pour les bassins jetables.
- v. Un approvisionnement adéquat en équipement de protection individuelle devrait être accessible.
- vi. Des poubelles mains libres pour y jeter des serviettes et des mouchoirs de papier, des gants, etc., devraient être accessibles et en nombre suffisant
- vii. Des distributeurs de produits pour l'hygiène des mains (savon, lotion, serviettes de papier et désinfectant pour les mains à base d'alcool) qui fonctionnent bien devraient être accessibles.
- viii. Un nombre suffisant de lavabos désignés pour le lavage des mains du personnel devrait être prévu.
- ix. Des distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool devraient être installés en nombre suffisant au point de service.
- x. Les descentes de linge, s'il y a lieu, devraient être bien conçues, entretenues et utilisées de façon à minimiser la dispersion des aérosols du linge contaminé.

---

<sup>c</sup> Une évaluation approfondie de l'efficacité des systèmes de désinfection des bassins de lit qui seront utilisés dans les unités de soins aux patients devrait être effectuée avant l'achat et un processus d'amélioration continue de la qualité devrait être établi à des fins de contrôle et d'évaluation du rendement.<sup>27,28</sup>

## b) Mesures administratives

- i. Des politiques et des procédures devraient être élaborées et mises en œuvre pour la prévention et le contrôle des infections à *C. difficile*, y compris l'application des pratiques de base, de précautions contre la transmission par contact, et pour la détection, la déclaration et la gestion des éclosions.
- ii. Des ressources humaines spécialisées (p. ex. spécialistes du contrôle des infections) et des ressources financières suffisantes devraient être fournies pour assurer l'exécution d'un programme efficace de prévention et de contrôle des infections en conformité avec le mandat de l'organisme.
- iii. Les spécialistes ou les responsables du contrôle des infections devraient participer activement au choix des nouveaux appareils et équipements de soins, qui ont besoin d'être nettoyés, désinfectés ou stérilisés.
- iv. Des politiques et des procédures devraient être élaborées et mises en œuvre pour le nettoyage de l'environnement de façon à prévoir un effectif suffisant, un programme régulier de nettoyage de l'environnement, des procédures pour l'attribution de responsabilités et une responsabilisation en matière de nettoyage selon le niveau de contact avec les patients et le degré de souillure, et à prévoir un nettoyage ponctuel des surfaces de l'environnement et un nettoyage plus complet, conformément aux précautions additionnelles.
- v. Des programmes d'éducation et de formation devraient être élaborés et mis en œuvre pour les responsables du nettoyage de l'environnement. Une évaluation des politiques, des procédures et des pratiques, y compris des vérifications, devrait être réalisée pour déterminer l'efficacité du nettoyage de l'environnement et des pratiques utilisées à cette fin.
- vi. Des politiques et des procédures, notamment l'attribution des responsabilités, devraient être élaborées et mises en œuvre pour le nettoyage et la désinfection de tous les articles non critiques de soins aux résidents (p. ex. appareils mobiles, appareils électroniques à utilisations multiples et jeux électroniques), qu'ils sortent ou non des aires réservées aux résidents.
- vii. Un programme de gestion des antimicrobiens doté de ressources suffisantes devrait être mis sur pied pour l'ensemble de l'établissement.
- viii. Des procédures de contrôle, de vérification et de rapport concernant le respect des pratiques d'hygiène des mains et de nettoyage de l'environnement devraient être établies.
- ix. Un système de surveillance qui comporte la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion systématiques des taux d'infection à *C. difficile* par unité de l'établissement devrait être mis en place (se reporter au point 3, Surveillance).

## 2. ÉVALUATION

- a) Les résidents atteints de diarrhée ou qui présentent d'autres symptômes, notamment des nausées ou des vomissements, de la fièvre, une douleur ou une sensibilité abdominale, qui peuvent être attribuables à une infection à *C. difficile*, devraient être évalués rapidement. Un échantillon de selle devrait être prélevé pour le dépistage en laboratoire du *C. difficile* (se reporter au point 4, Analyses en laboratoire et déclaration), et le résident devrait faire l'objet de précautions contre la transmission par contact (se reporter au point 5, Précautions contre la transmission par contact).
- b) Une évaluation clinique des résidents symptomatiques devrait être réalisée et au besoin, un traitement antimicrobien devrait être amorcé rapidement, selon les lignes directrices des pratiques cliniques.
- c) Les résidents asymptomatiques ne devraient pas être soumis à un test de dépistage du *C. difficile*.
- d) Il est inutile et déconseillé d'instaurer un programme régulier de dépistage du *C. difficile* dans l'environnement.
- e) L'administration d'un test de dépistage au personnel asymptomatique n'est pas recommandée. Les employés symptomatiques devraient être orientés vers les responsables de la santé et de la sécurité de l'organisme ou leur médecin personnel aux fins d'évaluation.

## 3. SURVEILLANCE

- a) Une méthode de déclaration rapide des résidents symptomatiques au spécialiste ou au responsable du contrôle des infections de l'organisme devrait être instaurée.
- b) Un mécanisme devrait être établi pour informer sans délai le spécialiste ou le responsable du contrôle des infections que des résidents ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du *C. difficile*.
- c) Un système de surveillance prospective reposant sur des dénominateurs et des définitions acceptés de cas d'infection à *C. difficile*<sup>21</sup> devrait être établi pour déterminer le taux de base d'infection à *C. difficile* de l'organisme et assurer le suivi de la fluctuation du taux. En adoptant une définition de cas reconnue à l'échelle nationale (c.-à-d. Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales<sup>6</sup>, Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale<sup>22</sup>, Case Definition and Minimum Data Set for the Surveillance of *Clostridium difficile* Infection in Acute Care Hospitals across Canada<sup>23</sup>), les organismes pourront comparer leurs taux d'infection à *C. difficile* et de mortalité liée à l'infection à *C. difficile* à ceux des autres établissements canadiens.

#### 4. ANALYSE EN LABORATOIRE ET DÉCLARATION

- a) Les établissements de soins de longue durée devraient avoir accès à des services de laboratoire pour faciliter la détection rapide des infections à *C. difficile*.
- b) Il existe divers tests pour dépister le *C. difficile* ou ses toxines dans les selles des résidents atteints de diarrhée. La sensibilité de ces tests varie beaucoup. Les spécialistes ou les responsables du contrôle des infections devraient examiner les méthodes de dépistage et les algorithmes locaux avec le personnel de laboratoire. Si une augmentation du taux d'infection à *C. difficile* est observée, il est important de s'assurer que celle-ci n'est pas attribuable à une détection accrue découlant de nouveaux algorithmes ou méthodes de dépistage.
- c) Un protocole et des dispositions concernant les tests de dépistage des infections à *C. difficile* devraient être établis.
- d) Un échantillon de selles pour le dépistage du *C. difficile* ou de ses toxines devrait être recueilli le plus tôt possible après l'apparition des symptômes de diarrhée aiguë<sup>3</sup>.
- e) Un mécanisme devrait être instauré pour signaler rapidement tous les tests positifs au médecin du résident et au spécialiste ou au responsable du contrôle des infections, ainsi qu'aux autorités de santé publique régionales, provinciales et territoriales, au besoin.
- f) Il ne faut pas se fier à un seul résultat négatif pour un test dont le niveau de sensibilité est peu élevé (p. ex. épreuve immunoenzymatique) pour écarter la présence du *C. difficile* chez les résidents atteints de diarrhée aiguë<sup>24</sup>. Si le premier test est négatif, un deuxième test peut être indiqué.
- g) Seuls des échantillons de selles diarrhéiques non moulées (c.-à-d. molles ou liquides)<sup>3</sup> devraient être utilisés pour les tests de dépistage du *C. difficile* ou de ses toxines.
- h) Le test de dépistage ne devrait pas être répété durant le même épisode de diarrhée ou par la suite pour vérifier l'efficacité du traitement<sup>3</sup>.

#### 5. PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR CONTACT

- a) Des précautions contre la transmission par contact devraient être prises de façon empirique, pour les résidents atteints de diarrhée aiguë, soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée, dès l'apparition d'une diarrhée autrement inexplicable.
- b) Les résidents soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée devraient faire l'objet de précautions contre la transmission par contact, jusqu'à ce que la diarrhée soit terminée ou qu'il soit déterminé que la maladie à l'origine de la diarrhée n'est pas infectieuse (se reporter au point 8, Placement et hébergement des résidents).
- c) Des affiches indiquant les précautions à prendre contre la transmission par contact devraient être placées à l'entrée de la chambre ou de l'aire de lit désignée du résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée, ou à un autre endroit visible.
- d) Se reporter aux points ci-dessous pour de plus amples renseignements sur les précautions contre la transmission par contact.

## 6. RESTRICTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

- a) Les travailleurs de la santé devraient s'absenter du travail lorsqu'ils sont infectés par une maladie transmissible, notamment une gastroentérite avec vomissement et/ou diarrhée.
- b) Le superviseur immédiat et le personnel chargé de la santé au travail devraient être mis au courant des travailleurs de la santé qui ont travaillé alors qu'ils étaient symptomatiques ou infectieux.

## 7. HYGIÈNE DES MAINS

- a) L'hygiène des mains devrait être pratiquée fréquemment à l'aide de techniques efficaces (selon les recommandations des lignes directrices « Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins »<sup>25</sup> de l'Agence de la santé publique du Canada), notamment :
  - i. après avoir prodigué des soins au résident;
  - ii. après un contact avec l'environnement du résident;
  - iii. après avoir enlevé les gants au point de service et juste avant de quitter la chambre ou l'aire de lit désignée du résident;
  - iv. après avoir manipulé des selles;
  - v. après avoir manipulé des bassins de lit et des fauteuils hygiéniques.
- b) L'eau et le savon devraient être utilisés de préférence au désinfectant pour les mains à base d'alcool dans les milieux où les infections à *C. difficile* se transmettent et durant les éclosions d'infection à *C. difficile*, pour l'enlèvement physique et mécanique des spores (se reporter au point 19, Gestion des éclosions).
- c) Le lavage des mains avec de l'eau et du savon devrait être effectué au point de service et à un lavabo désigné pour le lavage des mains du personnel. Si un tel lavabo n'est pas accessible, il faudrait utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool (avec une concentration d'alcool entre 60 et 90 %), puis se laver les mains avec de l'eau et du savon à un lavabo désigné dès que possible.
- d) Des essuie-mains (imbibés d'un produit antimicrobien ou à base d'alcool ou de savon ordinaire) peuvent être utilisés au lieu de l'eau et du savon lorsqu'un lavabo désigné pour le lavage des mains n'est pas immédiatement accessible ou qu'il est inadéquat (p. ex. lavabo contaminé, pas d'eau courante, pas de savon), pour les conditions suivantes :
  - i. Lorsque les mains ne sont pas visiblement sales;
  - ii. Lorsque la saleté est visible. Un désinfectant pour les mains à base d'alcool devrait être utilisé après l'utilisation des essuie-mains, suivi par un lavage avec de l'eau et du savon dès qu'un lavabo désigné est accessible.

## 8. PLACEMENT ET HÉBERGEMENT DES RÉSIDENTS

- a) Une évaluation du risque au point de service (Annexe A) devrait être effectuée afin de déterminer le type d'hébergement et le retrait d'un résident d'une chambre à plusieurs lits, les risques potentiels de transmission de l'infection aux autres résidents de la chambre, la présence de facteurs de risque qui augmentent la probabilité de transmission et les répercussions psychologiques potentielles sur le résident symptomatique. Le spécialiste ou le responsable du contrôle des infections devrait être consulté.
- b) Dans une chambre à plusieurs lits, un résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée ne devrait pas partager des toilettes ou un fauteuil hygiénique avec un autre résident. Des toilettes ou fauteuils hygiéniques devraient être réservés à l'usage exclusif de chaque résident atteint de diarrhée.
- c) Dans une chambre à plusieurs lits, les rideaux d'intimité devraient toujours être tirés, si c'est possible.
- d) La porte de la chambre peut rester ouverte.
- e) Des affiches sur le contrôle des infections devraient être placées à l'entrée de la chambre ou de l'aire de lit désignée du résident afin d'indiquer les précautions à prendre contre la transmission par contact avant de pénétrer dans la chambre.
- f) Le dossier du résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée ne devrait pas être apporté dans la chambre ou l'aire de lit désignée du résident.

## 9. DÉPLACEMENTS ET ACTIVITÉS DES RÉSIDENTS

- a) Le résident symptomatique soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée devrait pouvoir sortir de sa chambre selon les indications de son plan de soins, à condition que la diarrhée puisse être contenue et que des mesures d'hygiène des mains soient respectées, à savoir le lavage des mains avec de l'eau et du savon.
- b) Le résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée devrait recevoir des vêtements propres et se laver les mains avec de l'eau et du savon, sous surveillance ou avec de l'aide au besoin, avant de quitter la chambre.
- c) Des instructions ou de l'aide concernant les mesures d'hygiène des mains devraient être fournies aux résidents soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée, après que le résident ait utilisé les toilettes et avant que celui-ci ne quitte sa chambre.
- d) Si la diarrhée ne peut être contenue ou si les mesures d'hygiène des mains sont inadéquates, les résidents soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée devraient être confinés à leur chambre jusqu'à ce que :
  - i. la diarrhée soit terminée; ou
  - ii. la diarrhée puisse être contenue; et
  - iii. les mesures d'hygiène des mains soient adéquates.

- e) La participation à des activités de groupe devrait être restreinte lorsque la diarrhée ne peut être contenue et que des mesures d'hygiène des mains ne peuvent être prises.
- f) Le déplacement des résidents soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée à l'intérieur d'un établissement ou d'un établissement à un autre devrait être évité sauf en cas d'indication médicale (p. ex. tests diagnostiques et traitements essentiels). Le cas échéant, si un déplacement est nécessaire :
  - i. Le service de transport, l'unité d'accueil ou l'établissement devraient être informés des précautions nécessaires à l'égard du résident transporté.
  - ii. Il faudrait envisager de demander que le patient soit vu rapidement pour réduire le plus possible le temps passé dans les aires d'attente.
  - iii. Il faudrait fournir au résident des vêtements et de la literie propres, au besoin; la diarrhée devrait être contenue (c.-à-d. au moyen de produits pour l'incontinence) au besoin, et des instructions ou de l'aide concernant les mesures d'hygiène des mains devraient être fournies.
  - iv. Le personnel chargé du transport devrait enlever et jeter leur équipement de protection individuelle (se reporter au point 10, Équipement de protection individuelle) et pratiquer l'hygiène des mains avant de transporter les résidents.
  - v. Le personnel chargé du transport devrait porter un équipement de protection individuelle propre, au besoin (se reporter au point 10, Équipement de protection individuelle) pour aider le résident durant le transport et à destination.

## 10. ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

L'équipement de protection individuelle à porter pour la prise de précautions contre la transmission par contact devrait être fourni à l'extérieur de la chambre ou de l'aire de lit désignée du résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée. Les travailleurs de la santé, les familles et les visiteurs devraient porter l'équipement de protection individuelle suivant pour visiter les résidents soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée.

- a) Gants
  - i. Des gants devraient être portés si un contact direct est nécessaire pour les soins personnels du patient ou en prévision d'un contact direct avec des surfaces de l'environnement touchées fréquemment, ou si de l'équipement ou des objets contaminés ou de la literie souillée sont manipulés.
  - ii. Les gants devraient être enlevés et jetés dans un récipient mains libres et des mesures d'hygiène des mains (se reporter au point 7, Hygiène des mains) devraient être appliquées au moment de quitter la chambre ou l'aire de lit désignée du résident.
- b) Blouses
  - i. Il faudrait porter une blouse à manches longues s'il est possible que les vêtements ou les avant-bras entrent directement en contact avec le résident ou des surfaces ou des objets de l'environnement du résident.
  - ii. Si une blouse est nécessaire, il faudrait l'enfiler avant d'entrer dans la chambre ou l'aire de lit désignée. La blouse devrait être retirée et jetée dans un récipient

mains libres immédiatement après usage, et des mesures d'hygiène des mains devraient être prises avant de quitter l'environnement du résident.

Le même équipement de protection individuelle ne devrait pas être porté pour plus d'un résident. Si le travailleur de la santé doit prodiguer des soins à plusieurs résidents dans une même chambre, il devrait changer d'équipement de protection individuelle et pratiquer l'hygiène des mains entre chaque résident auquel il prodigue des soins.

## 11. GESTION DES SELLES

- a) Lorsque des bassins de lit et des fauteuils hygiéniques sont nécessaires :
  - i. Les bassins de lit et les fauteuils hygiéniques devraient être manipulés de façon à éviter de contaminer l'environnement par des spores de *C. difficile*.
  - ii. L'utilisation de bassins de lit jetables devrait être envisagée.
  - iii. L'utilisation d'un pistolet hygiénique pour nettoyer les bassins de lit et la cuvette des fauteuils hygiéniques est à éviter.
- b) Les brosses pour cuvettes hygiéniques devraient être réservées au nettoyage d'une cuvette en particulier et elles ne devraient pas être réutilisées. L'utilisation de brosses jetables devrait être envisagée.

## 12. NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DE L'ÉQUIPEMENT NON CRITIQUE DE SOINS AUX RÉSIDENTS

- a) Toutes les fournitures et tout l'équipement devraient être identifiés et entreposés de façon à prévenir leur utilisation par ou pour d'autres résidents.
- b) L'équipement non critique réutilisable pour les soins (brassard de tensiomètre, stéthoscope, chaise d'aisance, marchette, fauteuil roulant, équipement récréatif, etc.) devrait servir uniquement aux soins du résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée, et il devrait être nettoyé à l'aide d'un produit de nettoyage chloré (au moins 1 000 parties par million [ppm]) ou d'un autre produit sporicide avant d'être réutilisé pour un autre résident<sup>26</sup>.
- c) Le thermomètre rectal électronique ne devrait pas être utilisé.
- d) Les appareils à usage unique devraient être jetés dans un récipient mains libres après avoir servi.
- e) Les jeux électroniques, les effets personnels, etc., devraient être réservés à l'usage exclusif du résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée (ils ne devraient pas être partagés entre les résidents). Ils devraient être nettoyés puis désinfectés avant d'être réutilisés pour un autre résident.

### 13. NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT

- a) Il faudrait nettoyer toutes les surfaces horizontales et les surfaces touchées fréquemment de la chambre ou l'aire de lit désignée du résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée, au moins deux fois par jour ou lorsqu'elles sont sales, en portant une attention particulière aux endroits ou aux objets souvent touchés (salle de bain et installations sanitaires du résident, toilettes/fauteuil hygiénique/bassin de lit, interrupteurs, cordons de lampes, lit et main courante et côté de lit, table de chevet et autres meubles, fauteuil roulant, marchette, etc.).
- b) Des mesures devraient être prises pour éviter la contamination des solutions de nettoyage et de désinfection en changeant de chiffons et de vadrouilles fréquemment<sup>26</sup>.
- c) Lorsque la transmission d'une infection à *C. difficile* est continue, les chambres ou les aires de lit désignées des résidents soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée, devraient être décontaminées et nettoyées à l'aide d'un produit de nettoyage chloré (au moins 1 000 parties par million [ppm]) ou d'un autre produit sporicide.
- d) Des mesures additionnelles de nettoyage ou une fréquence accrue du nettoyage peuvent être justifiées en période d'éclosion (se reporter au point 19, Gestion des éclosions) ou lorsque la transmission de l'infection à *C. difficile* est continue.
- e) Lorsque le résident soupçonné d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée est transféré dans une chambre à un lit suite à l'apparition d'une diarrhée aiguë, ou qu'il change de chambre pour une autre raison, ou lorsque les précautions contre la transmission par contact prennent fin, il faut procéder au nettoyage final de la chambre ou de l'aire de lit désignée et de la salle de bain, changer les rideaux d'intimité, jeter la brosse de nettoyage de la cuvette, et nettoyer et désinfecter ou changer les cordes de sonnette d'appel ou les cordons de lampes (se reporter aux « Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins », annexe VII<sup>20</sup>, pour de plus amples renseignements sur le nettoyage final).
- f) Les précautions contre la transmission par contact devraient être respectées jusqu'à ce que le nettoyage final de la chambre ou de l'aire de lit désignée soit terminé.

### 14. MANIPULATION DE LA LITERIE, DE LA VAISSELLE ET DES USTENSILES

- a) Aucune précaution spéciale n'est nécessaire pour la literie; les pratiques de base sont suffisantes, notamment les suivantes :
  - i. Toute la literie souillée devrait être manipulée de la même façon pour tous les résidents, qu'ils soient atteints ou non d'une maladie infectieuse.
  - ii. La literie souillée devrait être placée dans un récipient mains libres au point de service.
  - iii. La literie souillée devrait être agitée le moins possible pour éviter la contamination de l'air, des surfaces et des personnes.
  - iv. La literie souillée devrait être triée et rincée à l'extérieur de la zone de soins du résident.

- v. La literie très souillée devrait être roulée en boule ou pliée de façon à contenir la souillure la plus lourde au centre du paquet. Les selles solides qui peuvent être enlevées à la main gantée avec du papier hygiénique devraient être placées dans un bassin ou la cuvette des toilettes et éliminées en chassant l'eau.
- b) Aucune précaution spéciale n'est nécessaire pour la vaisselle ou les ustensiles; les pratiques de base sont suffisantes.

## 15. DURÉE DES PRÉCAUTIONS

- a) Respecter les précautions contre la transmission par contact jusqu'à ce que :
  - i. la présence d'une infection à *C. difficile* soit écartée ou que la diarrhée ait été déclarée non infectieuse; ou
  - ii. si l'infection à *C. difficile* est confirmée, jusqu'à ce que la diarrhée soit terminée<sup>d</sup>; ou
  - iii. en conformité avec les lignes directrices provinciales ou territoriales ou la politique de l'organisme.
- b) La décision d'arrêter les précautions contre la transmission par contact devrait être prise de concert avec le spécialiste ou le responsable du contrôle des infections.

## 16. MANIPULATION DU CORPS DES DÉFUNTS

- a) Les pratiques de base devraient être appliquées correctement et systématiquement en sus des précautions contre la transmission par contact, durant la manipulation du corps des défunts, la préparation pour une autopsie ou le transport des personnes décédées vers des établissements de services mortuaires.
- b) La réglementation provinciale ou territoriale sur les maladies transmissibles devrait être respectée.

## 17. ÉDUCATION DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ, DES RÉSIDENTS, DES FAMILLES ET DES VISITEURS

- a) Travailleurs de la santé
  - i. Tous les travailleurs de la santé devraient recevoir de l'information sur le *C. difficile*, notamment sur les mesures visant à contrôler la propagation de la bactérie, et sur leur rôle quant à la détection d'une infection et aux interventions nécessaires dès l'apparition d'une nouvelle diarrhée.
  - ii. Les éducateurs devraient insister sur le fait que les pratiques de base, les précautions contre la transmission par contact, et les pratiques de travail sécuritaires (p. ex. ne pas manger ni boire dans les zones de soins aux

---

<sup>d</sup> Dans un contexte opérationnel, certains experts recommandent de respecter les précautions contre la transmission par contact jusqu'à 48 heures après la fin de la diarrhée puisque les rechutes sont courantes. Cependant, il n'existe pas actuellement de données à l'appui de l'isolement de patients asymptomatiques<sup>26</sup>.

résidents) protègent les travailleurs de la santé contre les infections à *C. difficile*.

- b) Résidents, familles et visiteurs
  - i. Il faudrait enseigner aux résidents, à leur famille et aux visiteurs les précautions à prendre, y compris la durée des précautions et la prévention de la transmission de l'infection à d'autres personnes, en mettant l'accent sur l'hygiène des mains.
  - ii. Les familles et les visiteurs qui participent aux soins directs aux résidents devraient apprendre quand porter un équipement de protection individuelle et comment l'utiliser adéquatement.
  - iii. Les familles et les visiteurs qui contribuent aux soins des résidents devraient porter le même équipement de protection individuelle que les travailleurs de la santé.

## 18. GESTION DES VISITEURS

- a) Il faudrait indiquer aux visiteurs de parler avec le personnel infirmier avant d'entrer dans la chambre ou l'aire de lit désignée d'un résident qui fait l'objet de précautions contre la transmission par contact, pour permettre l'évaluation du risque pour la santé du visiteur et de la capacité du visiteur à observer les précautions.
- b) Dans le cas des résidents qui font l'objet de précautions contre la transmission par contact, il faudrait garder le nombre de visiteurs au strict minimum (p. ex. membre de la famille immédiate/parent, tuteur ou principal fournisseur de soins).
- c) Les visiteurs devraient n'avoir accès qu'à un seul résident qui fait l'objet de précautions contre la transmission par contact. Si un visiteur doit avoir accès à plus d'un résident, il faudrait lui montrer comment utiliser l'équipement de protection individuelle comme un travailleur de la santé et comment pratiquer l'hygiène des mains avant de se rendre à la chambre ou à l'aire de lit d'un autre résident.

## 19. GESTION DES ÉCLOSIONS

- a) Lorsqu'il y a des preuves que la transmission du *C. difficile* est continue dans un établissement ou lorsque le taux d'incidence du *C. difficile* est plus élevé que le taux de base de l'établissement, les mesures plus rigoureuses suivantes devraient être envisagées :
  - i. Placer des affiches à l'entrée de l'unité ou des unités touchées pour informer les familles et les visiteurs.
  - ii. Prendre des précautions contre la transmission par contact à l'égard de tous les résidents atteints de diarrhée aiguë.
  - iii. Signaler l'éclosion aux autorités de santé publique locales conformément aux exigences de déclaration régionales, provinciales et territoriales.
  - iv. Décontaminer et nettoyer la chambre ou l'aire de lit désignée des résidents soupçonnés d'avoir une infection à *C. difficile* ou chez qui une telle infection est confirmée à l'aide d'un produit de nettoyage chloré (au moins 1 000 parties par million [ppm]) ou d'un autre produit sporicide.

- v. Augmenter la fréquence du nettoyage de l'unité ou des unités touchées, y compris la salle de bain et les toilettes, le matériel récréatif, toutes les surfaces horizontales de la chambre ou de l'aire de lit désignée du résident, en particulier les endroits ou les objets touchés fréquemment (p. ex. main courante et côté de lit, cordons de lampe, interrupteurs, poignées de porte, meubles), les aires communes, les postes de soins infirmiers, les salles de bain du personnel, etc.
  - vi. Former des groupes de travailleurs de la santé pour les soins des résidents (c.-à-d. des travailleurs de la santé affectés exclusivement aux résidents atteints d'une infection à *C. difficile*).
  - vii. En présence du lourd fardeau de la maladie, en particulier avec un taux plus élevé que prévu de mortalité attribuable à l'infection à *C. difficile*, il peut être indiqué, en consultation avec un microbiologiste et les responsables de la santé publique, de caractériser le type de souche et la clonalité des isolats de *C. difficile*.
  - viii. Vérifier le respect des pratiques d'hygiène des mains (se reporter au point 7, Hygiène des mains), le port d'équipement de protection individuelle par le personnel (se reporter au point 10, Équipement de protection individuelle), le nettoyage et la désinfection de l'équipement non critique partagé entre résidents (se reporter au point 12, Nettoyage et désinfection de l'équipement non critique pour les résidents) et le nettoyage de l'environnement (se reporter au point 13, Nettoyage de l'environnement).
  - ix. Examiner le processus d'élimination des selles (se reporter au point 11, Gestion des selles).
  - x. Interdire les nouvelles admissions dans l'unité ou les unités touchées si les mesures de contrôle initiales ne réussissent pas à contrôler la propagation du *C. difficile*.
  - xi. Examiner les pratiques de prescription d'antimicrobiens, notamment les raisons de la prescription et les agents antimicrobiens précis qui sont prescrits. Dans certains milieux, il peut être utile de restreindre l'utilisation de certains agents antimicrobiens.
  - xii. Consulter les experts en santé publique provinciaux/territoriaux ou nationaux concernant la gestion d'une éclosion persistante.
- b) Une éclosion devrait être déclarée terminée lorsque la transmission du microorganisme est terminée et que le taux d'infection à *C. difficile* est revenu au niveau de base de l'établissement.

## RÉFÉRENCES

1. Poxton IR, McCoubrey JM, Blair G. The pathogenicity of *Clostridium difficile*. Clin Microbiol Infect 2001;7:421-427.
2. Dubberke ER, Butler AM, Yokoe DS *et al.* Multicenter study of surveillance for hospital-onset *Clostridium difficile* infection by the use of ICD-9-CM diagnosis codes. Infect Control Hosp Epidemiol 2010;21:262-268.
3. Poutanen S, Simor AE. *Clostridium difficile*-associated diarrhea in adults. CMAJ 2004;171:51-58.
4. Simor AE, Yake SL, Tsimidis K. Infection due to *Clostridium difficile* among elderly residents of a long-term-care facility. Clin Infect Dis 1993;17:672-678.
5. Sims RV, Hauser RH, Adewale AO, *et al.* Acute gastroenteritis in three community-based nursing homes. J. Gerontol 1995;50A:M252-M256.
6. Gravel D, Miller M, Simor A, *et al.* Health care-associated *Clostridium difficile* infection in adults admitted to acute care hospitals in Canada: A Canadian nosocomial infection surveillance program study. Clin Infect Dis 2009;48:568-576.
7. Miller MA, Meagan H, Ofner-Agostini M, *et al.* Morbidity, Mortality, and healthcare burden of nosocomial *Clostridium difficile*-associated diarrhea in Canadian hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2002;23:137-140.
8. Simor AE. Diagnosis, management and prevention of *Clostridium difficile* infection in long-term care facilities: A review. JAGS 2010;58:1556-1564.
9. Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, *et al.* Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). Accès : <http://www.jstor.org/stable/10.1086/651706> (consulté le 7 juillet 2011).
10. Muto CA, Pokrywka M, Shutt K, *et al.* A large outbreak of *Clostridium difficile*-associated disease with an unexpected proportion of deaths and colectomies at a teaching hospital following increased fluoroquinolone use. Infect Control Hosp Epidemiol 2005;26:273-280.
11. Gaynes R, Rimland D, Killum E, *et al.* Outbreak of *Clostridium difficile* infection in a long-term care facility: Association with gatifloxacin use. Clin Infect Dis 2004;38:640-645.
12. Pepin J, Saheb N, Coulombe MA, *et al.* Emergence of fluoroquinolones as the predominant risk factor for *Clostridium difficile*-associated diarrhea: A cohort study during an epidemic in Quebec. Clin Infect Dis 2005;41:1254-1260.
13. Miller M, Gravel D, Mulvey M, *et al.* Health care-associated *Clostridium difficile* infection in Canada: Patient age and infecting strain type are highly predictive of severe outcome and mortality. Clin Infect Dis 2010;50:194-201.

14. Johnson S, Gerding DN, Olson MM, *et al.* Prospective, controlled study of vinyl glove use to interrupt *Clostridium difficile* nosocomial transmission. *Am J Med* 1990;88:137-140.
15. Gerding D, Johnson S, Peterson L, Mulligan M, Silva JJ. *Clostridium difficile*-associated diarrhea and colitis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1995;16:459-477.
16. Johnson S, Gerding DN. *Clostridium difficile*-associated diarrhea. *Clin Infect Dis* 1998;26:1027-1036.
17. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention. Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006. Accès : [http://www.cdc.gov/hicpac/mdro/mdro\\_0.html](http://www.cdc.gov/hicpac/mdro/mdro_0.html) (consulté le 28 juillet 2011).
18. Kuijper EJ, Coignard B, Tull P. Emergence of *Clostridium difficile*-associated disease in North America and Europe. *Clin Microbiol Infect* 2006;12(Suppl 6):2-18.
19. Valiquette L, Cossette B, Garant MP, *et al.* Impact of a reduction in the use of high-risk antibiotics on the course of an epidemic of *Clostridium difficile*-associated disease caused by the hypervirulent NAP1/027 strain. *Clin Infect Dis* 2007;45(Suppl 2):S112-121.
20. 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*. Révisé en 2012. En attente de publication par l'Agence de la santé publique du Canada.
21. McDonald LC, Coignard B, Dubberke E, *et al.* Recommendations for surveillance of *Clostridium difficile*-associated disease. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28(2):140-145.
22. Agence de la santé publique du Canada. *Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale – 2009*. RMTc, vol. 35s2, novembre 2009. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09vol35/35s2/index-fra.php>
23. Public Health Agency of Canada and Canadian Patient Safety Institute. Case Definition and Minimum Data Set for the Surveillance of *Clostridium difficile* Infection (CDI) in Acute Care Hospitals across Canada. December 2008.
24. Vanpouke H, DeBaere T, Claevs G, *et al.* Evaluation of six commercial assays for the rapid detection of *Clostridium difficile* toxin and/or antigen in stool specimens. *Clin Microbiol Infect*. 2001;7(2):55-64.
25. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins*. 2012. En attente de publication par l'Agence de la santé publique du Canada.
26. Dubberke E, Gerding N, Classen D, *et al.* Strategies to prevent *Clostridium difficile* infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:S81-S92.

27. Bryce E, Lamsdale A, Forrester L, *et al.* Bedpan washer disinfectors: An in-use evaluation of cleaning and disinfection. *Am J Infect Control* 2011;39:566-570.
28. Alfa MJ, Olson H, Buelow-Smith L. Simulated-use testing of bedpan and urinal washer disinfectors: Evaluation of *Clostridium difficile* spore survival and cleaning efficacy. *Am J Infect Control* 2008;36:5-11.

## ANNEXE A

# ÉVALUATION DU RISQUE AU POINT DE SERVICE<sup>1</sup>

Avant toute interaction avec le patient, le résident ou le client, les travailleurs de la santé ont la responsabilité de toujours évaluer le risque d'infection pour eux-mêmes et pour les autres patients, résidents ou clients, les familles, les visiteurs et les travailleurs de la santé. L'évaluation du risque est fondée sur le jugement professionnel concernant la situation clinique et l'information à jour sur la façon dont les organismes de soins de santé ont conçu et mis en œuvre des mesures administratives et techniques, et sur la disponibilité et l'utilisation d'équipement de protection individuelle.

L'évaluation du risque au point de service est une activité effectuée par le travailleur de la santé **avant toute interaction avec un patient, un résident ou un client** :

1. Analyser la probabilité d'exposition à des agents infectieux :
  - **pour une interaction particulière** (p. ex. effectuer une procédure médicale générant des aérosols, ou y assister, d'autres interventions ou interactions cliniques, des interactions non cliniques [comme l'admission du patient, l'enseignement au patient, au résident ou au client et à sa famille], le déplacement de patients, de résidents ou de clients et l'interaction directe avec des patients, des résidents ou des clients);
  - **avec un patient, un résident ou un client particulier** (p. ex. les nourrissons et les jeunes enfants, les patients, les résidents ou les clients non autonomes et incapables de pratiquer l'hygiène des mains, qui ne respectent pas l'hygiène respiratoire et qui présentent des sécrétions respiratoires abondantes, une toux et des éternuements fréquents et une diarrhée);
  - **dans un milieu particulier** (p. ex. chambres individuelles, chambres et salles de bain partagées, couloirs, aires d'évaluation, services d'urgence, aires publiques, unités de soins, départements d'imagerie de diagnostic, entretien ménager);
  - **dans les conditions présentes** (p. ex. changements d'air dans une grande salle d'attente, ou dans une chambre d'isolement des infections à transmission aérienne, salles d'attente pour les patients, les résidents ou les clients).

**ET**

2. Déterminer les **mesures à prendre et l'équipement de protection individuelle** à porter afin de réduire le risque d'exposition à l'agent infectieux pour le patient, le résident ou le client, le travailleur de la santé, les autres membres du personnel, les familles, les visiteurs, les entrepreneurs, etc.

L'évaluation du risque au point de service n'est pas un nouveau concept. En effet, les travailleurs de la santé utilisent déjà ce type d'évaluation plusieurs fois par jour pour leur propre sécurité ainsi que celle des patients, des résidents ou des clients et des autres personnes dans le milieu de soins de santé. Ils le font, par exemple, lorsqu'ils évaluent un patient, un résident ou

<sup>1</sup> Agence de la santé publique du Canada. Prévention et contrôle de la grippe durant une pandémie pour tous les milieux de soins. Annexe F du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index-fra.php>.

un client et une situation afin de déterminer la possibilité d'exposition à du sang ou à des liquides corporels, ou lorsqu'ils choisissent un équipement de protection individuelle adéquat pour soigner un patient, un résident ou un client atteint d'une maladie infectieuse. Ces deux interventions font partie des activités d'évaluation.