

# Recommandations pour le contrôle des épidémies de gastro-entérite dans les foyers de soins de longue durée

Recommandations pour le personnel des foyers de soins de longue durée et des bureaux de santé publique

Division de la santé de la population et de la santé publique

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Mars 2018

Le présent document est l'expression de l'opinion unanime des membres du comité relativement aux pratiques qu'ils jugent prudentes. Cette ressource est mise à la disposition de la santé publique et des fournisseurs de soins de santé.

Le présent document peut être reproduit sans autorisation, en totalité ou en partie, avec la mention suivante :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée / Division de la santé publique

Toronto, Canada, 2018

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Pour obtenir des exemplaires de ce rapport :

LigneINFO : 1 866 532-3161

ATS : 1 800 387-5559

# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>7</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>8</b>
<b>Autres participants</b> .....	<b>10</b>
<b>Sigles</b> .....	<b>11</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>13</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>20</b>
1.1 Objet .....	20
1.2 Rôle des bureaux de santé publique .....	21
1.3 Rôle et responsabilités des foyers de soins de longue durée .....	23
1.4 Types d'épidémies de gastro-entérite .....	23
1.4.1 Épidémies causées par des virus.....	23
1.4.2 Épidémies causées par des bactéries et des parasites .....	25
<b>2 Élaboration de politiques et de mesures de contrôle des infections et des épidémies</b> .....	<b>26</b>
2.1 Préparation aux épidémies .....	27
2.2 Programme de prévention et de contrôle des infections – Prévention des maladies 29	
2.2.1 Pratiques de base .....	30
2.3 Précautions supplémentaires .....	35
2.3.1 Précautions contre les contacts .....	35
2.3.2 Autres stratégies de prévention des maladies .....	36
2.3.3 Formation du personnel et des bénévoles.....	38
2.3.4 Sensibilisation des pensionnaires et des visiteurs .....	39
<b>3 Surveillance et détection des épidémies</b> .....	<b>40</b>
3.1 Surveillance .....	40
3.1.1 Groupes cibles pour la surveillance .....	40
3.2 Détection d'une épidémie.....	42
3.2.1 Définition de cas de gastro-entérite infectieuse .....	43
3.2.2 Définition d'épidémie .....	43
3.2.3 Définition d'épidémie de gastro-entérite soupçonnée .....	44
3.2.4 Définition d'épidémie de gastro-entérite .....	44

<b>4</b>	<b>Gestion des épidémies de gastro-entérite.....</b>	<b>44</b>
4.1	Mesures de contrôle lorsqu'une épidémie de gastro-entérite est soupçonnée .....	45
4.2	Mesures de gestion d'épidémies.....	45
4.2.1	Évaluation de l'épidémie .....	45
4.2.2	Mise en œuvre de mesures générales de prévention et de contrôle des infections .....	46
4.2.3	Consultation des bureaux de santé publique .....	46
4.2.4	Déclaration d'une épidémie.....	47
4.2.5	Avertissement des personnes/organismes appropriés.....	47
4.2.6	Convocation d'une réunion de l'équipe de gestion des épidémies .....	48
4.2.7	Surveillance continue de l'épidémie.....	51
<b>5</b>	<b>Mesures de contrôle visant des groupes précis.....</b>	<b>52</b>
5.1	Mesures de contrôle destinées aux pensionnaires.....	52
5.1.1	Admissions de nouveaux pensionnaires et réadmissions.....	54
5.1.2	Consultations médicales et autres .....	56
5.1.3	Transfert vers un hôpital ou un autre établissement ou consultation d'urgence.....	56
5.2	Mesures de contrôle destinées au personnel et aux bénévoles.....	57
5.2.1	Personnel en bonne santé.....	57
5.2.2	Personnel malade .....	57
5.3	Mesures de contrôle destinées aux visiteurs et concernant les activités de groupe	58
5.3.1	Modification de l'accès des visiteurs .....	58
5.3.2	Rencontres de groupe et autres activités.....	60
<b>6</b>	<b>Déclaration de la fin de l'épidémie et de l'abandon des mesures de lutte contre les épidémies.....</b>	<b>60</b>
6.1	Critères visant à déterminer la fin d'une épidémie .....	61
6.2	Examen de l'épidémie.....	62
6.3	Rédaction du dossier d'enquête sur l'épidémie .....	62
<b>7</b>	<b>Enquête et gestion des épidémies d'origine alimentaire .....</b>	<b>63</b>
7.1	Politiques et méthodes recommandées pour la manipulation des aliments .....	64
7.1.1	Personnel manipulant des aliments .....	64
7.1.2	Dossiers des fournisseurs d'aliments .....	64
7.1.3	Conservation d'échantillons d'aliments.....	65
7.1.4	Dossiers des températures d'aliments potentiellement dangereux .....	65
7.1.5	Aliments fournis par un traiteur et aliments apportés par les familles .....	65

7.1.6	Office ou cuisinette commune.....	66
7.1.7	Aide à la prise des repas .....	67
7.1.8	Dossiers de la température du lave-vaisselle et de désinfection .....	67
7.1.9	Installation et entretien du matériel de cuisine .....	68
7.2	Enquête sur les maladies d'origine alimentaire .....	68
7.2.1	Questionnaires .....	68
7.2.2	Échantillons cliniques .....	68
7.2.3	Exploitation du service alimentaire.....	69
7.2.4	Enquête du système HACCP.....	69
7.2.5	Sources d'aliments et d'eau de rechange .....	70
7.2.6	Rapport sommaire .....	70
	Annexe 1 : Directives relatives au prélèvement d'échantillons de selles pendant les épidémies .....	76
	Annexe 2 : Pratiques de base, précautions supplémentaires et exigences de signalement liées à certains pathogènes ou problèmes de santé associés aux épidémies de gastro-entérite .....	80
	Annexe 3 : Pratiques de base dans tous les établissements de soins de santé .....	91
	Annexe 4 : Affiche pour les chambres de résidents nécessitant des précautions contre les contacts dans les établissements de soins non actifs .....	92
	Annexe 5 : Fiche d'information sur l'hygiène des mains conçue pour les établissements de soins de santé .....	93
	Annexe 6 : Étapes recommandées pour la mise en place et le retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI).....	94
	Annexe 7 : Mise en place et retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) .....	96
	Annexe 8 : Listes de vérification pour le nettoyage de la chambre d'un pensionnaire malade pendant une épidémie.....	97
	Annexe 9 : Exemple d'affiche relative aux politiques de dépistage à utiliser pendant les épidémies .....	99
	Annexe 10 : Exemple de fiche de surveillance.....	100
	Annexe 11 : Guide de référence rapide : Épidémie soupçonnée.....	101
	Annexe 12 : Étapes de la prévention et de la gestion d'une épidémie de gastro-entérite .....	104
	Annexe 13 : Formulaire type de liste simple pour les épidémies de gastro-entérite.....	105
	Annexe 14 : Énoncé de position : Durée d'exclusion recommandée pour les cas associés aux épidémies à norovirus et situations dans lesquelles il convient de signaler la fin de celles-ci .....	106
	Annexe 15 : Exemple d'algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'épidémie .....	113

Annexe 16 : Épidémiologie de certains pathogènes associés aux épidémies de gastro-entérite .....115

# Résumé

En 1991, les épidémies de gastro-entérite qui surviennent dans des établissements sont devenues une maladie à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Les contacts fréquents entre les personnes et la présence d'une population au système immunitaire affaibli haussent le risque d'épidémie de gastro-entérite dans les foyers de soins de longue durée (FSLD). Il se produit encore des épidémies de gastro-entérite et, pour les maîtriser, les FSLD doivent élaborer des programmes efficaces de contrôle des infections.

La version de 2018 de ce document, élaborée par le MSSLD, remplace la version de 2013, également élaborée par le MSSLD. Ce document vise à aider les FSLD avant, pendant et après les épidémies de gastro-entérite, et à minimiser les cas de maladie, les hospitalisations et les décès qui en découlent.

Il fournit des renseignements utiles et pratiques qui aideront les FSLD :

1. à élaborer des politiques et des méthodes de gestion des épidémies et des programmes de contrôle des infections;
2. à comprendre l'importance de la surveillance, de la détection précoce et de l'isolement des personnes infectées pour prévenir la propagation de la maladie;
3. à sensibiliser leur personnel aux politiques et aux méthodes en place ainsi qu'à l'importance des pratiques de base;
4. à intervenir en cas d'épidémie de gastro-entérite et à gérer celle-ci, le cas échéant;
5. à élaborer des méthodes de gestion des épidémies d'origine alimentaire.

Les recommandations présentées dans ce document s'appuient sur la documentation fondée sur des données probantes, les connaissances cliniques, les tendances et le consensus d'experts les plus récents en ce qui a trait à la prévention, à la détection, à la gestion et au contrôle des épidémies de gastro-entérite. De plus, ce document contient des annexes faciles à consulter qui décrivent des méthodes à suivre pour prendre en charge certains micro-organismes (pathogènes), ainsi que des résumés qui indiquent la marche à suivre si l'on soupçonne la présence d'une épidémie et celle à suivre pendant une épidémie.

Les changements dans la version de 2018 des Recommandations pour le contrôle des épidémies de gastro-entérite dans les foyers de soins de longue durée ne concernent que le titre et la référence aux Normes.

# Remerciements

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tient à souligner la participation et l'expertise du groupe de travail qui a élaboré la version 2011 de ce document et qui a effectué des mises à jour dans la version 2013 de celui-ci.

## **Karen Beckermann**

*Superviseure de la programmation et de la logistique, maladies évitables par la vaccination, East York*

Bureau de santé publique de Toronto

## **Risa Cashmore**

*Conseillère en contrôle des infections, Réseau de contrôle des infections du Centre-Ouest*

Santé publique Ontario

## **Joanne Dow**

*Infirmière-hygiéniste, équipe de contrôle des maladies infectieuses*

Bureau de santé de Middlesex-London

## **Lisa Fortuna\***

Directrice, Prévention et contrôle des maladies transmissibles, Santé publique Ontario

## **David Fraser**

*Coordonnateur, Aliments et rage, service de protection de la santé*

Circonscription sanitaire du district de Simcoe-Muskoka

## **Edwina Gracias**

*Directrice, Protection de la santé*

Bureau de santé de Peterborough

## **Judy de Grosbois**

*Inspectrice de la santé publique*

Circonscription sanitaire du district de Perth

## **Lucie Imbiscuso**

*Inspectrice de la santé publique*

Bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph/Institut canadien des inspecteurs en santé publique (section de l'Ontario)

## **Manisa Jiaravuthisan**

*Directrice associée, Contrôle des maladies transmissibles*

Bureau de santé publique de Toronto

**Lois Lacroix**

*Directrice, Programme sur les maladies infectieuses*  
Service de santé publique de la région de Niagara

**Andre LaFlamme**

*Directeur, Hygiène du milieu*  
Service de santé publique de la région de Niagara

**Joseph Y. Lam**

*Superviseur, Gestion des éclosions*  
Santé publique Ottawa

**Bill Limerick**

*Retraité (occupait auparavant les postes de directeur de l'hygiène du milieu et de directeur de la protection de la santé)*  
Bureau de santé du Nord-Ouest

**Marina Lombos**

*Technologue en chef, Activités de laboratoire – maladies entériques et surveillance moléculaire*  
Santé publique Ontario

**Anne Maki**

*Directrice, Maladies entériques, environnement, surveillance moléculaire et ITS*  
Santé publique Ontario

**Roman Malanczyj**

*Inspecteur principal de la santé publique*  
Services de santé de la région de Durham

**D<sup>r</sup> Dean Middleton\***

*Épidémiologiste principal en santé publique, Maladies entériques et zoonotiques et maladies à transmission vectorielle*  
Santé publique Ontario

**Francine Paquette**

*Conseillère en contrôle des infections, Réseau de contrôle des infections du Sud-Ouest de l'Ontario*  
Santé publique Ontario

**Brenda Smith**

*Coordonnatrice de réseau, Réseau de contrôle des infections du Centre-Ouest*  
Santé publique Ontario

**Dave Stronach**

*Directeur à la retraite*  
Services de santé de la région de Halton

**Debbie Valickis**

*Spécialiste en contrôle des infections, Division des maladies transmissibles*

Bureau de santé publique de la région de Peel

**Yvonne Whitfield\***

*Conseillère principale en programmes, Maladies entériques et zoonotiques et maladies à transmission vectorielle*

Santé publique Ontario

**Anne-Luise Winter**

*Épidémiologiste principale, Prévention et contrôle des maladies transmissibles*

Santé publique Ontario

\* Au moment de l'élaboration de la version initiale de ce document en 2011, ces participants étaient affiliés à la Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

## Autres participants

**Jane Carruthers**

*Inspectrice des foyers de soins de longue durée*

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**Richard Hayden**

*Inspecteur des foyers de soins de longue durée*

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**D<sup>re</sup> Zsuzsanna Rajda**

*Conseillère principale en programmes, Direction des politiques et des programmes de santé publique*

Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**D<sup>re</sup> Erika Bontovics**

*Directrice, Direction des politiques et des programmes de santé publique*

Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**Stephen Moore**

*Directeur, Maladies entériques et zoonotiques et maladies à transmission vectorielle*

Santé publique Ontario

**Dr Doug Sider**

*Directeur médical, Maladies infectieuses*

Santé publique Ontario

# Sigles

**AHO**

Association des hôpitaux de l'Ontario

**APD**

Aliments potentiellement dangereux

**ASPC**

Agence de la santé publique du Canada

**CCPMI**

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses

**CHICA**

Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté

**DMBA**

Désinfectant pour les mains à base d'alcool

**ÉGÉ**

Équipe de gestion des épidémies

**FSLD**

Foyer de soins de longue durée

**HACCP**

Analyse des risques aux points critiques

**ICD**

Infection à Clostridium difficile

**IH**

Infirmier-hygiéniste

**IN**

Infections nosocomiales

**ISP**

Inspecteur de la santé publique

**LFSLD**

Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée

**LPPS**

Loi sur la protection et la promotion de la santé

**LSST**

Loi sur la santé et la sécurité au travail

**MPI**

Matériel de protection individuelle

**MSSLD**

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**OMA**

Ontario Medical Association

**PCI**

Prévention et contrôle des infections

**PPI**

Professionnel en prévention des infections

**RLISS**

Réseau local d'intégration des services de santé

**RRCI**

Réseau régional de contrôle des infections

# Glossaire

## **Aliments potentiellement dangereux –**

Il s'agit des aliments pouvant favoriser la croissance d'agents pathogènes (bactéries nuisibles). Ils contiennent généralement beaucoup de protéines, ne sont pas acides et sont humides. Des exemples courants sont la volaille, la viande, le poisson et les produits laitiers. Les aliments potentiellement dangereux doivent être manipulés avec soin en ce qui a trait à la température; ils doivent être entreposés à une température de 4 °C ou moins et doivent être cuits à une température interne précise avant d'être servis afin d'assurer leur salubrité. Bien que certains fruits et légumes aient été à l'origine d'épidémies de maladies d'origine alimentaire à grande échelle, ils ne contiennent pas les ingrédients nécessaires pour favoriser la croissance incontrôlée des bactéries. Il n'est pas nécessaire de les conserver au réfrigérateur ni de les cuire à une température précise pour assurer leur salubrité. Cependant, ces aliments doivent être manipulés avec grand soin et lavés à fond avant d'être consommés.

## **Analyse des risques aux points critiques (HACCP) –**

Démarche scientifique systématique de détermination, d'évaluation et de maîtrise des risques pour la salubrité des aliments. La méthode HACCP est conçue pour prévenir, réduire ou éliminer les risques potentiels biologiques, chimiques et physiques pour la salubrité des aliments, y compris ceux causés par la contamination croisée.

## **Apparition –**

La date et l'heure de l'apparition des premiers signes cliniques ou des premiers symptômes.

## **Bénévole –**

Personne qui fait partie du programme organisé de bénévolat du FSLD, mais qui n'est pas directement employée par ce dernier (c.-à-d. qu'elle ne reçoit pas de chèque de paie du FSLD).

## **Cas –**

Personne atteinte d'une maladie ou souffrant d'une affection en particulier, qui correspond habituellement à la définition de cas.

**Comité de prévention et de contrôle des infections –**

Groupe de personnes qui se rencontrent régulièrement pour discuter des questions sur le contrôle des infections. Les FSLD sont tenus d'avoir des comités de contrôle des infections.

**Contamination croisée –**

Transfert de pathogènes d'un aliment à un autre au cours de la préparation des aliments par l'entremise du matériel de cuisson, des ustensiles ou des mains des préposés à la manipulation des aliments.

**Critères de Kaplan –**

Lorsqu'il est impossible de confirmer microbiologiquement une éclosion soupçonnée de norovirus, les critères de Kaplan peuvent s'appliquer pour déterminer la probabilité que l'épidémie soit d'origine virale. Ces critères sont les suivants : 1) une durée moyenne (ou médiane) de la maladie de 12 à 60 heures, 2) une période d'incubation moyenne (ou médiane) de 24 à 48 heures, 3) des vomissements chez plus de la moitié des personnes atteintes et 4) l'absence d'agent pathogène bactérien. Les critères sont très précis –lorsque les quatre sont présents, il est fort probable que l'épidémie soit attribuable à un norovirus. Cependant, les critères manquent de sensibilité – environ 30 % des éclosions de norovirus ne répondent pas à ces critères. Par conséquent, la possibilité d'une étiologie virale ne devrait pas être écartée si ces critères ne sont pas respectés.

**Définition de cas –**

Ensemble de critères servant à déterminer qui devrait être considéré comme un cas. La définition comprend des renseignements cliniques et devrait également comprendre des renseignements épidémiologiques relatifs à l'heure, à l'endroit et à la personne.

**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 pour réduire le nombre de micro-organismes, lorsque les mains sont sèches et non visiblement souillées. Les DMBA permettent un lavage des mains plus rapide que lorsque l'on utilise du savon et de l'eau.

**Durée de contact –**

Durée pendant laquelle une surface est exposée à un désinfectant afin que ce dernier soit efficace contre les micro-organismes.

**Écllosion ponctuelle –**

Épidémie qui survient lorsque les infections proviennent d'une seule source, par exemple une épidémie se propage aux personnes qui ont mangé un aliment contaminé.

**Employés (salariés) –**

Comprennent toutes les personnes (c.-à-d. celles qui sont inscrites au registre de paie de l'établissement) qui reçoivent un chèque de paie directement de l'établissement, quel que soit leur responsabilité clinique ou le contact qu'elles ont avec les patients. Cette catégorie ne devrait pas comprendre le personnel en congé pour une période prolongée (p. ex., congé de maternité, de paternité ou d'invalidité).

**Employés contractuels –**

Employés d'un organisme externe. Ceux-ci comprennent les travailleurs de la santé, les préposés à l'entretien et les employés d'un autre secteur ou ceux engagés dans des activités dans les secteurs où l'on dispense des soins aux pensionnaires ou qui entrent en contact avec les pensionnaires, comme les coiffeurs.

**Endémique –**

Présence habituelle d'une maladie ou d'un agent infectieux dans une région géographique ou une population donnée. S'exprime habituellement sous forme de taux de prévalence.

**Épidémie –**

Augmentation imprévue de cas d'une maladie survenant au sein d'une population donnée à un moment et dans un endroit donnés.

**Épidémie se propageant d'une personne à une autre –**

Épidémie qui survient lorsqu'une infection est transmise d'une personne à une autre.

**Foyer de soins de longue durée (FSLD) –**

Lieu à l'égard duquel a été délivré un permis en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chapitre 8, notamment un foyer municipal, un foyer commun ou un foyer des Premières Nations approuvé aux termes de la partie VIII de la Loi.

**Gastro-entérite –**

Inflammation de l'estomac et des intestins qui cause habituellement de la diarrhée et (ou) des vomissements.

**Lavez-vous les mains –**

Programme mis sur pied pour aider les hôpitaux et les personnes à surmonter les obstacles à l'hygiène des mains appropriée et à améliorer la conformité aux pratiques exemplaires en matière d'hygiène des mains.

<http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/JustCleanYourHands/Pages/Just-Clean-Your-Hands.aspx>

**Liste –**

Tableau qui résume les renseignements sur les cas soupçonnés, probables ou confirmés liés à une épidémie. Il présente souvent des renseignements signalétiques, des données démographiques, des renseignements cliniques et de l'information sur l'exposition ou les facteurs de risque.

**Mesure de contrôle –**

Toute action ou activité qui peut servir à prévenir une épidémie ou à y mettre fin. Les mesures de contrôle des épidémies de gastro-entérite sont principalement axées sur la réduction de l'exposition supplémentaire.

**Milieu de soins de santé –**

Lieu où des soins de santé sont prodigués, y compris les milieux où sont prodigués des soins d'urgence, les hôpitaux, les FSLD, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et les domiciles.

**Niveau de référence –**

Présence ou niveau normal d'une maladie ou d'un agent infectieux dans une région géographique ou une population donnée durant une période.

**Pensionnaire –**

Personne qui habite dans un FSLD de façon permanente ou temporaire.

**Période d'incubation –**

L'intervalle entre le moment où une personne est infectée et le moment où les premiers symptômes apparaissent.

**Période d'infectiosité –**

Période pendant laquelle des personnes infectées peuvent transmettre leur infection aux autres.

**Personne soignante rémunérée –**

Personne qui n'est pas employée par le FSLD, mais qui peut prodiguer des soins aux pensionnaires. Elle est normalement embauchée par la famille d'un pensionnaire.

**Personnel –**

Toutes les personnes engagées dans des activités dans le FSLD, y compris, mais sans s'y limiter, les employés (permanents, temporaires), les étudiants, les médecins traitants, les employés contractuels œuvrant dans le secteur des soins de santé ou dans d'autres secteurs, et tout autre membre du personnel (y compris les personnes ayant des droits d'admission/des privilèges cliniques [médecins, sages-femmes, centre de prothèses auditives], les préposés à l'entretien [p. ex., services de conciergerie, de réparation, etc.] ou des employés d'un autre secteur, engagés dans des activités dans les secteurs où l'on dispense des soins aux pensionnaires ou qui entrent en contact avec les pensionnaires [p. ex., les coiffeurs]).

**Personnes autres que les membres du personnel –**

Visiteurs, bénévoles, membres de la famille et groupes communautaires

**Poussée de source commune –**

Type d'épidémie qui survient lorsque des personnes sont exposées à une source ponctuelle d'infection au même moment.

**Pratiques de base –**

Système de pratiques de prévention et de contrôle des infections recommandé par l'Agence de la santé publique du Canada qui doit s'appliquer à tous les clients/patients/pensionnaires chaque fois qu'on leur prodigue des soins afin de prévenir et limiter la transmission des micro-organismes dans les établissements de soins de santé. On peut consulter la description complète des pratiques de base visant à prévenir et à contrôler la transmission des agents pathogènes nosocomiaux dans le manuel mis à jour des pratiques exemplaires intitulé Pratiques de base et précautions supplémentaires en Ontario, accessible sur le site Web de Santé publique Ontario à l'adresse

[https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Routine\\_Practices\\_Additional\\_Precautions.aspx](https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Routine_Practices_Additional_Precautions.aspx)

**Précautions contre les contacts –**

Type de précautions supplémentaires visant à réduire les risques de transmission d'agents infectieux par contact avec une personne infectée. Les précautions contre les contacts s'ajoutent aux pratiques de base.

**Précautions supplémentaires –**

Ces précautions (c.-à-d. les précautions contre les contacts, les gouttelettes et les aérosols) sont prises en plus d'avoir recours aux pratiques de base lorsque

des infections causées par des micro-organismes transmis par ces voies sont soupçonnées ou diagnostiquées. Elles comprennent la séparation physique des pensionnaires infectés ou colonisés des autres personnes et l'utilisation de barrières (p. ex., blouses, gants et masques) pour prévenir ou limiter la transmission de l'agent infectieux de personnes colonisées ou infectées à celles qui sont vulnérables aux infections ou à celles qui peuvent transmettre l'agent à d'autres.

**Préposé à la manipulation des aliments –**

Personne qui manipule ou prépare directement des aliments.

**Professionnel en prévention des infections (PPI) –**

Professionnel de la santé désigné responsable des programmes de prévention des infections dans le FSLD, conformément à la LFSLD, 2007, L.O. 2007, chap. 8 et au Règlement de l'Ontario 79/10. Le PPI doit posséder les compétences nécessaires en prévention et en contrôle des infections et avoir suivi une formation supplémentaire en la matière. Dans un FSLD, on désigne pour coordonner le programme un membre du personnel dont la formation et l'expérience en matière de pratiques de prévention et de contrôle des infections portent notamment sur les maladies infectieuses, le nettoyage et la désinfection, la collecte de données et l'analyse des tendances, les protocoles de présentation de rapports et la gestion des épidémies. [Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (3)].

**Regroupement en cohorte –**

Regroupement des pensionnaires en cohorte : Regroupement des pensionnaires qui présentent les mêmes symptômes ou qui sont asymptomatiques.

Regroupement du personnel en cohorte : Regroupement du personnel pour qu'il prodigue des soins à un groupe précis de pensionnaires ou pour l'affecter à une unité/un étage sur lequel se trouvent ou non des cas actifs.

**Surveillance –**

Collecte, rassemblement et analyse systématiques continus des données et communication rapide des renseignements afin que des mesures appropriées puissent être prises en vue de réduire le nombre de maladies.

**Taux d'atteinte –**

Apparition de la maladie observée chez une population donnée durant une période limitée.

**Transmission par voie orale après un contact avec des matières fécales –**

Transmission de micro-organismes comme des bactéries, des virus et des parasites des matières fécales à la bouche par les mains, les aliments, l'eau ou des objets contaminés.

**Vecteur passif –**

Objet inanimé qui peut être contaminé par des organismes infectieux et qui sert de vecteur.

**Visiteurs –**

Personnes qui ne sont pas affiliées au FSLD et qui rendent visite à des pensionnaires. Parmi celles-ci figurent notamment les amis ou des membres de la famille des pensionnaires ou des groupes qui rendent visite à de nombreux pensionnaires.

# 1 Introduction

Les épidémies de gastro-entérite représentent toujours un important fardeau de maladies au sein des foyers de soins de longue durée (FSLD) de l'Ontario. Environ 1 000 à 1 200 épidémies de gastro-entérite sont signalées chaque année aux bureaux de santé publique. Le nombre de cas associés à une seule épidémie varie de 10 à 200. Un important taux de mortalité peut également être associé à ces épidémies.

Les épidémies de gastro-entérite peuvent être causées par des bactéries, des virus ou des parasites, qui sont contractés en consommant des aliments ou des boissons contaminés ainsi que par le contact avec des objets contaminés ou des personnes infectées. Il est possible de prévenir de nombreuses épidémies ou d'en atténuer les répercussions en détectant et en gérant les cas rapidement, sciemment et en mettant à profit les connaissances en la matière afin de réduire la propagation de la maladie en vue de prévenir les affections, les hospitalisations et les décès.

## 1.1 Objet

Le présent document fournit :

1. les normes minimales en vue de réduire le nombre d'épidémies de gastro-entérite dans les FSLD et de les gérer (encadré 1);
2. une liste des ressources et des outils pratiques supplémentaires;
3. les plus récents examens des documents fondés sur des données probantes, des connaissances cliniques, des tendances et des consensus des experts en matière de contrôle et de gestion des épidémies de gastro-entérite.

### Encadré 1. Recommandations relatives aux éclosions : Objet et portée

Recommandations relatives aux éclosions : Objet et portée
<p><b>Le présent document fournit des renseignements utiles et pratiques qui aideront les FSLD à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• élaborer des politiques et des méthodes en matière de gestion des épidémies;</li><li>• prévenir les épidémies;</li><li>• détecter et isoler les cas afin d'éviter que la maladie ne se propage;</li><li>• intervenir en cas d'épidémie de gastro-entérite et gérer une telle situation, le cas</li></ul>

## Recommandations relatives aux éclosions : Objet et portée

échéant.

### Portée

- Peut être utile dans d'autres milieux, comme les maisons de retraite, les services de garde, les établissements de soins actifs, les établissements correctionnels, les refuges, les camps-pensionnats et les foyers de groupe, bien que les renseignements contenus dans le présent document ne s'appliquent pas tous à l'ensemble de ces milieux.
- Remplace le document *Contrôle des épidémies de gastro-entérite dans les foyers de soins de longue durée* (MSSLD, 2013).
- Devrait être utilisé conjointement avec les autres lignes directrices provinciales et nationales sur les pratiques exemplaires ou autres documents d'orientation relatifs à la gastro-entérite ainsi qu'à la prévention et au contrôle des infections. Consulter la section intitulée *Bibliographie et renseignements supplémentaires*.

## 1.2 Rôle des bureaux de santé publique

Les conseils de santé locaux offrent une aide et une expertise inestimables en ce qui a trait à la prévention, à la détection, à la gestion et au contrôle des épidémies de gastro-entérite. Les établissements de soins de santé doivent signaler les épidémies de gastro-entérite au médecin hygiéniste. Selon les Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation : chaque conseil de santé doit, d'une part, collaborer avec les partenaires communautaires et les fournisseurs de services, pour déterminer le besoin de prévoir des ressources pour le transfert des connaissances et des mesures de soutien dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections et agir en conséquence et, d'autre part, collaborer avec les partenaires compétents pour mieux sensibiliser les partenaires communautaires concernés, notamment les établissements correctionnels, les fournisseurs de soins de santé et les autres fournisseurs de services, à l'épidémiologie locale des maladies transmissibles et d'autres maladies infectieuses importantes pour la santé publique, aux pratiques de prévention et de contrôle des infections, ainsi qu'aux exigences de rapport des maladies importantes pour la santé publique, précisées dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Les rôles et les responsabilités des bureaux de santé publique relativement aux épidémies de gastro-entérite sont présentés dans l'encadré 2.

### **Encadré 2. Bureaux de santé publique : Rôles et responsabilités**

#### **Bureaux de santé publique : Rôles et responsabilités**

- S'assurer que le personnel qualifié œuvrant dans les bureaux de santé est disponible en tout temps, jour et nuit.
- Soutenir/consulter les professionnels en prévention des infections ainsi qu'assurer leur représentation au sein de l'ÉGÉ.
- Offrir du soutien aux programmes et aux comités de prévention et de contrôle des infections.
- Mener des consultations relatives à la surveillance, aux politiques et aux méthodes en matière de prévention et de contrôle des infections ainsi qu'à la gestion des épidémies.
- Discuter de l'enquête et de la gestion des maladies transmissibles et de celles à déclaration obligatoire.
- Recueillir des données, analyser les épidémies et signaler les épidémies de gastro-entérite en établissement au MSSLD afin que ces éléments puissent être utilisés dans le cadre d'analyses ultérieures et que l'on en dégage les tendances provinciales.
- Effectuer des inspections régulières des aliments et du milieu.
- Analyser les aliments et du matériel, au besoin, dans le cadre d'enquêtes sur des épidémies d'origine alimentaire.
- S'assurer que le personnel des FSLD a facilement accès aux noms/coordonnées des personnes-ressources des bureaux de santé publique.  
<http://www.health.gov.on.ca/fr/common/system/services/phu/locations.aspx>

## 1.3 Rôle et responsabilités des foyers de soins de longue durée

Les FSLD sont chargés de s'assurer que les épidémies sont gérées de manière efficace, de détecter rapidement les cas et de les signaler aux bureaux de santé publique. L'exigence concernant le signalement des cas à la santé publique est prescrite en vertu du paragraphe 27 (2) de la LPPS. Les FSLD sont également chargés d'informer le directeur nommé en vertu de la LPPS en cas d'apparition d'une maladie à déclaration obligatoire ou d'une maladie transmissible au sens de la LPPS [Règlement de l'Ontario 79/10, disposition 5 du par. 107 (1)]. Les mesures de lutte contre les infections recommandées dans tous les établissements de soins de santé et FSLD sont énoncées dans les [Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario](#) (annexe B du document du CCPMI, 2012).

## 1.4 Types d'épidémies de gastro-entérite

Les épidémies de gastro-entérite peuvent être causées par la transmission d'un virus d'une personne à une autre ou par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés. Les aliments ou l'eau peuvent être contaminés à la source ou durant leur préparation, leur manipulation ou leur entreposage. Il est également possible qu'une transmission indirecte se produise lorsqu'une personne entre en contact avec une matière contaminée. Les agents responsables de ces épidémies peuvent être de nature virale, bactérienne ou parasitaire.

### 1.4.1 Épidémies causées par des virus

La gastro-entérite virale est la principale cause des épidémies de gastro-entérite dans les établissements. Dans les FSLD, le norovirus est la cause la plus fréquente de ce type d'épidémie. Les modes de transmission du norovirus comprennent l'aérosolisation, la transmission indirecte par des surfaces contaminées, la transmission d'une personne à une autre ou la consommation d'aliments et de boissons contaminés. Il est important de noter que, la plupart du temps, les aliments sont contaminés par un préposé à la manipulation des aliments. Le norovirus touche tant les pensionnaires que les membres

du personnel, particulièrement durant la période hivernale lorsque l'incidence sur les collectivités est également élevée. Les indicateurs d'épidémie de norovirus comprennent l'apparition soudaine de symptômes ainsi qu'une importante proportion de personnes touchées présentant : des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Les éclosions de norovirus dans les FSLD peuvent exercer davantage de pression sur les ressources, notamment des augmentations de coûts en raison de la plus forte demande de travailleurs de la santé (Zingg et coll., 2005). Plus de 50 % des pensionnaires et des membres du personnel tombent malades lorsque survient une épidémie d'origine virale. Les facteurs en cause dans les épidémies d'origine virale sont présentés dans l'encadré 3.

Bien qu'une source commune, comme un aliment, puisse causer une épidémie, la transmission secondaire d'une personne à une autre peut se produire facilement. Généralement, les personnes infectées transmettent des millions de particules virales dans leurs fèces ou vomissures. Cependant, il ne faut qu'un petit nombre de ces particules pour causer une infection. Les particules de norovirus peuvent contaminer une grande partie de l'environnement d'un FSLD et survivre pendant des jours sur différentes surfaces. L'hygiène des mains constitue donc un élément essentiel des efforts en matière de prévention et de contrôle des infections.

### **Encadré 3. Exemples illustrant comment une épidémie de nature virale peut se déclarer**

#### **Exemples illustrant comment une épidémie de nature virale peut se déclarer**

- Une personne infectée qui a les mains sales ou de gants contamine les surfaces et le matériel qui sont fréquemment touchés par d'autres personnes.
- Un membre du personnel ou d'une famille infecté qui a les mains sales ou qui ne porte pas de gants prodigue des soins aux pensionnaires.
- Le nettoyage inadéquat des liquides organiques (p. ex., diarrhée et vomissures) qui entraîne la contamination de l'environnement.
- Les gouttelettes dispersées dans l'air (aérosolisation) provenant des vomissures et (ou) de la diarrhée non maîtrisée transmettent le virus.
- Le matériel que partagent les pensionnaires, comme une commode, et qui n'a pas été adéquatement nettoyé et désinfecté avant d'être utilisé par un autre pensionnaire.
- Une personne qui se rend dans un FSLD alors qu'elle présente des symptômes de gastro-entérite.

### Exemples illustrant comment une épidémie de nature virale peut se déclarer

- Un préposé à la manipulation des aliments qui contamine les aliments offerts aux pensionnaires.

## 1.4.2 Épidémies causées par des bactéries et des parasites

Il est plus rare que les épidémies de gastro-entérite soient causées par des bactéries et des parasites. Lorsque c'est le cas, une source ponctuelle est souvent à l'origine, comme de l'eau ou un aliment contaminé par des bactéries. Le taux d'atteinte initial peut être élevé, mais la maladie ne se transmet généralement pas à d'autres personnes que celles infectées par l'aliment ou l'eau. Contrairement à la transmission d'un virus, la transmission de bactéries et de parasites d'une personne à une autre est moins fréquente. Par conséquent, il est plus facile de contrôler les épidémies causées par des bactéries et des parasites. Certains pathogènes bactériens comme *Shigella*, *Escherichia coli* vérotoxigène et *Salmonella typhi* exigent une attention particulière. Les FSLD devraient consulter les bureaux de santé publique pour obtenir des directives plus précises.

Pour obtenir des renseignements précis au sujet des mesures de prévention et de contrôle des infections relatives à l'infection à *Clostridium difficile*, veuillez consulter l'annexe C du document du CCPMI : *Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé* (CCPMI, 2013).

Pour obtenir des renseignements sur les rôles et les responsabilités associés au signalement et à la gestion des épidémies d'infection à *Clostridium difficile*, veuillez consulter le document du MSSLD intitulé *Rôles et responsabilités des hôpitaux et des bureaux de santé publique à l'égard du signalement et de la gestion des épidémies d'infection à Clostridium difficile* (MSSLD, 2013).

## 2 Élaboration de politiques et de mesures de contrôle des infections et des épidémies

Les cas et les épidémies de gastro-entérite qui surviennent dans les FSLD ne sont pas tous évitables. Vingt pour cent des cas de gastro-entérite peuvent toutefois être évités par la mise en œuvre d'un programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) (Harbath et coll., 2003).

Comme la prévention et le contrôle des infections sont la responsabilité de tous, il faut confier la coordination du programme de PCI à un membre du personnel qui possède une formation et de l'expérience en la matière. De plus, il faut remplacer ce membre du personnel en son absence.

Un processus de PCI efficace débute par l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de méthodes de contrôle des épidémies, l'emploi de méthodes de prévention des infections (pratiques de base) et la mise en œuvre de précautions supplémentaires lorsque cela est jugé nécessaire.

L'encadré 4 renferme des recommandations au sujet de l'élaboration de politiques et de méthodes de contrôle des épidémies. De plus, les documents ci-dessous sont recommandés à cette fin.

- *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario* (CCPMI, 2012)
- *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections* (CCPMI, 2012)
- *Guide de prévention des infections de Santé Canada : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé* (ASPC, 1999)
- *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* (CCPMI, 2012)

## Encadré 4. Élaboration de politiques et de méthodes

### Élaboration de politiques et de méthodes

- **Prévention des maladies** : Englobe les pratiques de base et les précautions supplémentaires, l'hygiène des mains, la réduction du risque de transmission des agents infectieux, la formation du personnel et des bénévoles, la sensibilisation des pensionnaires et de leur famille, et le nettoyage de l'environnement.
- **Préparation aux épidémies** : Il faut évaluer et mettre à jour les politiques au moins une fois par année conformément à des pratiques fondées sur des données probantes ou aux pratiques en usage.
- **Surveillance** : Englobe le dépistage précoce des cas, la mise en œuvre de pratiques appropriées pour prévenir la transmission de la maladie, la gestion des données et le signalement des épidémies.
- **Signalement** : Comprend l'envoi d'un avis au bureau de santé publique et aux autres autorités pertinentes.
- **Gestion des épidémies** : Prévoit les éléments suivants : composition, mandat et rôles de l'équipe de gestion des épidémies (ÉGÉ); politique d'exclusion du personnel et plan de dotation en personnel en cas d'épidémie qui prévoit le regroupement en cohorte, le transfert et la gestion de la charge de travail afin d'assurer l'obtention d'un rapport employés/pensionnaires suffisant.
- **Politiques à l'intention du personnel et des bénévoles** : Fournissent une orientation quant à l'hygiène des mains, aux modes de transmission, au nettoyage et à la désinfection, ainsi qu'à l'emploi de matériel de protection individuelle. Le perfectionnement offert au personnel doit être conforme à des pratiques fondées sur des données probantes ou aux pratiques en usage.
- **Politiques à l'intention des pensionnaires et des visiteurs** : Indiquent les mesures qui sont prises pendant une épidémie.

## 2.1 Préparation aux épidémies

Dans le cadre de leurs programmes de PCI, les FSLD doivent évaluer et mettre à jour l'ensemble de leurs politiques et de leurs méthodes une fois par année. De plus, ils sont invités à tenir compte de la santé publique dans leur évaluation. Chaque FSLD doit élaborer des politiques et des méthodes qui prévoient les éléments ci-dessous.

- La composition et le mandat de l'ÉGÉ

- Une politique sur l'exclusion de membres du personnel – et leurs critères d'admissibilité à un retour au travail – pendant une épidémie de gastro-entérite.
- Un plan de dotation en personnel en cas d'épidémie qui prévoit le regroupement en cohorte, le transfert et la gestion de la charge de travail.
- Le prélèvement de spécimens, y compris les endroits où l'on peut obtenir des trousseaux de prélèvement, les installations d'analyse accessibles et les coordonnées pour les analyses effectuées après les heures de travail (voir l'annexe 1). Les politiques doivent également traiter de la réception et du signalement des résultats des analyses de laboratoire.
- La mise en œuvre de mesures de contrôle à l'intention des pensionnaires, du personnel, des visiteurs et des bénévoles – soit de la formation et du perfectionnement sur les pratiques de base et les précautions supplémentaires ainsi que d'autres mesures de contrôle le cas échéant (voir les annexes 2 à 7).
- Un nettoyage systématique approfondi et de la formation sur des méthodes de désinfection bien précises, en fonction du type d'organisme détecté (CCPMI, 2010).
- La tenue de registres sur la salubrité des aliments, comme des registres de température pour les aliments et les lave-vaisselle, est recommandée. De plus, les choix de menus, les aliments destinés aux pensionnaires qui proviennent d'une source externe (p. ex., un traiteur) et les échantillons d'aliments qui sont conservés systématiquement doivent aussi faire l'objet de registres.
- Les rôles et les responsabilités du foyer pendant une épidémie, qui comprennent ce qui suit : communiquer avec un bureau de santé publique, un laboratoire ou un service d'analyse de laboratoire qui est accessible et communiquer avec les pensionnaires et leur famille, avec le personnel, avec les bénévoles ainsi qu'avec des groupes externes et des médias.
- Les procédures à suivre pour signaler la fin de l'épidémie.

## **Prévention et contrôle des infections et sécurité des travailleurs**

On considère souvent la préparation à une épidémie de gastro-entérite comme une question liée à la sécurité des pensionnaires; cependant, il faut également tenir compte de la santé des travailleurs des FSLD dans le cadre d'un tel processus. Les FSLD doivent se conformer aux dispositions applicables de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST) et de ses règlements lorsqu'ils mettent en œuvre des méthodes de prévention et de contrôle des infections, puisque l'infection du personnel est un problème lié à santé et à la sécurité au travail (voir l'encadré 5). Les employeurs, les superviseurs et les travailleurs ont des droits, des devoirs et des obligations en vertu de cette Loi. Il faut adopter une démarche proactive dans le cadre de l'élaboration des

politiques et des méthodes applicables, afin de réduire les répercussions des épidémies dans les FSLD (CCPMI, 2011).

La sécurité du personnel est abordée dans la LSST et ses règlements; on y traite notamment du matériel de protection individuelle (MPI), de l'innocuité des aiguilles, des valeurs limites d'exposition aux agents biologiques et chimiques ainsi que de la proximité des aliments et des boissons par rapport aux substances infectieuses.

#### **Encadré 5. Santé et sécurité des travailleurs de la santé**

##### **Santé et sécurité des travailleurs de la santé**

En vertu du règlement intitulé *Établissements d'hébergement et de soins de santé* pris en application de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST), les FSLD doivent élaborer des mesures et des méthodes écrites pour assurer la santé et la sécurité des travailleurs, en consultation avec leurs comités mixtes de santé et de sécurité respectifs.

Ces mesures et ces méthodes peuvent porter sur :

- les pratiques d'hygiène appropriées et les centres d'hygiène;
- le contrôle des infections;
- l'emploi d'antiseptiques, de désinfectants et de décontaminants appropriés;
- l'emploi, la mise en place, l'entretien et le retrait du MPI et les restrictions qui y sont associées;
- l'élaboration, par l'employeur, de programmes de formation sur la santé et la sécurité qui s'adressent aux employés et qui s'avèrent pertinents à leur travail.

## **2.2 Programme de prévention et de contrôle des infections – Prévention des maladies**

Comme on l'a indiqué précédemment, les programmes de PCI efficaces peuvent réduire le nombre d'infections dans les établissements de soins de santé. La mise en œuvre de pratiques de base et de précautions supplémentaires s'avère essentielle pour assurer l'efficacité d'un programme de PCI. Ces mesures doivent être au cœur du processus de prévention des maladies de tout FSLD.

## 2.2.1 Pratiques de base

Les pratiques de base reposent sur le principe selon lequel tous les pensionnaires sont potentiellement infectieux, même s'ils sont asymptomatiques, et selon lequel les normes de pratique applicables doivent **toujours** être observées avec **tous** les pensionnaires chaque fois qu'on leur prodigue des soins, en vue d'empêcher toute exposition aux liquides organiques (p. ex., au sang), aux sécrétions, aux excréments, aux muqueuses, à la peau endommagée ou aux articles contaminés et de prévenir la propagation de micro-organismes (voir l'encadré 6 et les annexes 2 à 7). Les fournisseurs de soins de santé doivent évaluer le risque d'exposition aux liquides organiques (p. ex., au sang) et à la peau endommagée, puis déterminer les stratégies qui atténueront ce risque et préviendront la transmission de micro-organismes, avant d'interagir avec un pensionnaire infecté.

L'annexe 2 présente des pratiques de base liées à certains micro-organismes et problèmes de santé gastro-intestinaux. Chaque fournisseur de soins de santé doit procéder à une évaluation des risques avant d'interagir avec un pensionnaire infecté. Pour évaluer les risques en présence, le fournisseur de soins de santé doit tenir compte :

- du risque d'exposition à des liquides organiques (p. ex., à du sang) pendant l'intervention. Un lavage minutieux des mains s'avère suffisant dans le cas des interventions qui posent un risque minime, alors que les interventions qui posent un risque élevé nécessitent à la fois un lavage minutieux des mains et l'emploi d'autres pratiques de contrôle des infections;
- de l'intervention à réaliser et de son niveau de compétence à l'égard de celle-ci. Généralement, plus la formation du fournisseur de soins de santé est adéquate, plus le risque qu'il soit exposé à des liquides organiques (p. ex., à du sang) est faible;
- du niveau de collaboration et de conscience du pensionnaire; par exemple, plus le pensionnaire collabore/est conscient de la situation, plus le risque de transmission est faible;
- des stratégies de prévention des infections à utiliser pendant son interaction avec le pensionnaire.

### Encadré 6. En quoi les pratiques de base consistent-elles?

En quoi les pratiques de base consistent-elles?
Les <b>pratiques de base</b> consistent en un système de pratiques de prévention et de contrôle des infections recommandé par l'Agence de la santé publique du Canada à

## En quoi les pratiques de base consistent-elles?

appliquer à tous les pensionnaires chaque fois qu'on leur prodigue des soins afin de prévenir et de limiter la transmission des micro-organismes dans les établissements de soins de santé. On trouve d'ailleurs une *fiche de renseignements sur ces pratiques* à l'adresse suivante :

<https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/IPAC/Pages/default.aspx>

Ces pratiques, qui décrivent les stratégies de prévention et de contrôle à utiliser auprès de tous les pensionnaires chaque fois qu'on leur prodigue des soins, comprennent, entre autres :

- le lavage des mains avec un désinfectant à base d'alcool ou du savon et de l'eau avant et après tout contact direct avec un pensionnaire;
- l'utilisation d'autres mesures de précaution afin d'éviter que le personnel n'entre en contact avec des liquides organiques (p. ex., du sang), des sécrétions, des excréments, de la peau non intacte ou des muqueuses d'un pensionnaire;
- le port de gants (obligatoire lorsqu'il y a un risque que les mains entrent en contact avec des liquides organiques [p. ex., du sang], des sécrétions, des excréments, de la peau non intacte ou des muqueuses d'un pensionnaire); les gants devraient être utilisés à titre de mesure supplémentaire et non pour remplacer le lavage des mains;
- le port d'une blouse (obligatoire si l'uniforme ou d'autres vêtements risquent d'être contaminés);
- le port d'un masque et de lunettes de protection ou d'un écran facial est obligatoire dans tous les cas où il faut protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche dans le cadre d'interventions et d'activités liées aux soins du pensionnaire qui risquent de produire des éclaboussures ou des pulvérisations de liquides organiques (p. ex., de sang), de sécrétions ou d'excréments.

## Hygiène des mains

Une hygiène des mains adéquate constitue la mesure la plus importante pour prévenir la transmission des infections. L'hygiène des mains désigne toute mesure de lavage des mains; cela peut comprendre l'emploi de désinfectant pour les mains à base d'alcool ou de savon liquide et d'eau. L'hygiène des mains englobe également les mesures suivantes : utiliser une crème revitalisante pour préserver l'intégrité de la peau,

veiller à ce que ses ongles demeurent courts et propres et éviter de porter des bijoux ou des faux ongles.

Pour déloger et (ou) tuer les micro-organismes présents sur vos mains :

- lavez-vous les mains avec du savon à l'eau courante;
- lorsque vos mains ne sont pas visiblement souillées, utilisez du désinfectant pour les mains contenant 70 % d'alcool.

Les FSLD doivent insister sur l'importance d'une hygiène des mains adéquate par une sensibilisation continue du personnel, des pensionnaires, des visiteurs et des bénévoles et une communication régulière avec ceux-ci (voir l'annexe 5). Il a été démontré que la vérification des pratiques d'hygiène des mains améliore la conformité. Ainsi, il faut vérifier le rendement à l'égard de l'hygiène des mains afin de déterminer les pratiques actuelles et, par la suite, d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies qui visent à accroître la rigueur de celles-ci, à déterminer le moment approprié pour les utiliser et à hausser leur fréquence d'utilisation. De plus, l'observation directe doit faire partie de ce processus.

#### **Encadré 7. Programme d'hygiène des mains**

<b>Programme d'hygiène des mains</b>
<p><b>Volets essentiels d'un programme d'hygiène des mains</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Élaboration d'une politique et d'une méthode à l'égard des programmes d'hygiène et de soins des mains</li><li>• Accès facile à des produits d'hygiène des mains et à des éviers réservés au lavage des mains.</li><li>• Accès à des désinfectants pour les mains contenant 70 à 90 % d'alcool dans le FSLD.</li><li>• Formation comprenant des consignes sur l'hygiène des mains, sur les produits d'hygiène des mains et sur les soins des mains et indiquant les méthodes connexes.</li><li>• Programme de surveillance de la conformité en matière d'hygiène des mains dans le cadre duquel on fournit une rétroaction aux personnes concernées, notamment aux membres de la direction, par l'entremise du comité de prévention et de contrôle des infections.</li><li>• Documents du programme Lavez-vous les mains destinés aux foyers de soins de longue durée, accessibles à l'adresse</li></ul>

## Programme d'hygiène des mains

<http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/JustCleanYourHands/Pages/Just-Clean-Your-Hands.aspx>.

### Matériel de protection individuelle (MPI)

Il peut être nécessaire d'utiliser du matériel de protection individuelle (MPI), comme des gants et une blouse et, dans certaines situations un masque et des lunettes de protection, pour se protéger des micro-organismes. Lorsqu'il est utilisé convenablement, le MPI protège le personnel et les pensionnaires contre les infections et protège l'environnement contre la contamination. Le MPI ne fonctionne que lorsqu'il est utilisé convenablement. Ainsi, il importe que le personnel le mette en place et l'enlève correctement pour éviter de se contaminer et de contaminer les pensionnaires et l'environnement (voir les annexes 6 et 7 et la section 2.3.1 *Précautions contre les contacts*).

### Gants

Les gants empêchent les mains des fournisseurs de soins d'entrer en contact avec les liquides organiques (p. ex., le sang), les excréctions, les sécrétions ou la peau endommagée du pensionnaire. Les choses à **faire** et à **ne pas faire** lorsqu'on porte des gants sont indiquées dans l'encadré 8. **Remarque** : Tous les gants ne conviennent pas à toutes les tâches. Par exemple, les gants en copolymère ne conviennent pas à la prestation de soins directs aux pensionnaires, mais ils peuvent servir à la préparation d'aliments. Ainsi, il faut choisir des gants qui conviennent à l'intervention à effectuer et qui résisteront aux tensions qui seront exercées sur ceux-ci pendant l'utilisation. Le PPI, le bureau de santé publique ou le réseau régional de contrôle des infections (RRCI) peut aider à choisir des gants appropriés. Par ailleurs, il faut être à l'affût de la présence possible d'allergies au latex; l'emploi de gants de latex est rarement nécessaire et il ne faut pas utiliser de tels gants si des membres du personnel ou des pensionnaires risquent d'être allergiques au latex. On trouve un document de comparaison des gants médicaux dans le document intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* (voir l'annexe 6).

### Blouses

Portez une blouse pour protéger votre peau ainsi que votre uniforme ou vos autres vêtements dans le cadre des activités qui risquent de produire des éclaboussures ou des pulvérisations de liquides organiques (p. ex., du sang), de sécrétions ou d'excrétions. Le cas échéant, le bord des gants doit couvrir les poignets de la blouse.

Enlevez la blouse avant de quitter la chambre du pensionnaire ou l'espace qui lui est réservé ou lorsqu'elle est souillée, mouillée ou contaminée.

## Masques et lunettes de protection

Portez un masque et des lunettes de protection pour vous protéger les yeux, le nez et la bouche dans le cadre des interventions qui risquent de produire des éclaboussures ou des pulvérisations de liquides organiques (p. ex., du sang), de sécrétions ou d'excrétions. De plus, il convient d'envisager le port d'un masque pour minimiser le risque de contact entre les mains contaminées et le nez et la bouche.

### Encadré 8. Utilisation efficace des gants pour prévenir les maladies

#### Utilisation efficace des gants pour prévenir les maladies

##### À NE PAS FAIRE

- Remplacer le lavage des mains par le port de gants.
- Porter des gants pour les interventions de base qui se limitent à toucher la peau intacte du pensionnaire.
- Porter des gants lorsqu'on nourrit un pensionnaire.
- Laver ou réutiliser des gants jetables à usage unique.
- Porter deux paires de gants.
- Réaliser une intervention auprès de plusieurs pensionnaires avec les mêmes gants.

##### À FAIRE

- Se laver les mains et porter des gants propres non stériles dans les cas où :
  - i. l'on prévoit entrer en contact avec des liquides organiques (p. ex., du sang), des sécrétions ou des excréments;
  - ii. l'on manipule des articles visiblement souillés;
  - iii. les mains présentent une coupure, une plaie ou une affection cutanée (p. ex., eczéma, psoriasis ou dermatite).
- Changer de gants et se laver les mains avant d'en enfiler de nouveaux et entre les interventions qui visent le même pensionnaire.
- Enlever les gants et les mettre au rebut :
  - i. immédiatement après l'intervention;

### Utilisation efficace des gants pour prévenir les maladies

- ii. s'ils sont déchirés ou s'ils présentent tout autre dommage;
- iii. au lieu d'utilisation, avant de quitter la pièce;
- iv. avant de toucher à une surface propre.

## 2.3 Précautions supplémentaires

Certains pathogènes et certains symptômes nécessitent des précautions supplémentaires, lesquelles sont fondées sur la transmission par voie aérienne, par les gouttelettes et par contact (CCPMI, 2012). Les infections gastro-intestinales causent généralement une diarrhée et des vomissements importants, ce qui peut contaminer l'environnement. On recommande donc de prendre des précautions contre les contacts et (ou) les gouttelettes dès que des symptômes de gastro-entérite se manifestent, puisque le virus à l'origine de cette infection peut être aérosolisé.

### 2.3.1 Précautions contre les contacts

En plus d'avoir recours à des pratiques de base, il faut toujours prendre des précautions contre les contacts. Les stratégies ci-dessous permettent de réduire la transmission pendant une épidémie de gastro-entérite (voir les annexes 2 et 4).

- Inviter les pensionnaires qui présentent des symptômes gastro-intestinaux à rester dans leur chambre et leur offrir un service de livraison de repas.
- Ne pas laisser les pensionnaires infectés participer à des activités de groupe pendant un minimum de 48 heures suivant la disparition de leurs symptômes.
- Indiquer aux visiteurs les précautions à prendre.
- Identifier le matériel destiné à être utilisé par un pensionnaire malade et le ranger à un endroit distinct pour éviter qu'il soit utilisé pour d'autres pensionnaires. Si cela s'avère impossible en raison d'un manque de matériel ou d'espace de rangement, ne pas utiliser le matériel en question avant qu'il ait été nettoyé et désinfecté en profondeur.
- Porter des gants et une blouse lorsqu'on prodigue des soins directs à un pensionnaire.
- Porter un masque et des lunettes à coques ou un écran facial pour se protéger des éclaboussures si un pensionnaire souffre d'une diarrhée explosive ou de vomissements en jet ou dans toute autre situation qui présente un risque d'éclaboussement, comme lorsque l'on nettoie des matières fécales ou des

vomissures ou que l'on utilise une douchette. Pour prévenir la contamination, ranger les fournitures à l'extérieur des chambres des pensionnaires infectés.

- Mettre des contenants dans les chambres des pensionnaires pour permettre la mise au rebut du MPI utilisé.
- Souligner l'importance de l'hygiène des mains aux compagnons de chambre et aux visiteurs – les visiteurs qui prodiguent des soins directs à des pensionnaires (p. ex., toilette) doivent utiliser le même MPI que le personnel et se faire indiquer la manière adéquate de l'utiliser.

## 2.3.2 Autres stratégies de prévention des maladies

Parmi les autres stratégies de prévention des maladies, on trouve notamment le nettoyage et la désinfection systématiques de l'environnement, des pratiques de manipulation sécuritaire des aliments, une politique relative à la santé du personnel et une politique relative à la santé des visiteurs, des stratégies qui doivent comprendre, entre autres, les recommandations ci-dessous (CCPMI, 2012).

### Nettoyage et désinfection de l'environnement

Chaque FSLD doit disposer de politiques et de méthodes écrites à l'égard :

- du nettoyage et de la désinfection systématiques de l'environnement;
- du nettoyage approfondi de l'environnement pendant une épidémie. Il faut toujours mettre en œuvre des pratiques de nettoyage approfondi de l'environnement pendant une épidémie (voir l'encadré 9).

On doit évaluer et mettre à jour les politiques et les méthodes ci-dessus au moins une fois par année pour veiller à ce qu'elles soient conformes aux pratiques exemplaires actuelles. De plus, celles-ci doivent prévoir ce qui suit : l'utilisation appropriée des fournitures destinées au nettoyage et à la désinfection; des pratiques de manipulation du linge; la manipulation et la mise au rebut adéquates des déchets (annexe 8; ASPC, 1998; CCPMI, 2011; CCPMI, 2012).

Voici certains principes de base liés au nettoyage.

- Travailler des zones propres vers les zones sales.
- Procéder du haut vers le bas.
- Pendant les épidémies de gastro-entérite, nettoyer plus souvent les surfaces à contact fréquent.
- Respecter la durée de contact recommandée et les directives du fabricant relativement à la préparation et à l'entreposage des solutions désinfectantes.

## Encadré 9. Pratiques de nettoyage approfondi de l'environnement

### Pratiques de nettoyage approfondi de l'environnement

**Insistez sur les pratiques ci-dessous pendant une épidémie.**

- Nettoyer plus souvent les surfaces à contact fréquent (p. ex., les surfaces des poignées de porte, des ridelles de lit, des mains courantes, des interrupteurs d'éclairage, des boutons d'ascenseur, des tables-ponts, des tables à manger et des comptoirs).
- Nettoyer et désinfecter plus souvent les surfaces qui se trouvent dans l'environnement immédiat des pensionnaires malades.
- Désinfecter le matériel dont l'emploi est partagé entre plusieurs pensionnaires après chaque utilisation et mettre au rebut le matériel jetable avant de quitter la chambre du pensionnaire.
- Dans la mesure du possible, réserver du matériel à chaque pensionnaire malade.
- Nettoyer et désinfecter rapidement les surfaces contaminées par des fèces ou des vomissures (voir l'annexe 8).
- Nettoyer les moquettes souillées et les meubles couverts de tissu avec de l'eau chaude et du détergent ou à la vapeur – le nettoyage par aspiration n'est pas recommandé.

### Pratiques de manipulation sécuritaire des aliments

L'inspecteur de la santé publique peut fournir des renseignements au sujet des exigences de salubrité alimentaire liées :

- aux méthodes de manipulation appropriées des aliments;
- à l'hygiène des travailleurs des services alimentaires;
- au nettoyage;
- à la sensibilisation à la salubrité alimentaire.

**Politique relative à la santé du personnel :** Les membres du personnel qui présentent des symptômes de gastro-entérite (p. ex., vomissements, diarrhée) doivent rester à la maison tant et aussi longtemps qu'ils sont malades et y demeurer au moins jusqu'à 48 heures après la disparition de ces derniers. Le FSLD peut consulter les autorités de santé publique une fois que l'on a détecté l'agent responsable de l'infection, auquel cas il peut s'avérer nécessaire de modifier la période d'exclusion prescrite.

**Politique relative à la santé des visiteurs :** Il s'avère nécessaire d'établir des politiques pour les visiteurs qui sont infectés ou qui risquent de l'être. Voici certaines politiques qui permettent de protéger les pensionnaires, le personnel et les visiteurs.

- Afficher des panneaux qui présentent les politiques destinées aux personnes autres que les membres du personnel, aux entrées (voir l'annexe 9).
- Indiquer à tous de ne pas entrer dans le FSLD s'ils sont atteints de symptômes gastro-intestinaux, de symptômes respiratoires ou d'une maladie transmissible connue. Les visiteurs qui présentent des symptômes associés à une maladie transmissible, surtout s'ils souffrent de diarrhée ou de vomissements, ne doivent pas entrer dans le FSLD. Cette exigence s'applique en tout temps et non pas seulement pendant les épidémies.
- Fournir des produits d'hygiène des mains un peu partout dans le FSLD, notamment aux entrées.

## 2.3.3 Formation du personnel et des bénévoles

Un programme de formation efficace qui est planifié et exécuté adéquatement bonifie les programmes de PCI (Daly et coll., 1992). Le FSLD doit offrir de la formation sur les infections gastro-intestinales à l'ensemble des membres du personnel et des bénévoles au moment de leur embauche et de leur orientation et, par la suite, chaque année et chaque fois qu'une épidémie survient (voir l'encadré 10). Le cas échéant, il faut mettre en place un mécanisme pour assurer le suivi de toutes les formations offertes, qui peuvent comprendre l'emploi de brochures, de panneaux et d'affiches ainsi que la présentation de cours et de démonstrations. De plus, le type de formation offert doit être adapté aux besoins des membres du personnel et des bénévoles ainsi qu'aux activités qu'ils mènent dans le FSLD. Pour obtenir de plus amples renseignements ou de l'aide à ce sujet, veuillez communiquer avec le bureau de santé publique ou du RRCI de votre région.

### Encadré 10. Formation de l'ensemble des membres du personnel et des bénévoles

#### Formation de l'ensemble des membres du personnel et des bénévoles

**Les programmes de formation/d'orientation offerts à l'ensemble des membres du personnel et des bénévoles (le cas échéant) doivent comprendre des renseignements sur :**

### **Formation de l'ensemble des membres du personnel et des bénévoles**

- la transmission et la prévention des infections gastro-intestinales;
- les pratiques de base (voir l'encadré 5 et les annexes 2 à 7) et les précautions supplémentaires (voir la section 2.3);
- l'hygiène des mains (voir l'annexe 5);
- la mise en place et le retrait du MPI (voir les annexes 6 et 7);
- les méthodes de nettoyage et de désinfection appropriées à suivre après chaque utilisation du matériel à usages multiples dont l'emploi est partagé entre plusieurs pensionnaires (voir l'annexe 8);
- les procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement, surtout pour le personnel d'entretien;
- la salubrité alimentaire – soit les pratiques de manipulation sécuritaire à suivre pour la réception, la préparation, l'entreposage et le transport des aliments;
- les politiques en matière de santé au travail;
- les activités de surveillance quotidiennes courantes visant à déceler des signes d'infection;
- les rôles et les responsabilités du personnel, dont le personnel administratif, ainsi que du PPI et des autorités de santé publique;
- les méthodes de prélèvement d'échantillons (voir l'annexe 1);
- la gestion des épidémies de gastro-entérite;
- le contrôle des épidémies.

## **2.3.4 Sensibilisation des pensionnaires et des visiteurs**

Fournissez aux pensionnaires et aux visiteurs des renseignements appropriés sur :

- l'hygiène des mains;
- les pratiques de base et, dans des cas particuliers, sur les précautions supplémentaires (plus précisément sur l'utilisation adéquate du MPI);
- la transmission et la prévention de la gastro-entérite, dont l'exigence en vertu de laquelle il ne faut pas entrer dans le FSLD lorsqu'on est malade;

- la gestion des épidémies – ce à quoi il faut s'attendre (notamment l'imposition de restrictions pendant les visites) en présence d'une épidémie de gastro-entérite.

## 3 Surveillance et détection des épidémies

### 3.1 Surveillance

Il est essentiel d'exercer une surveillance efficace pour détecter les épidémies dès leur apparition afin que des mesures de contrôle soient mises en œuvre le plus tôt possible. Les FSLD sont tenus de mettre en place un programme de surveillance continue afin de détecter la présence d'infections au sein de leurs établissements. La surveillance s'entend de la collecte, du rassemblement et de l'analyse des données ainsi que de la communication et de la diffusion rapides des renseignements dans le but d'intervenir de manière appropriée et efficace en présence de tendances inhabituelles pour éviter les épidémies (voir l'encadré 11).

#### 3.1.1 Groupes cibles pour la surveillance

##### Surveillance des pensionnaires

Les membres du personnel prodiguant des soins directs sont essentiels pour assurer une surveillance efficace des pensionnaires. Cependant, on devrait encourager l'ensemble du personnel à signaler les changements dans l'état d'un pensionnaire. Les membres du personnel qui reconnaissent et signalent les premiers signes de maladie permettent de mettre en œuvre des mesures de contrôle rapidement, ce qui constitue une étape essentielle dans la prévention des épidémies.

Pour que les membres du personnel soient en mesure d'assurer une surveillance efficace, on doit les renseigner et (ou) les former au sujet des éléments suivants :

- le rôle qu'ils jouent en matière de surveillance ainsi que son importance;
- les symptômes d'une infection gastro-intestinale;
- les critères relatifs à une épidémie soupçonnée;

- les méthodes relatives au signalement au PPI ou au responsable, qui signale ensuite le cas au bureau de santé publique.

Les FSLD doivent indiquer quels pensionnaires présentent des symptômes gastro-intestinaux sur un formulaire de surveillance quotidienne ou une liste (voir l'encadré n 11 et l'annexe 10). Les formulaires de surveillance remplis doivent être remis quotidiennement au PPI ou au responsable des FSLD. Voici certaines des stratégies de surveillance types :

- effectuer des rondes dans les unités;
- examiner les rapports des unités qui comprennent des incidents de diarrhée ou de vomissements;
- examiner les registres de communication des médecins et du personnel;
- examiner les notes de suivi des soins infirmiers et médicaux contenues dans les dossiers;
- examiner les registres d'utilisation de la pharmacie;
- examiner les rapports de laboratoire;
- recevoir des rapports verbaux des observations cliniques du personnel de chaque unité.

#### **Encadré 11. Formulaire de surveillance**

<b>Formulaire de surveillance</b>
<p><b>Le formulaire de surveillance devrait comprendre les éléments suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du pensionnaire ainsi que son numéro de chambre;</li> <li>• le sexe et l'âge ou la date de naissance;</li> <li>• les signes et les symptômes associés à une infection gastro-intestinale;</li> <li>• la date d'apparition du ou des symptôme(s);</li> <li>• les tests de diagnostic et leurs résultats, s'ils sont disponibles;</li> <li>• les récents antécédents de déplacements, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du FSLD, comme les hospitalisations, les tests de diagnostic, les évaluations cliniques et les sorties;</li> <li>• les conditions sous-jacentes ou les médicaments, comme l'utilisation de laxatifs et d'antibiotiques, qui pourraient causer des symptômes gastro-intestinaux;</li> <li>• exemple de formulaire à l'annexe 10.</li> </ul>

## Surveillance du personnel

Le PPI devrait surveiller l'évolution de la maladie chez le personnel afin de cerner des groupes ou des épidémies. Étant donné que les membres du personnel souffrant de maladies infectieuses peuvent contaminer le FSLD, ils devraient :

- procéder à un autodépistage et prendre congé lorsqu'ils vomissent et (ou) ont la diarrhée;
- signaler les cas de vomissements et (ou) de diarrhée à leur superviseur ou à une personne responsable de la santé des employés. Le responsable de la santé au travail doit rapidement signaler au PPI les cas ainsi que les groupes de membres du personnel qui s'absentent du travail et qui présentent des symptômes de gastro-entérite.

## Analyse

Le PPI ou le responsable doit examiner les données de surveillance quotidiennement afin de déterminer si un pensionnaire présente des symptômes de gastro-entérite infectieuse et si plus d'une personne présente ce genre de symptômes (c.-à-d. une épidémie est soupçonnée, section 3.2). Le bureau de santé publique peut aider à interpréter et à analyser les données de surveillance (voir l'annexe 10).

# 3.2 Détection d'une épidémie

Les définitions de cas d'épidémie de gastro-entérite reposent sur les symptômes normaux. Ces définitions s'appliquent à la majorité des situations, mais il pourrait être nécessaire de les modifier selon les circonstances.

La définition de cas comprend des critères qui doivent être utilisés pendant une épidémie afin de désigner un pensionnaire ou un membre du personnel comme porteur de gastro-entérite infectieuse. La définition de cas élaborée pour les pensionnaires peut différer de celle élaborée pour le personnel. Les personnes qui correspondent à la définition de cas constituent un cas – même si les résultats des tests en laboratoire sont négatifs – à moins que l'on confirme un autre diagnostic ou une autre raison expliquant la présence de ces symptômes (p. ex., utilisation de laxatifs), ou que l'on modifie la définition de cas afin d'y inclure le diagnostic du laboratoire.

**Remarque :** Le médecin hygiéniste ou le responsable peut déclarer une épidémie lorsque l'on soupçonne ou décèle des **maladies nouvelles, inhabituelles ou émergentes**.

## 3.2.1 Définition de cas de gastro-entérite infectieuse

Pour définir la maladie comme un cas de gastro-entérite, on doit observer **au moins un** des éléments suivants :

- au moins deux épisodes de diarrhée ou de selles liquides (selles qui prennent la forme de leur contenant) en moins de 24 heures, ou au moins deux épisodes de vomissements en moins de 24 heures;
- un épisode de diarrhée ou de selles liquides (selles qui prennent la forme de leur contenant) et un épisode de vomissements en moins de 24 heures;
- la présence d'un pathogène gastro-intestinal connue confirmée par le laboratoire et la présence d'au moins un symptôme compatible à une infection gastro-intestinale (p. ex., nausées, vomissements, diarrhée, ou douleurs abdominales ou sensibilité au toucher).

**Remarque :** Il faut prendre bien soin d'écartier les causes non infectieuses de ces symptômes, comme la prise de nouveaux médicaments, l'utilisation de laxatifs ou la présence d'autres maladies non infectieuses. Les selles du pensionnaire devraient être inhabituelles ou différentes. Certains pensionnaires peuvent ne pas être en mesure de signaler qu'ils souffrent de nausées ou de douleurs abdominales. Dans ces cas, il pourrait être nécessaire d'observer la situation avec attention afin de déterminer si ces symptômes sont présents. Par exemple, les changements comportementaux pourraient être signe que des pensionnaires souffrent de nausées ou de douleurs. Les pensionnaires fragiles qui n'ont pas un gros appétit peuvent connaître un seul épisode de vomissements ou de diarrhée, et ne présentent pas nécessairement d'autres signes et symptômes associés à une maladie gastro-intestinale. Les FSLD peuvent vouloir considérer ces pensionnaires comme étant des cas soupçonnés et mettre en œuvre des mesures de contrôle des infections afin d'éviter une éventuelle transmission.

## 3.2.2 Définition d'épidémie

Le FSLD devrait établir un niveau de référence relatif au nombre de cas de gastro-entérite normalement observés. On définit l'épidémie de gastro-entérite comme étant la présence d'un nombre de cas de gastro-entérite plus élevé que celui auquel on s'attendrait normalement en se fondant sur les données de surveillance. Cette définition précise la raison pour laquelle il est important d'effectuer une surveillance continue. Vous trouverez d'autres définitions d'épidémie ci-dessous à titre informatif. Communiquez avec votre bureau de santé publique si vous soupçonnez une épidémie.

### 3.2.3 Définition d'épidémie de gastro-entérite soupçonnée

**Deux cas soupçonnés** de gastro-entérite infectieuse dans un endroit précis, comme un établissement, une unité ou un étage en moins de 48 heures.

### 3.2.4 Définition d'épidémie de gastro-entérite

**Au moins trois cas** de gastro-entérite infectieuse au même endroit en moins de quatre jours ou présence d'un cas de gastro-entérite infectieuse au sein d'au moins trois unités/étages en moins de 48 heures. *Remarque* : Il est possible de modifier cette définition en cours d'enquête.

## 4 Gestion des épidémies de gastro-entérite

Même une épidémie relativement peu importante perturbe les activités de l'établissement et s'avère souvent frustrante et épuisante pour les personnes touchées. Les efforts en matière de contrôle des infections peuvent être difficiles à déployer, même en utilisant de façon constante les pratiques de base (voir les annexes 2 à 7) et les autres méthodes de contrôle des épidémies, mais il est essentiel de détecter et de gérer rapidement les épidémies pour réduire les répercussions au minimum. Un outil de référence rapide comprenant les mesures de gestion d'épidémies de gastro-entérite figure aux annexes 11 et 12. Votre bureau de santé publique disposera également de ressources en matière de gestion d'épidémies afin de vous permettre de vous préparer.

# 4.1 Mesures de contrôle lorsqu'une épidémie de gastro-entérite est soupçonnée

Lorsque l'on soupçonne une épidémie, le FSLD devrait immédiatement mettre en œuvre des mesures de contrôle, y compris, sans toutefois s'y limiter :

- aviser le bureau de santé publique;
- encourager les pensionnaires soupçonnés d'avoir la gastro-entérite à demeurer dans leur chambre et leur apporter leurs repas sur des plateaux;
- passer en revue les pratiques de base;
- évaluer la nécessité de mettre en place des précautions contre les contacts (section 2.3.1);
- renforcer la surveillance afin de déterminer si l'état d'autres pensionnaires et membres du personnel correspond à la définition de cas;
- renforcer l'importance d'une bonne hygiène des mains et des autres pratiques de base.

## 4.2 Mesures de gestion d'épidémies

Chaque FSLD est chargé de s'assurer que les mesures de gestion d'épidémies sont mises en œuvre. Bon nombre d'entre elles sont appliquées simultanément. **Utilisez les annexes 11 et 12 à titre d'outil de référence rapide** pour connaître les mesures à adopter durant une épidémie.

### 4.2.1 Évaluation de l'épidémie

Votre bureau de santé publique met à votre disposition un modèle de liste. Ce modèle fournit de la documentation relative à la portée et à la nature de l'épidémie soupçonnée (voir l'annexe 13). Commencez par inscrire sur la liste les données de surveillance figurant sur les feuilles de surveillance quotidienne. Préparez des listes distinctes pour les pensionnaires et le personnel et, si cela est utile, pour chaque unité ou étage touché. À mesure que l'enquête progresse, il sera possible d'y ajouter d'autres données

pertinentes au-delà de celles recommandées dans le présent document. Indiquez les personnes qui présentent un risque plus élevé d'être infectées.

## **4.2.2 Mise en œuvre de mesures générales de prévention et de contrôle des infections**

Mettre en œuvre des mesures de contrôle et informer l'ensemble du personnel dès qu'une épidémie est soupçonnée (voir la section 5.0). Nettoyez l'environnement en profondeur (voir l'encadré n 9 à la section 2.3.2.). Pour obtenir plus de renseignements ou de l'aide, communiquez avec votre bureau de santé local ou le bureau du RRCI.

## **4.2.3 Consultation des bureaux de santé publique**

Lorsque vous aviserez le bureau de santé publique, présentez une liste à jour, le nom de la principale personne-ressource chargée de mener une enquête sur l'épidémie (habituellement le PPI) ainsi que les noms des membres du personnel chargés de gérer les épidémies les soirs, les fins de semaine, les jours fériés et durant les périodes de vacances. Suivez ces étapes :

- examinez la définition de cas préliminaire pour l'épidémie soupçonnée. Confirmez que les mesures de prévention et de contrôle des infections ont été mises en œuvre auprès du bureau de santé publique;
- demandez que l'on attribue un numéro d'épidémie aux fins d'enquête;
- discutez des méthodes de prélèvement et d'analyse avec le bureau de santé publique afin de déterminer :
  - le nombre d'échantillons qui seront prélevés, entreposés et présentés au laboratoire;
  - le nombre d'échantillons de laboratoire à prélever au cours de l'enquête préliminaire sur l'épidémie;
  - les pensionnaires qui devront faire l'objet d'une analyse au cours de l'enquête préliminaire sur l'épidémie;
  - la façon par laquelle les échantillons seront manipulés (p. ex., l'entreposage et le transport au laboratoire).

## 4.2.4 Déclaration d'une épidémie

Le médecin hygiéniste (ou le responsable), le directeur médical du FSLD ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels du FSLD déclare une épidémie en se fondant :

- sur la définition énoncée dans le présent document;
- sur d'autres facteurs propres à cette épidémie.

Les définitions de cas devraient régulièrement faire l'objet d'examens durant l'épidémie et être modifiées au besoin, par exemple, lorsque vous détectez d'autres pensionnaires présentant de nouveaux symptômes.

## 4.2.5 Avertissement des personnes/organismes appropriés

En plus de communiquer avec le bureau de santé publique, avisez une partie ou l'ensemble des personnes ou des organismes internes et externes figurant ci-dessous.

### À L'INTERNE

- Directeur médical
- Directeur des soins infirmiers et des soins personnels
- Administrateur
- Titulaire de permis et (ou) conseil d'administration
- Président du comité de prévention et de contrôle des infections et professionnel en prévention des infections
- Infirmier du service de santé des employés
- Familles de tous les pensionnaires
- Directeur des services alimentaires
- Directeur de l'entretien
- Conseils des pensionnaires et des familles
- Tous les pensionnaires
- Tous les membres du personnel
- Tous les bénévoles
- Médecin(s) traitant(s), infirmiers praticiens et médecins résidents
- Autres fournisseurs de soins de santé comme les physiothérapeutes
- Autres fournisseurs de service comme les coiffeurs

## À L'EXTERNE

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'aide du Système de rapport d'incidents critiques
- Hôpitaux de soins actifs – Professionnel en prévention des infections
- Services des admissions et des urgences
- Centre d'accès aux soins communautaires / autres établissements
- Agences de dotation en personnel
- Services médicaux d'urgence – ambulance
- Bureau du coroner si un décès survient immédiatement avant ou pendant l'épidémie
- Bureau régional du ministère du Travail de l'Ontario (lorsque des membres du personnel contractent la gastro-entérite en prodiguant des soins de santé)
- Fournisseur de services de laboratoire
- Pharmacien/pharmacie
- Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS)
- Centre provincial d'autorisation du transfert des patients
- Services de soutien

## 4.2.6 Convocation d'une réunion de l'équipe de gestion des épidémies

Le personnel administratif du FSLD devrait organiser une réunion avec les représentants de chaque service du FSLD ayant des pouvoirs décisionnels ainsi qu'avec un représentant du bureau de santé publique le plus rapidement possible. Ces personnes formeront l'équipe de gestion des épidémies : elles se rencontreront chaque jour afin de gérer tous les aspects de l'épidémie (voir l'encadré n 12).

### Tâches de l'équipe de gestion des épidémies

#### Surveillance

- Examiner les renseignements figurant sur les listes afin de s'assurer que les membres de l'équipe comprennent l'état actuel de l'épidémie, son évolution et la population qui présente un risque.
- Passer en revue les définitions de cas et d'épidémie afin de s'assurer que tous les membres de l'équipe s'accordent sur les critères de surveillance.

#### Enquête

- Confirmer les ententes concernant le prélèvement / la présentation d'échantillons aux fins d'analyses de laboratoire (voir l'annexe 1).

- Collaborer avec le bureau de santé publique, le RRCI et d'autres experts, au besoin.

### **Mise en œuvre de mesures de contrôle**

- Examiner les mesures de contrôle et recommander les modifications nécessaires.
- Voici certaines mesures de contrôle :
  - meilleure hygiène des mains;
  - respect rigoureux des pratiques de base et précautions supplémentaires;
  - nettoyage de l'environnement en profondeur;
  - surveillance accrue des visiteurs;
  - restriction des activités;
  - modification des activités du service d'alimentation lorsque la nourriture constitue un élément pertinent de l'épidémie.
- Confirmer que le PPI des FSLD ou le responsable est chargé de la mise en place et de l'application des mesures de contrôle convenues.

### **Communications**

- Passer en revue les personnes et les établissements qui ont été informés de l'épidémie.
- Préparer/distribuer des communications internes destinées aux pensionnaires, aux familles, au personnel et aux bénévoles.
- Examiner le processus de communication / de formation continue à l'intention du personnel, y compris s'assurer qu'une personne est responsable de celui-ci.
- Examiner le processus de divulgation des résultats de laboratoire et des mesures de contrôle avec le personnel du bureau de santé publique et le PPI.
- S'assurer qu'un processus de communication quotidienne a été établi entre le FSLD et le bureau de santé publique.
- Vérifier l'exactitude/l'accessibilité des numéros de téléphone des personnes-ressources du bureau de santé publique et des FSLD.
- Vérifier les renseignements relatifs aux personnes-ressources avec lesquelles communiquer après les heures d'ouverture, les fins de semaine et les jours fériés.
- S'assurer que l'on dispose d'avis d'épidémies appropriés et qu'ils sont affichés.

## Encadré 12. Équipe de gestion des épidémies (ÉGÉ)

<b>Équipe de gestion des épidémies (ÉGÉ)</b>
<b>Rôles et responsabilités</b>
<b>Président</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordonne les réunions de contrôle des épidémies ainsi que l'ordre du jour.</li><li>• Délègue les tâches.</li></ul>
<b>Coordonnateur des mesures de lutte contre les épidémies (il s'agit souvent du PPI)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• S'assure de la mise en œuvre de toutes les décisions de l'équipe.</li><li>• Coordonne toutes les activités requises pour enquêter sur l'épidémie et la gérer.</li></ul>
<b>Secrétaire</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fixe le moment et le lieu des réunions et informe les membres de l'équipe de tout changement.</li><li>• Tient le procès-verbal des réunions et le distribue.</li></ul>
<b>Porte-parole</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Seules les personnes désignées par l'équipe comme porte-parole doivent donner des renseignements aux médias. Il peut s'agir d'un représentant du FSLD ou du bureau de santé publique, ou d'un représentant de chaque organisme.</li></ul>

### Rôle des communications avec les médias

- S'assurer que le bureau de santé publique peut divulguer des renseignements (y compris le nom du FSLD) aux médias ou autres entités, au besoin, afin de faire preuve de transparence et de réduire le risque de transmission de la maladie dans la collectivité ou au sein d'autres établissements relevant de la compétence du bureau de santé publique.
- Élaborer un plan de communication en temps de crise.
- Préparer un plan de communication propre à l'épidémie.
- Préparer un communiqué de presse, au besoin, et s'assurer qu'une personne a été désignée comme porte-parole.

## Évaluation

- Élaborer un cadre d'évaluation et l'utiliser pendant l'épidémie et après qu'on l'ait déclarée terminée. Ce cadre devrait permettre d'évaluer l'efficacité des mesures de contrôle de l'épidémie tout au long de celle-ci.

## 4.2.7 Surveillance continue de l'épidémie

La surveillance de l'épidémie devrait comprendre :

- une surveillance continue afin de détecter les nouveaux cas;
- la surveillance de l'état des pensionnaires et des membres du personnel malades;
- la mise à jour des listes (voir l'encadré n 13);
- la surveillance continue des précautions et des mesures de contrôle;
- le signalement de tout changement important relatif à la nature de l'épidémie (p. ex., hospitalisations, décès ou changement du tableau clinique).

Le PPI doit mettre les listes à jour et informer quotidiennement, ou selon la fréquence préalablement convenue, la personne-ressource du bureau de santé publique.

L'examen des renseignements à jour doit permettre de déterminer s'il y a eu une transmission continue et d'analyser l'efficacité des mesures de contrôle ainsi que la présentation des nouveaux cas. De plus, à la lumière de cet examen, on peut suggérer d'apporter des modifications à la définition de l'épidémie et aux mesures de contrôle de l'épidémie, ainsi que d'effectuer davantage d'analyses en laboratoire (en gardant en tête que d'autres micro-organismes responsables peuvent être présents).

# 5 Mesures de contrôle visant des groupes précis

## 5.1 Mesures de contrôle destinées aux pensionnaires

Les recommandations contenues dans ce document visent à protéger la santé des pensionnaires. Elles sont faites dans l'intérêt des populations de pensionnaires à risque et, de ce fait, peuvent influencer sur l'obligation du titulaire de permis d'un FSLD à respecter pleinement et à promouvoir les droits individuels des pensionnaires énoncés dans la *Déclaration des droits des résidents* énoncée dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010. Le FSLD et le BSP doivent collaborer afin de réduire le risque de non-conformité avec la LFSLD et la LPPS, de veiller au respect et à la promotion des droits qui sont conférés aux pensionnaires en vertu de la LFSLD et de s'assurer que les mesures de contrôle des épidémies qui sont en place sont adéquates et proportionnelles au profil de risque des épidémies.

Le personnel des BSP a toujours considéré qu'il était important de tenir compte des droits *individuels des pensionnaires* dans le cadre de l'élaboration des recommandations liées à la gestion des épidémies; cependant, en vertu de la LPPS, les bureaux de santé publique formulent des recommandations qui visent à protéger la santé des *pensionnaires* des FSLD.

Lorsqu'il communique à un FSLD des mesures et des recommandations liées au contrôle des épidémies, le personnel du bureau de santé publique doit insister sur la nécessité de respecter les principes de PCI dans le cas des demandes de visite exceptionnelle (p. ex., les demandes qui visent à permettre à des enfants de rendre visite à un pensionnaire pendant une épidémie dans le cas où le FSLD ne possède pas de MPI pour les enfants ou les demandes qui visent à permettre à un visiteur de rendre visite à plusieurs pensionnaires); ainsi, il doit inviter le personnel du FSLD à communiquer avec le BSP pour s'informer de la marche à suivre, en cas d'incertitudes au sujet des mesures à prendre pour atténuer les risques liés au contrôle de l'infection qui sont associés à une demande faite par un pensionnaire ou sa famille.

Le professionnel en prévention des infections du FSLD ou l'employé qui présente les responsabilités les plus importantes en la matière doit communiquer avec le bureau de santé publique pour soupeser les besoins du pensionnaire par rapport au risque connexe pour la santé des autres pensionnaires; à cette étape, il est possible d'avoir une discussion quant à savoir si on peut honorer la demande et comment on peut l'honorer le cas échéant.

Lorsqu'ils formulent des recommandations à l'égard de la gestion d'une épidémie de gastro-entérite, les bureaux de santé publique doivent évaluer le risque de non-conformité aux mesures de contrôle de l'épidémie auquel est exposé l'ensemble des pensionnaires. Généralement, les FSLD et les BSP discutent de ces mesures avec les membres de L'ÉGÉ et décident avec eux des mesures appropriées à prendre. Le degré auquel les mesures de contrôle des épidémies peuvent être mises en œuvre varie et les mesures qui sont jugées raisonnables ne sont pas toujours les mêmes. Voici des exemples de mesures raisonnables.

- Limiter les heures de visite.
- Limiter le nombre de pensionnaires avec lesquels un visiteur peut entrer en contact.
- Exiger à quiconque qui prodigue des soins directs (des visiteurs, d'autres pensionnaires, etc.) de porter le MPI nécessaire.
- Aux entrées et (ou) dans les services/zones infecté(e)s de l'établissement, afficher des panneaux qui découragent les visites pendant l'épidémie.
- Signaler l'épidémie aux personnes concernées.

Il est jugé raisonnable et approprié de prendre les mesures ci-dessus pendant une épidémie.

Cependant, il peut s'avérer nécessaire d'adopter des mesures de contrôle plus restrictives lorsque l'épidémie pose un risque accru pour les pensionnaires du FSLD. Les mesures de contrôle de l'épidémie recommandées par le bureau de santé publique peuvent également parfois entrer en conflit avec les mesures en place. Si le bureau de santé publique juge que le risque de non-conformité avec les recommandations liées au contrôle de l'épidémie est élevé, soit que la probabilité d'effets néfastes (p. ex., transmission de la maladie) sur la santé des autres pensionnaires est élevée, il peut demander au médecin hygiéniste de signifier une ordonnance écrite au titulaire de permis du FSLD pour veiller au respect de ces recommandations. Dans de telles circonstances, il s'avère raisonnable et nécessaire que le médecin hygiéniste signifie une ordonnance prise en application de la LPPS au titulaire de permis du FSLD, afin :

- d'interrompre les admissions au FSLD;
- de limiter les allées et venues des pensionnaires du FSLD;

- d'interdire aux visiteurs l'accès au FSLD.

Il s'agit de mesures plutôt importantes; dans pareils cas, on peut examiner et mettre en œuvre des mesures moins strictes avant d'interrompre les admissions au FSLD ou d'en interdire complètement l'accès aux visiteurs.

### **Encadré 13. Liste mise à jour : Surveillance des pensionnaires et du personnel**

<b>Liste mise à jour : Surveillance des pensionnaires et du personnel</b>
<p><b>Surveillance des pensionnaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux cas, avec tous les renseignements pertinents</li> <li>• Noms et date de guérison des pensionnaires guéris</li> <li>• État des pensionnaires malades et problèmes les touchant (p. ex., aggravation des symptômes ou complications)</li> <li>• Détermination de l'organisme causal grâce aux résultats des analyses de laboratoire</li> <li>• Transferts vers un hôpital de soins actifs ou réadmission depuis un tel hôpital</li> <li>• Décès</li> </ul> <p><b>Surveillance du personnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux cas au sein du personnel, avec tous les renseignements pertinents</li> <li>• Noms des membres du personnel guéris</li> <li>• Dates de retour au travail prévues, déterminées en collaboration avec le bureau de santé publique.</li> </ul>

## **5.1.1 Admissions de nouveaux pensionnaires et réadmissions**

Généralement, lorsqu'un établissement est aux prises avec une épidémie, le bureau de santé publique déconseille l'admission de nouveaux pensionnaires dans l'établissement ou au service/à l'étage d'un établissement qui est touché par l'épidémie, afin de contrôler cette dernière. De plus, les bureaux de santé publique doivent se montrer vigilants à l'égard des pensionnaires qui sont admis au FSLD pour la première fois ou qui y sont réadmis, afin de s'assurer que ce dernier a fait preuve de diligence raisonnable pour protéger ces pensionnaires et (ou) les pensionnaires avec lesquels ils

sont entrés contact. D'ailleurs, les décisions liées aux admissions de nouveaux pensionnaires et aux réadmissions doivent être prises en consultation avec le bureau de santé publique. Les facteurs à prendre en compte à cet égard sont indiqués ci-dessous.

Pour gérer de façon exhaustive la question de l'admission de nouveaux pensionnaires au FSLD ou de la réadmission de pensionnaires à celui-ci depuis des hôpitaux, il s'avère nécessaire de tenir compte d'un certain nombre de facteurs et de faire preuve d'un jugement éclairé quant au risque pour les pensionnaires et, dans le contexte plus global des soins de santé, pour les patients. La limitation des admissions à un FSLD aux prises avec une épidémie peut causer des retards dans des services des urgences ou des services de soins actifs, ce qui pose un risque pour les patients qui font appel à ces services. En revanche, dans le cas où l'on admet un pensionnaire non exposé dans un FSLD, le pensionnaire peut être exposé à un risque et la durée de l'épidémie peut ainsi s'en trouver prolongée, ce qui peut avoir des répercussions sur l'ensemble des pensionnaires. Ainsi, il s'avère nécessaire d'adopter une démarche mesurée et bien étudiée, en consultation avec le médecin hygiéniste.

Une personne qui a déposé une demande d'admission à un FSLD ne peut pas être rayée de la liste d'attente de celui-ci dans le cas où une épidémie l'empêche d'y être admise et où le CASC concerné a proposé d'autoriser l'admission de cette personne au FSLD.

## **Admission de nouveaux pensionnaires et réadmission de pensionnaires en bonne santé**

L'admission de nouveaux pensionnaires et la réadmission de pensionnaires dont le nom ne figure pas sur la liste de cas liés à l'épidémie (c.-à-d. qui ne sont pas des cas connus) sont généralement déconseillées. De plus, il faut examiner avec précaution les modifications à cette mesure de contrôle, dans l'optique de la sécurité et de la qualité de vie des pensionnaires, ainsi que de la capacité du système (voir l'annexe 15 – Algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'épidémie). Si l'on envisage d'admettre de nouveaux pensionnaires et (ou) de réadmettre des pensionnaires en bonne santé, les membres de l'ÉGÉ du FSLD et du BSP doivent discuter de la situation et examiner minutieusement tous les facteurs pertinents à évaluer, dont ceux indiqués ci-dessous.

- Quel est l'état actuel de l'épidémie en cours dans le FSLD?
- Le médecin traitant du pensionnaire accepte-t-il qu'il soit admis/réadmis, selon l'examen de l'état de santé actuel de ce dernier, et est-il au courant de l'épidémie?

- Le pensionnaire est-il protégé du pathogène à l'origine de l'épidémie au moyen de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées? Si l'épidémie est attribuable à la grippe, le pensionnaire est-il protégé par un vaccin et (ou) un médicament antiviral?
- Le pensionnaire que l'on envisage de réadmettre a-t-il accès à des services d'hébergement appropriés? Le pensionnaire sera-t-il réadmis dans un service du FSLD qui est touché par l'épidémie?
- A-t-on fourni des renseignements sur la réadmission au FSLD au pensionnaire ou à la personne qui est autorisée à prendre une décision en son nom?

## 5.1.2 Consultations médicales et autres

Dans la mesure du possible, reportez toutes les consultations médicales non urgentes et autres à une date ultérieure à la fin de l'épidémie.

## 5.1.3 Transfert vers un hôpital ou un autre établissement ou consultation d'urgence

Renseignez le PPI de l'hôpital/l'établissement d'accueil au sujet de l'épidémie et indiquez-lui si le pensionnaire à transférer constitue un cas ou s'il provient d'un service touché par celle-ci, afin de veiller à ce que des mesures de contrôle soient en place à l'arrivée du pensionnaire.

Il **n'est pas** recommandé de transférer des pensionnaires d'un FSLD à un autre FSLD pendant une épidémie, peu importe de quel service il provient. L'équipe de gestion de l'épidémie ou le bureau de santé publique et les PPI des deux établissements peuvent toutefois autoriser le transfert de pensionnaires au cas par cas. Faire état de la présence de l'épidémie au Centre provincial d'autorisation du transfert des patients, au service d'ambulance, au centre d'accès aux soins communautaires ou à d'autres entités au moment d'organiser le transfert, le cas échéant.

## **5.2 Mesures de contrôle destinées au personnel et aux bénévoles**

### **5.2.1 Personnel en bonne santé**

Minimisez les déplacements du personnel, des stagiaires et des bénévoles entre les étages/services touchés/non touchés par l'épidémie et envisagez de procéder à des regroupements en cohortes – soit d'affecter certains membres du personnel à des pensionnaires malades et les autres à des pensionnaires en bonne santé. Comme autre option, vous pouvez également affecter des membres du personnel à un seul et même service/étage. Dans la mesure du possible, confiez la tâche de s'occuper des patients qui présentent des symptômes au personnel guéri qui effectue un retour au travail. Les membres du personnel, les stagiaires ou les bénévoles qui travaillent également dans un autre établissement de soins de santé, dans une garderie ou dans un service d'alimentation doivent indiquer à leur employeur qu'ils travaillent dans un FSLD aux prises avec une épidémie. De plus, ils doivent cesser immédiatement de travailler dans quelque établissement que ce soit s'ils présentent des symptômes associés à la gastro-entérite. Selon les politiques de leur employeur, les membres du personnel peuvent être invités à ne pas retourner au travail avant que se soient écoulées 48 heures après leur dernière exposition dans l'établissement aux prises avec l'épidémie. On peut toutefois modifier ce délai dans le cas où l'on connaît l'agent responsable de l'épidémie. Parallèlement, les membres du personnel doivent changer d'uniforme entre les établissements et avant de quitter l'établissement touché par l'épidémie.

### **5.2.2 Personnel malade**

Les membres du personnel et les bénévoles atteints d'une gastro-entérite ne doivent pas entrer dans le FSLD, mais doivent signaler cette maladie à leur superviseur, qui transmettra l'information au PCI ou suivra la procédure de signalement du FSLD. De plus, il faut leur interdire l'accès à l'établissement au moins jusqu'à ce que 48 heures se soient écoulées depuis la disparition de leurs symptômes. Une fois que l'on connaît l'agent responsable de l'épidémie, des mesures d'exclusion propres à la maladie visée s'appliquent. Par ailleurs, mettez au rebut tous les aliments prêts-à-manger (c.-à-d. les

aliments qu'il n'est pas nécessaire de faire cuire) préparés par des membres du personnel de nutrition dont la maladie s'est déclarée pendant le travail.

## **5.3 Mesures de contrôle destinées aux visiteurs et concernant les activités de groupe**

### **5.3.1 Modification de l'accès des visiteurs**

À moins que le médecin hygiéniste ait rendu une ordonnance à cet égard, le fait d'interdire toute visite dans un FSLD n'est pas autorisé, car cela peut provoquer un stress émotif chez les pensionnaires et les visiteurs. Cependant, dans des circonstances exceptionnelles, le médecin hygiéniste peut juger que le risque en présence est assez important pour qu'il faille mettre en place une telle mesure. Dans ces circonstances, le médecin hygiéniste doit signifier une ordonnance au titulaire de permis pour veiller à sa conformité. Il importe toutefois de noter que même dans pareil cas, il existe des circonstances personnelles exceptionnelles dans lesquelles l'interdiction de visite n'est ni morale ni autorisée. Dans ces circonstances, le FSLD doit veiller à se conformer aux exigences de contrôle des infections applicables. De plus, comme les décisions qui visent à limiter l'accès des visiteurs avec ou sans ordonnance du médecin hygiéniste peuvent être contestées, elles doivent être examinées et mises en œuvre avec précaution. Elles doivent d'ailleurs faire l'objet de discussions au sein de l'ÉGÉ.

Affichez des panneaux qui indiquent que le FSLD est aux prises avec une épidémie, à toutes les entrées (voir l'encadré 14).

## Encadré 14. Signalement aux visiteurs de leur risque d'être infectés

<b>Signalement aux visiteurs de leur risque d'être infectés*</b>
<p><b>Il faut indiquer aux visiteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• qu'ils risquent de contracter la maladie pendant leur visite dans le FSLD;</li><li>• qu'ils risquent d'introduire/de réintroduire la maladie dans le FSLD.</li></ul> <p><b>* Communiquez avec les membres de la famille des pensionnaires infectés pour les informer de la maladie de ces derniers.</b></p> <p><b>* Dans la mesure du possible, tenez un répertoire téléphonique des visiteurs fréquents et avisez-les de l'épidémie.</b></p>

### Visiteurs en bonne santé

Tout visiteur d'un FSLD pendant une épidémie :

4. doit se laver les mains à son entrée dans le FSLD ainsi qu'avant son entrée dans la chambre d'un pensionnaire et à sa sortie de celle-ci;
5. doit limiter sa visite à la chambre du pensionnaire concerné et éviter les aires communes;
6. doit rendre visite à un seul pensionnaire et quitter le FSLD immédiatement après la visite; si les deux parents du visiteur résident dans le FSLD, mais à des endroits différents, on recommande de rendre d'abord visite au parent qui est en bonne santé (qui n'est pas touché par l'épidémie), le cas échéant;
7. ne doit pas se mêler aux autres pensionnaires.
8. doit porter du matériel de protection individuelle au besoin, surtout s'il prodigue des soins directs (p. ex., toilette) au pensionnaire.

### Visiteurs malades

Avisez les visiteurs ne pas entrer dans le FSLD s'ils présentent des symptômes gastro-intestinaux (p. ex., diarrhée, nausée ou vomissements) des symptômes respiratoires (p. ex., fièvre, toux ou écoulement nasal) ou des symptômes associés à toute autre maladie transmissible connue. Cette exigence s'applique en tout temps et non pas seulement pendant les épidémies.

### Visite de pensionnaires malades dans des foyers de soins de longue durée

Sur la porte de la chambre de tout pensionnaire malade ou dans d'autres endroits visibles, affichez des panneaux qui demandent à tous les visiteurs de s'informer au poste de soins infirmiers avant d'entrer dans la chambre. D'ailleurs, toute visite à un

pensionnaire malade doit se dérouler dans la chambre de celui-ci. Par ailleurs, dissuadez les visiteurs de prodiguer des soins directs aux pensionnaires. S'ils décident d'en prodiguer, veillez à ce qu'ils utilisent le MPI approprié et à ce qu'ils se lavent les mains fréquemment et avec précaution sans utiliser le lavabo du pensionnaire. De plus, il faut indiquer aux visiteurs la marche à suivre pour mettre en place et enlever le MPI (voir les annexes 6 et 7).

## **5.3.2 Rencontres de groupe et autres activités**

Voici des mesures à prendre à cet égard pendant une épidémie.

- Modifier l'horaire des rencontres de groupe prévues au service/à l'étage touché par l'épidémie. Les rencontres ou autres activités prévues aux endroits qui ne sont pas touchées par l'épidémie peuvent toutefois avoir lieu.
- Interrompre les sorties de groupe prévues pour les pensionnaires du service/de l'étage touché par l'épidémie.
- Les membres de l'ÉGÉ doivent discuter de la possibilité de limiter les rencontres ou autres activités prévues dans l'ensemble du FSLD si l'épidémie se propage dans plusieurs services/étages.
- Interdire les visites par des groupes externes (p. ex., des artistes, des organismes bénévoles ou des groupes communautaires).
- Rendre les services offerts sur place, comme les programmes de physiothérapie et de soins des pieds, dans les chambres des pensionnaires, dans la mesure du possible. Le cas échéant, prendre les précautions appropriées dans le cas des pensionnaires malades;
- Veiller à ce qu'il n'y ait aucune interaction entre les pensionnaires du service/de l'étage touché par l'épidémie et les participants aux programmes de garde d'enfants offerts sur place ou aux autres programmes de jour.

# **6 Déclaration de la fin de l'épidémie et de l'abandon**

# des mesures de lutte contre les épidémies

Après avoir consulté le FSLD, le conseil de santé local (bureau de santé publique) émet une déclaration lorsqu'il estime qu'une épidémie est terminée. Le conseil de santé local (bureau de santé publique) doit faire appel aux données épidémiologiques disponibles et aux documents de pratiques exemplaires ou d'orientation les plus récents pour déterminer à quel moment l'on peut déclarer la fin de l'épidémie. Le médecin hygiéniste possède l'autorité ultime pour déterminer la fin d'une épidémie.

On peut déclarer la fin d'une épidémie lorsque les critères présentés à la section 6.1 sont respectés. L'ÉGÉ peut déterminer la nécessité d'établir une surveillance continue après la déclaration de la fin de l'épidémie. Les besoins en matière de surveillance continue comprennent ce qui suit :

- surveillance de l'état des pensionnaires, mise à jour de la ou des listes et communication avec le représentant du bureau de santé local;
- signalement de tout décès se produisant après la déclaration de la fin de l'épidémie, en précisant si le défunt figurait parmi les victimes de l'épidémie;
- signalement de toute transmission ultérieure au sein du personnel.  
Avertissement de toutes les personnes initialement informées de l'épidémie que celle-ci est terminée.

## 6.1 Critères visant à déterminer la fin d'une épidémie

On détermine la fin d'une épidémie au cas par cas. La période précise sera déterminée par le bureau de santé local après consultation du FSLD selon le risque de transmission. La période précise varie selon le micro-organisme en cause, mais est souvent déterminée comme suit :

- aucun nouveau cas après une période d'infection et une période d'incubation. Par exemple, le type le plus courant de maladie entérique dans les FSLD est le norovirus. Conformément à l'annexe 14 – Énoncé de position, on peut déclarer la fin d'une épidémie de norovirus après cinq jours;

- quarante-huit heures après la disparition des symptômes du dernier cas, une fois que toutes les précautions ont été prises, il n'y avait plus d'agent étiologique confirmé, on ne soupçonnait pas la présence du norovirus et on a fait appel aux critères de Kaplan.

Dans certaines circonstances, après consultation du FSLD, le bureau de santé publique peut décider qu'il est possible de reprendre certaines activités et de cesser certaines mesures de contrôle au cours de cette période si :

- le dernier cas était un cas isolé dans une unité de soins. Il peut être possible de déclarer la fin de l'épidémie lorsqu'on a l'assurance que des mesures strictes de prévention et de contrôle des infections demeureront en place jusqu'à ce que tous les symptômes aient disparu;
- le dernier cas est survenu parmi un membre du personnel maintenant exclu du FSLD. Il pourrait être possible de déclarer la fin de l'épidémie une fois la période d'incubation passée depuis la dernière présence du membre du personnel au FSLD.

Puisque les FSLD déclarent quelques cas sporadiques d'infection gastro-intestinale en l'absence d'épidémie, il se peut que l'ÉGÉ doive essayer de faire la différence entre ces cas sporadiques et les cas associés à une épidémie au moment de relever le dernier cas de pensionnaire touché en lien avec une épidémie.

## 6.2 Examen de l'épidémie

Organiser une rencontre avec l'ÉGÉ pour examiner la gestion de l'épidémie : les éléments que l'on a gérés correctement et ce qui pourrait être amélioré en cas d'épidémie ultérieure. Les recommandations devraient cerner des mesures de prévention futures et (ou) les modifications nécessaires à apporter aux politiques/protocoles. Elles devraient également inclure les raisons possibles de l'épidémie et les étapes pour prévenir des épidémies similaires à l'avenir. Un représentant du bureau de santé publique peut assister à cette rencontre, surtout s'il y a eu des inquiétudes ou des problèmes.

## 6.3 Rédaction du dossier d'enquête sur l'épidémie

Passer en revue le dossier sur l'épidémie pour s'assurer qu'il contient la totalité des documents, notamment :

- des copies des résultats d'analyses de laboratoire et d'autres analyses;
- des copies de tous les procès-verbaux et des autres communications;
- tous les autres documents concernant précisément l'enquête / la gestion de l'épidémie, y compris les notes et les listes;
- un rapport sommaire.

Le personnel de prévention et de contrôle devrait conserver des copies de tous les documents en lien avec l'épidémie. Le bureau de santé publique conservera également au dossier des copies de tous les documents en lien avec l'épidémie et remettra à la Division de la santé publique du MSSLD un rapport portant sur les détails de l'épidémie.

## 7 Enquête et gestion des épidémies d'origine alimentaire

La plupart des épidémies entériques qui se produisent dans des FSLD sont causées par des virus transmis d'une personne à une autre. Toutefois, d'autres agents microbiens peuvent aussi causer des maladies entériques dans des FSLD. Cela comprend les agents présents dans les aliments ou l'eau comme *Escherichia coli* un vérotoxigène, ainsi que les agents des espèces *Salmonella* et *Listeria monocytogenes*. Pour cette raison, il est important que les bureaux de santé publique fassent enquête sur la possibilité que des agents transmissibles par les aliments ou l'eau ou d'autres agents soient des sources potentielles de toute maladie identifiée.

Il importe de noter que les épidémies qui se propagent d'une personne à une autre pourraient néanmoins provenir d'une source ponctuelle comme un employé de cuisine malade, ou des aliments ou des ustensiles contaminés. On peut cesser l'enquête portant sur une épidémie d'origine alimentaire si, au cours des premiers stades d'une épidémie, l'on cerne un agent étiologique confirmé et que l'on détermine que ce dernier est transmis d'une personne à une autre. Les politiques et méthodes en lien avec l'enquête et la gestion des épidémies d'origine alimentaire devraient être intégrées au programme de l'équipe de prévention et de lutte contre les infections des FSLD.

# 7.1 Politiques et méthodes recommandées pour la manipulation des aliments

Des politiques et des méthodes devraient être mises sur pied à l'égard de tous les aspects de la manipulation alimentaire. Le bureau de santé publique peut contribuer à orienter leur préparation. La mise en œuvre de politiques et de méthodes appropriées peut être déterminante pour prévenir les épidémies et maîtriser celles qui se manifestent.

Une fois les politiques et méthodes en place, envisager un horaire régulier de formation sur le terrain pour le personnel approprié et conserver un registre de formation : date, nom de la séance, animateur, description et noms des membres du personnel y ayant assisté.

Les politiques et méthodes devraient inclure celles qui concernent le personnel qui manipule les aliments, les dossiers des fournisseurs de produits alimentaires, la conservation d'échantillons d'aliments, les registres de la température d'aliments potentiellement dangereux, les aliments fournis par un traiteur, les aliments apportés par les familles, les cuisines communes, l'aide à la prise des repas, le registre de la température du lave-vaisselle et de désinfection ainsi que le registre d'installation et d'entretien du matériel de cuisine.

## 7.1.1 Personnel manipulant des aliments

Le personnel devrait être familier avec les critères d'exclusion destinés aux personnes qui manipulent des aliments, soulignés dans les protocoles concernant les maladies infectieuses (2008). Le bureau de santé publique fournira des recommandations sur le dépistage du personnel atteint de maladies entériques, si on soupçonne fortement que l'épidémie est de source alimentaire. Selon les circonstances, on peut aussi envisager le dépistage du personnel asymptomatique.

## 7.1.2 Dossiers des fournisseurs d'aliments

Les aliments contaminés au début du processus de production alimentaire pourraient avoir été distribués sur un vaste territoire et, par conséquent, devenir la source de

nombreuses épidémies se produisant simultanément. En vertu de la LFSLD, tous les FSLD doivent tenir et conserver pendant un an un registre des achats en lien avec le système de production alimentaire, y compris les factures de livraison d'aliments. Les bureaux de santé publique exigent également des dossiers détaillés des fournisseurs d'aliments, y compris le nom d'une personne-ressource en cas d'urgence. Ces dossiers comprennent les fournisseurs d'aliments qui ne sont habituellement pas considérés comme potentiellement dangereux, comme les fruits et les légumes, étant donné que ces aliments ont déjà été la cause d'épidémies.

### **7.1.3 Conservation d'échantillons d'aliments**

Bien que cela ne soit pas exigé par la loi, on devrait envisager de mettre en œuvre une politique de conservation d'échantillons de 200 grammes d'aliments prêts à manger potentiellement dangereux provenant de chaque repas (encadré 15).

### **7.1.4 Dossiers des températures d'aliments potentiellement dangereux**

Les FSLD devraient vérifier et consigner les températures de cuisson, de réchauffement et de réserve des aliments potentiellement dangereux. Les politiques et méthodes des FSLD devraient clairement indiquer quels aliments doivent faire l'objet d'une surveillance ainsi que la documentation exigée.

Des méthodes de refroidissement inadéquates causent souvent des maladies d'origine alimentaire. Les bureaux de santé publique recommandent de consigner les méthodes de refroidissement utilisées dans le cas des aliments potentiellement dangereux préparés et refroidis avant d'être réchauffés et servis. Le registre des températures de préparation des aliments devrait être conservé selon les exigences de la politique de conservation des FSLD, pendant au moins trois mois.

### **7.1.5 Aliments fournis par un traiteur et aliments apportés par les familles**

Souvent, les pensionnaires ont accès à des aliments qui ne sont pas préparés au FSLD. Ce dernier devrait avoir des politiques claires précisant les éléments ci-dessous.

- Les procédures à suivre si un pensionnaire souhaite avoir un repas ou plus préparés par un traiteur (les traiteurs commerciaux doivent être approuvés par le bureau de santé publique).
- Il faut avertir le personnel de soins directs que des aliments ont été introduits dans le FSLD. Les visiteurs devraient être avertis de ne pas offrir d'aliments à d'autres pensionnaires sans que le personnel de soins directs ne soit au courant. Certains pensionnaires ne peuvent consommer certains aliments en raison de leur état de santé.
- Les membres du personnel à avertir.
- Les exigences concernant l'étiquetage, notamment le contenu, le nom du pensionnaire et la date de préparation.
- Les procédures de conservation exigées, notamment l'endroit, la durée et les exigences quant à la température de réserve.

#### **Encadré 15. Politique de conservation des aliments**

<b>Politique de conservation des aliments</b>
<p><b>Une fois une épidémie potentielle cernée, on ne devrait pas jeter les échantillons d'aliments.</b></p> <p><b>Quoi inclure dans votre politique de conservation des aliments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les types d'aliments à conserver.</li> <li>• La date de la production</li> <li>• La période de conservation (ou la date de péremption)</li> <li>• L'endroit où se trouvent les échantillons d'aliments.</li> <li>• Le type de contenant utilisé pour la conservation.</li> <li>• La quantité d'aliments à conserver.</li> <li>• Les exigences relatives à l'étiquetage, notamment la date, le type d'aliment et le moment du repas.</li> </ul> <p><b>Les échantillons d'aliments devraient être conservés congelés à -18 °C pendant 10 jours.</b></p>

## **7.1.6 Office ou cuisinette commune**

Les offices ou cuisinettes accessibles aux pensionnaires doivent respecter les exigences du règlement portant sur les dépôts d'aliments pris en application de la *Loi*

*sur la protection et la promotion de la santé.* Ces endroits peuvent soulever des préoccupations particulières étant donné qu'ils ne peuvent permettre l'accès sans restriction à des réserves d'aliments qui pourraient provoquer une contamination alimentaire. On peut consulter le règlement portant sur les dépôts d'aliments à l'adresse : [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws\\_regs\\_900562\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_900562_e.htm) (en anglais seulement).

Les politiques des FSLD doivent respecter la LFSLD, le Règl. de l'Ont. 79/10 et le règlement portant sur les dépôts d'aliments. Les politiques doivent :

- définir clairement à quel office ou à quelle cuisinette les pensionnaires ont accès;
- exiger que tous les aliments appartenant à des pensionnaires soient étiquetés (contenu, nom du pensionnaire et date de la préparation / de la décantation);
- préciser que toute personne qui prépare ou manipule des aliments, y compris le fait de cuisiner avec des pensionnaires dans le cadre d'activités au programme, doit suivre les procédures adéquates d'hygiène des mains.

## **7.1.7 Aide à la prise des repas**

La politique du FSLD devrait comprendre une exigence précisant :

9. qu'une personne qui aide les pensionnaires à prendre leur repas doit se laver les mains avant et après chaque repas;
10. qu'un pensionnaire doit pouvoir se laver les mains avant et après chaque repas;
11. que le personnel d'organismes externes et les bénévoles ne doivent pas entrer dans le FSLD s'ils présentent des symptômes de maladie contagieuse, en particulier s'ils ont de la diarrhée ou des vomissements.

## **7.1.8 Dossiers de la température du lave-vaisselle et de désinfection**

Les établissements doivent maintenir des dossiers précis des températures du lavage et du rinçage de la vaisselle pour chaque lave-vaisselle. Si le cycle de rinçage du lave-vaisselle se déroule à basse température et que la désinfection repose sur un produit chimique, il faut effectuer des vérifications de la concentration de ce dernier au moins une fois par jour et consigner les résultats. Les dossiers doivent être datés, paraphés et conservés sur place pendant un minimum de trois mois. Le FSLD et le personnel du bureau de santé publique devraient examiner les dossiers pendant les inspections de routine et les enquêtes sur les épidémies.

## **7.1.9 Installation et entretien du matériel de cuisine**

Conservez des dossiers de tout matériel installé ou ayant fait l'objet de réparations. Des directives sur la manière dont chaque appareil devrait être entretenu, nettoyé et désinfecté devraient être immédiatement disponibles.

## **7.2 Enquête sur les maladies d'origine alimentaire**

Le bureau de santé publique dirige les enquêtes pour cerner la source des épidémies d'origine alimentaire. Ces enquêtes dépendent lourdement de la collaboration et de l'aide du personnel du FSLD. Un inspecteur de la santé publique ou un infirmier hygiéniste peut prendre les mesures suivantes une fois qu'une épidémie a été confirmée et qu'on a écarté que des aliments ou de l'eau constituaient la source de l'épidémie.

### **7.2.1 Questionnaires**

La collecte de renseignements auprès des pensionnaires, du personnel et d'autres personnes qui pourraient avoir été exposés à la nourriture ou à l'eau contaminée est importante dans le cadre de l'évaluation de la cause de l'épidémie. Les renseignements sur l'historique du cas, particulièrement les symptômes, le moment du déclenchement et les aliments consommés, permettent souvent de cerner les aliments les plus susceptibles d'être la cause de l'épidémie et peuvent permettre de cerner les organismes les plus responsables.

### **7.2.2 Échantillons cliniques**

En plus de recueillir des échantillons auprès des pensionnaires malades, les membres du personnel du FSLD devraient être encouragés à soumettre des échantillons de selles s'ils manifestent des symptômes compris dans la définition de cas. Dans certaines circonstances, le bureau de santé publique peut également exiger des échantillons de selles de la part du personnel asymptomatique (pas malade).

## 7.2.3 Exploitation du service alimentaire

Pour rendre l'enquête sur l'épidémie complète, l'inspecteur de la santé publique exigera des renseignements détaillés sur les éléments ci-dessous.

- Les aliments consommés par les pensionnaires, y compris les aliments dont la texture a été modifiée, comme les aliments réduits en purée. La manière dont l'aliment a été préparé (menus, recettes et préparations), y compris les dossiers des températures de réserve au frais, de cuisson finales et de réserve au chaud, ainsi que la date et l'heure auxquelles chaque élément a été préparé.
- Les registres des achats et des stocks
- Les registres de traitement
- Les plans et les registres de l'Analyse des risques aux points critiques (HACCP)  
Le personnel responsable de chaque étape
- La liste des fournisseurs
- Les registres d'absences pour cause de maladie du personnel
- Les registres de réparation et d'entretien du matériel
- Les registres du lavage de la vaisselle et des ustensiles
- Les procédures et l'échéancier de lavage et de désinfection
- Le plan des places des pensionnaires pendant les repas
- Les registres d'échantillons bactériologiques de l'eau et du service de maintenance de l'approvisionnement en eau si le FSLD ne se trouve pas dans une municipalité avec aqueduc.

## 7.2.4 Enquête du système HACCP

L'inspecteur de la santé publique peut décider qu'une évaluation de la préparation des repas à l'aide des principes du système HACCP est nécessaire. Cela peut exiger du FSLD qu'il prépare le repas suspect à nouveau. L'objectif de la vérification selon les principes du système HACCP est de cerner les pratiques inadéquates de manipulation des aliments, et non d'identifier le membre du personnel responsable de l'épidémie. Au cours de cette vérification, l'inspecteur de la santé publique pourrait remarquer :

- le contrôle de la température, y compris les températures d'entreposage, de cuisson, de réchauffement et de réserve au chaud;
- la fréquence à laquelle le personnel se lave les mains et la méthode utilisée;
- les méthodes utilisées pour enfiler/retirer les gants;

- l'hygiène personnelle des membres du personnel pour prévenir la contamination alimentaire lorsqu'ils éternuent ou toussent;
- si le personnel comprend le concept de contamination croisée et connaît les méthodes pour la prévenir;
- si le personnel est au courant des conséquences d'une préparation inadéquate d'un aliment potentiellement dangereux.

## **7.2.5 Sources d'aliments et d'eau de rechange**

Jusqu'à ce que l'on sache quel est l'aliment suspect, le bureau de santé publique peut faire parvenir au FSLD de la nourriture et de l'eau provenant d'une source différente. Si le FSLD fournit de la nourriture ou des repas à d'autres organismes, comme les popotes roulantes, le bureau de santé publique peut lui ordonner de suspendre ces services jusqu'à nouvel ordre.

## **7.2.6 Rapport sommaire**

Un sommaire de l'enquête sur la salubrité des aliments devrait être inclus dans le rapport d'enquête de l'épidémie. Ce sommaire devrait contenir les résultats clés détaillés ainsi que ceux obtenus après l'analyse des échantillons alimentaires et (ou) environnementaux.

# Bibliographie et autres renseignements

- BAKER, G.R. et coll. « The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 170, n° 1678 (2004), p. 86.
- BERG, D.E. et coll. « Control of nosocomial infections in an intensive care unit in Guatemala City », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 21, n° 588 (1995), p. 93.
- BOCCIA, D. et coll. « Waterborne outbreak of Norwalk-like virus gastroenteritis at a tourist resort, Italy », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 8 (2002), pp. 563 à 568.
- DALY, P.B. et coll. « Impact on knowledge and practice of a multiregional long-term care facility infection control training program », *American Journal of Infection Control*, vol. 20 (1992), pp. 225 à 233.
- CHADWICK, P.R. et coll. « Management of hospital outbreaks of gastroenteritis due to small round structured viruses », *Journal of Hospital Infection*, vol. 45 (2000), pp. 1 à 10.
- Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada (CHICA-Canada). « The role of the infection control practitioner », *Canadian Journal of Infection Control*, vol. 11 (1996), pp. 36 et 37.
- GAYNES, R. et coll. « Feeding back surveillance data to prevent hospital-acquired infections », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 7 (2001), pp. 295 à 298.
- GRAVES, N. et coll. « Economics and preventing hospital-acquired infection: broadening the perspective », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 28 (2007), pp. 178 à 184.
- HALEY, R.W. et coll. « The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in U.S. hospitals », *American Journal of Epidemiology*, vol. 121 (1985), pp. 182 à 205.
- HARBARTH, S. et coll. « The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports », *Journal of Hospital Infection*, vol. 54 (2003), pp. 258 à 266.

- KRETZER, E.K. et E.L. LARSON. « Behavioral interventions to improve infection control practices », *American Journal of Infection Control*, vol. 26 (1998), pp. 245 à 253.
- LIM, J. et D. MIDDLETON. « Enteric outbreaks reported in Ontario, 2000-2002 », *Public Health and Epidemiology Report Ontario*, vol. 14 (2003), pp. 202 à 207.
- MIDDLETON, D. « Reported Enteric Disease Outbreaks in Ontario », *Public Health and Epidemiology Report Ontario*, vol. 10 (1999), pp. 137 à 143.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). *Enteric Disease Screening Recommendations and Case Management Guidelines on Food Handlers and Patient Care Workers* (1990); la version actuelle de ce document, intitulée *Guidelines for the Management of Enteric Diseases in Healthcare Workers, Food handlers and Day Care Staff and Attendees* (2010), est en cours de révision.
- MSSLD. *Infection Prevention and Control Core Competency Education for all Health Care Providers* (accessible à l'adresse <http://govdocs.ourontario.ca/node/26660>, 2007).
- MSSLD. Texte sur le programme Lavez-vous les mains, lancé en 2008 (accessible à l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/handhygiene/>).
- MSSLD. *Roles and Responsibilities of Hospitals and Public Health Units for Clostridium difficile Infection (CDI) Reporting and Outbreak Management*, 2013.
- MSSLD. *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains pour tous les lieux de soins* (accessible à l'adresse <http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx>), 2009.
- Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario, L.R.O. 1990, chapitre H.7 (comprend le Règlement de l'Ontario 562 portant sur les dépôts d'aliments, R.R.O. 1990).
- Comité mixte sur les protocoles de surveillance des maladies transmissibles de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Ontario Medical Association. *Enteric Diseases Surveillance Protocol for Ontario Hospitals*, 2009. Available at: <https://www.oha.com/labour-relations-and-human-resources/health-and-safety/communicable-diseases-surveillance-protocols>
- Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* de l'Ontario, L.O. 2007, chapitre 8 (comprend le Règlement de l'Ontario 79/10 [Dispositions générales]).

*Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. 0.1 (comprend le Règlement de l'Ontario 67/93 [Établissements d'hébergement et de soins de santé]), 2007.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). « Guide de prévention des infections : Prévention des infections à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) au Canada », *RMTC*, vol. 23, supplément 8 (1997) (accessible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/97vol23/23s8/vreindx.html>).

ASPC. « Guide de prévention des infections : Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé », *RMTC*, vol. 24, supplément 8 (1998) (accessible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98vol24/index.html>).

ASPC. « Guide de prévention des infections : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé », *RTMC*, vol. 25, supplément 4 (1999) (accessible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99vol25/25s4/index.html>).

CCPMI. « Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants (OA) dans tous les établissements de soins de santé » (accessible à l'adresse [https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Routine\\_Practices\\_Additional\\_Precautions.aspx](https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Routine_Practices_Additional_Precautions.aspx)).

CCPMI. « Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé » (accessible à l'adresse <https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx>).

CCPMI. « Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé » (accessible à l'adresse <https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx>).

CCPMI. « Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins » (accessible à l'adresse

[https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Cleaning\\_Disinfection\\_Sterilization.aspx](https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Cleaning_Disinfection_Sterilization.aspx)).

CCPMI. « Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario » (accessible à l'adresse

<https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx>).

CCPMI. « Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé » (accessible à l'adresse

[https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Routine\\_Practices\\_Additional\\_Precautions.aspx](https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Routine_Practices_Additional_Precautions.aspx)).

PITTET, D. et coll. « Compliance with handwashing in a teaching hospital infection control program », *Annals of Internal Medicine*, vol. 130 (1999), pp. 126 à 130.

PITTET, D. et coll. « Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene », *Lancet*, vol. 356 (2000), pp. 1307 à 1312.

RAJDA, Z. et D. MIDDLETON. « Descriptive epidemiology of enteric outbreaks reported in Ontario, 2003 », *Public Health and Epidemiology Report Ontario*, vol. 15 (2004), pp. 159 à 165.

RODRIGUEZ, E.M. et coll. « Outbreak of viral gastroenteritis in a nursing home: importance of excluding ill employees », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 17 (1996), pp. 587 à 592.

SIEGEL, J. et coll. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, « Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings », *American Journal of Infection Control*, vol. 35, supplément 2 (2007), pp. S64 à S164.

SMITH, P.W. et P.G. RUSNAK. « Infection prevention and control in the long-term-care facility », *American Journal of Infection Control*, vol. 25 (1997), pp. 488 à 512.

STONE, P.W. et coll. « A systematic audit of economic evidence linking nosocomial infections and infection control interventions: 1990-2000 », *American Journal of Infection Control*, vol. 30 (2002), pp. 145 à 152.

WHITBY, M. et coll. « Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks », *Journal of Hospital Infection*, vol. 65 (2007), pp. 1 à 8.

Organisation mondiale de la Santé. *Alliance mondiale pour la sécurité des patients – Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée) : Synthèse – Des mains propres sont des mains sûres*, 2005.

ZINGG, W. et coll. « Impact of an outbreak of norovirus infection on hospital resources », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 26 (2005), pp. 263 à 267.

ZOUTMAN, D.E. et B.D. FORD. « The relationship between hospital infection surveillance and control activities and antibiotic-resistant pathogen rates », *American Journal of Infection Control*, vol. 33 (2005), pp. 1 à 5.

ZOUTMAN, D.E. et coll. « The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals », *American Journal of Infection Control*, vol. 31 (2003), pp. 266 à 272.

# Annexe 1 : Directives relatives au prélèvement d'échantillons de selles pendant les épidémies

La gastro-entérite peut être causée par des agents bactériens, parasitaires ou viraux. La trousse pour les épidémies entériques vise à permettre de vérifier simultanément la présence de ces agents au début d'une épidémie, lorsqu'on ne connaît pas l'agent responsable de cette dernière.

La trousse pour les épidémies entériques ne doit servir qu'à prélever les 10 à 15 premiers échantillons chez les personnes qui présentent des symptômes au début de l'épidémie. Cette trousse comprend trois flacons et chacun d'eux est doté d'un capuchon de l'une ou l'autre des couleurs ci-dessous.

- Vert – Analyse bactériologique
- Jaune – Analyse parasitologique
- Blanc – Analyse virologique et toxicologique

Si vous soupçonnez que l'épidémie est d'origine bactérienne ou virale, n'utilisez pas les trois flacons / n'envoyez pas les trois flacons au laboratoire.

Assurez-vous que le formulaire de demande de services de laboratoire indique avec exactitude les analyses qui s'avèrent requises. Chaque trousse pour les épidémies entériques comprend des directives complètes au sujet du prélèvement, de l'entreposage et du transport des échantillons. Il faut suivre ces directives; autrement, les échantillons prélevés peuvent ne pas être analysés.

Pour obtenir des renseignements détaillés à ce sujet, veuillez consulter le guide relatif aux épidémies de gastro-entérite à l'intention des laboratoires accessible à l'adresse <http://www.publichealthontario.ca>

Image 1. Trousse pour les épidémies entériques



## Image 2. Trousse pour les épidémies entériques (page 1)

\* On examinera la version anglaise du guide relatif aux épidémies de gastro-entérite à l'intention des laboratoires, notamment les directives d'utilisation de la trousse pour les épidémies entériques, avant d'en fournir une version française.



### Enteric Outbreak Kit

Instructions for the collection and transportation of clinical specimens for faeces cultures.

#### Obtain supplies, complete requisitions and label specimen vials

1. Remove the appropriate specimen collection vial(s) from the biohazard bag. Do not use expired kits.
2. Complete an "Enteric Disease Investigation Multiple Specimen Submission Form **OR** public health laboratory General Test Requisition". Include the outbreak number which is assigned by the local health unit.
3. On the main kit label located on the biohazard bag, fill in the required information with a ballpoint pen (press firmly). Peel this label off of the bag and place this label on the completed submission form in the area marked;
  - "Label" of the "Enteric Disease Investigation Multiple Specimen Submission Form".

**OR**

  - If a public health laboratory General Test Requisition is used, fill in the required information with a ballpoint pen (press firmly).
4. Record the patient name on each of the vials used. Peel off one of the four corresponding kit numbered labels located on the biohazard bag. Place one label on each vial used.
5. Note: The specimen container is required to have the patient's full name and date of collection or two unique identifiers. The information on the specimen must be the same as the name and other identifier on the test requisition. Unmatched or mismatched specimens will not be processed.

#### Specimen collection

6. Faeces specimens that have been in contact with water in toilet are unacceptable.
  - a) Infants/Toddlers (not toilet trained) – Collect faeces sample (bowel movement) from soiled diaper or directly from "potty".
  - b) Older Children/Adults – Instruct the patient to defecate into a clean container.

continued on reverse

F-SD-KI-006-001

Rev. May, 2010

### Image 3. Trousse pour les épidémies entériques (page 2)

\*On examinera la version anglaise du guide relatif aux épidémies de gastro-entérite à l'intention des laboratoires, notamment les directives d'utilisation de la trousse pour les épidémies entériques, avant d'en fournir une version française.



#### Place specimen in appropriate container

7. Using the spoon from each vial, select different sites of the faeces specimen, preferably blood, mucus or pus, and transfer to the vials as follows:
  - a) Bacteriology - GREEN-capped vial with red-coloured transport medium. A collecting device (*plastic spoon*) is fitted inside the cap. Add 2-3 spoonfuls of faeces. Mix into transport medium. Replace and tighten cap.
  - b) Parasitology – YELLOW-capped vial with clear liquid preservative and plastic spoon. Add faeces up to the line indicated. Mix well. Replace and tighten cap.
  - c) Virology/Toxin - WHITE-capped vial which is empty with a plastic spoon. Add faeces up to the line indicated. Replace and tighten cap.

#### Transportation

8. Place all vials in the biohazard bag. Place the completed test requisition in the outside pocket. Do not place the test requisition inside the biohazard bag containing the specimens.
9. Refrigerate specimens immediately. Do not freeze specimens.
10. Send specimens to the local Health Unit or laboratory as soon as possible.

**STORAGE** - Kits can be stored at room temperature until use. **DO NOT USE EXPIRED KITS.**

**TO ORDER KITS or INFORMATION:** Contact OAHPP order desk, Public Health Laboratory Toronto @ 416 235-5937 or order by fax @ 416 235-5753 or your local Public Health Laboratory.

Rev. May, 2010

## Annexe 2 : Pratiques de base, précautions supplémentaires et exigences de signalement liées à certains pathogènes ou problèmes de santé associés aux épidémies de gastro-entérite

(Adapté du CCPMI, 2012). PC = Précautions contre les contacts; PB = Pratiques de base; ressource en contrôle des infections = PPI ou membres du programme de PCI

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Amibiase ou dysenterie</b> <i>Entamoeba histolytica</i>	Adulte	PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire
	Adulte incontinent ou non conforme	PC	Oui		
<b>Ankylostomiase</b>		PB	Non		- Ne se transmet pas d'une personne à l'autre.
<b>Ascarirose ou infection du ver rond</b> <i>Ascaris lumbricoïdes</i>		PB	Non		- Ne se transmet pas d'une personne à l'autre.

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Botulisme</b>	Voir Intoxication alimentaire ou maladie d'origine alimentaire				
<b><i>Campylobacter</i>, espèces de</b>	Adulte	PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire - Aviser la ressource en contrôle des infections.
	Adulte incontinent ou non conforme	PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à la présence de selles formées.	- Maladie à déclaration obligatoire - Aviser la ressource en contrôle des infections.
<b>Choléra</b> <i>Vibrio cholera</i>	Adulte	PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire - Aviser la ressource en contrôle des infections.

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Choléra</b> <i>Vibrio cholera</i>	Adulte incontinent ou non conforme	PC	Oui		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie à déclaration obligatoire</li> <li>- Aviser la ressource en contrôle des infections.</li> </ul>
<b><i>Clostridium difficile</i></b>		PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à la présence de selles formées pendant au moins deux jours consécutifs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Épidémies à déclaration obligatoire</li> <li>- Aviser la ressource en contrôle des infections.</li> <li>- Les cas confirmés par des analyses de laboratoire peuvent être regroupés.</li> </ul>
<b>Coxsackie, virus</b>	Voir Infections entérovirales				

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Cryptosporidiose</b>	Adulte	PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire - Aviser la ressource en contrôle des infections.
	Adulte incontinent ou non conforme	PC	Oui		
<b>Diarrhée</b>	Infectieuse aiguë	Voir Gastro-entérite			
	Diarrhée à <i>C. difficile</i> soupçonnée	Voir <i>Clostridium difficile</i>			
<b>Dysenterie bacillaire</b> Espèces de <i>Shigella</i>	Voir Gastro-entérite				
<b>Échinococcose</b>		PB	Non		- Ne se transmet pas d'une personne à l'autre.

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
Échovirus, maladie à l'	Voir Infections entérovirales				
<b>ENTÉROBACTÉRIACÉES PRODUCTRICES DE BÊTA-LACTAMASE À SPECTRE ÉTENDU (BLSE)</b>		Des PC peuvent être indiquées.	Peut être indiqué.	Des précautions peuvent être mises en place au besoin et abandonnées par la ressource en contrôle des infections.	- Aviser la ressource en contrôle des infections.
<b>ENTÉROBACTÉRIACÉES RÉSISTANTES AUX CARBAPÉNÈMES (ERC)</b>		PC	Oui	Continuer d'observer les précautions pendant la durée de l'hospitalisation.	- Aviser la ressource en contrôle des infections. En cas de réadmission, observer les précautions contre les contacts.

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Entérobiase ou oxyurose</b> <i>Enterobius vermicularis</i>		PB	Non		- La transmission se fait par voie orale et fécale directement ou indirectement des articles contaminés, par exemple, les articles de literie.
<b><i>Escherichia coli</i> O157:H7</b>	Adulte incontinent ou non conforme	PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à la présence de selles formées.	- Maladie à déclaration obligatoire - Aviser la ressource en contrôle des infections.
	Adulte	PB	Non		
<b>Fièvre typhoïde</b> <i>Salmonella typhi</i>		PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire
<b>Fièvre paratyphoïde</b> <i>Salmonella paratyphi</i>		PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Gastro-entérite</b>	Infectieuse aiguë	PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à ce que la possibilité d'infection par <i>C. difficile</i> et par le norovirus ou d'autres agents viraux soit écartée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les épidémies doivent être déclarées.</li> <li>- Aviser la ressource en contrôle des infections.</li> <li>- Voir les organismes particuliers, s'ils sont identifiés.</li> </ul>
	Adulte incontinent ou non conforme	PC	Oui	Continuer d'observer les précautions pendant la durée de la maladie.	
<b>Histoplasmose</b> <i>Histoplasma capsulatum</i>		PB	Non		- Ne se transmet pas d'une personne à l'autre.
<b>Infections entérovirales</b> (Virus Coxsackie et échovirus)	Adulte	PB	Non		

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Intoxication alimentaire ou maladie d'origine alimentaire</b>	<i>Clostridium botulinum</i> (botulisme)	PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire - Ne se transmet pas d'une personne à l'autre.
	<i>Clostridium perfringens</i>	PB	Non		
	Salmonelle ou <i>E. coli</i> O157:H7 chez les adultes incontinents ou non conformes si les selles ne peuvent pas être contenues.	PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à ce que la possibilité d'infection à la salmonelle et à <i>E. coli</i> O157:H7 soit écartée.	- Maladie à déclaration obligatoire - Aviser la ressource en contrôle des infections.
	Autres causes	PB	Non		
<b>Lambliaze</b>	Adulte	PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
Parasite <i>lamblia</i>	Adulte incontinent/non conforme	PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à la présence de selles formées.	
<b>Listériose</b> <i>Listeria monocytogenes</i>		PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire
<b>Mains-pieds-bouche, maladie</b>	Voir Infections entérovirales				
<b>Norovirus</b>		PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes.	- Épidémies à déclaration obligatoire - Aviser la ressource en contrôle des infections.

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Organismes antibiorésistants (OA)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non indiqués ailleurs</li> </ul>		Des PC peuvent être indiquées.	Peut être indiqué.	Des précautions peuvent être mises en place au besoin et abandonnées par la ressource en contrôle des infections.	- Voir également les listes sous BLSE et ERC. (Entérobacteriacées)
<b>Oxyures</b>	Voir Entérobiase				
<b>Rotavirus</b>		PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à la présence de selles formées.	
<b>Salmonellose</b> <i>Espèces de salmonelle</i>	Adulte	PB	Non		- Maladie à déclaration obligatoire - Aviser la ressource en contrôle des infections.

Organisme ou maladie	Catégorie	Type de précautions ou de pratiques	Isolement en chambre individuelle requis	Durée des précautions	Commentaires
<b>Salmonellose</b> <i>Espèces de salmonelle</i>	Adulte incontinent/non conforme	PC	Oui	Continuer d'observer les précautions jusqu'à la présence de selles formées.	
<b>Strongyloïdiase</b> <i>Strongyloides stercoralis</i>		PB	Non		Peut causer une maladie disséminée chez les personnes immunodéprimées.
<b>Ténia</b> <i>Diphyllobothrium latum</i> (poisson), <i>Hymenolepis nana</i> et <i>Taenia saginata</i> (boeuf) <i>Taenia solium</i> (porc)		PB	Non		- Possibilité d'auto-infection
<b>ver rond, infection du</b>	Voir Ascaridiose				
<b><i>Yersinia enterocolitica</i></b>	Voir Gastro-entérite				

# Annexe 3 : Pratiques de base dans tous les établissements de soins de santé

Image 4. Pratiques de base à utiliser avec tous les patients

PRATIQUES DE BASE à utiliser avec <u>TOUS LES PATIENTS</u>	
	<p><b>Hygiène des mains</b></p> <p>Se laver les mains à l'aide d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool ou avec du savon et de l'eau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ avant d'entrer en contact avec chaque client/patient/pensionnaire et après;</li> <li>✓ avant d'exécuter une intervention invasive;</li> <li>✓ avant de préparer, de manipuler, de servir ou de manger de la nourriture;</li> <li>✓ après avoir fourni des soins pour lesquels il y a présence de liquide organique et avant de procéder à une autre activité;</li> <li>✓ avant de mettre des gants et l'ÉPI et après les avoir enlevés;</li> <li>✓ après avoir accompli des fonctions corporelles personnelles (p. ex., se moucher);</li> <li>✓ chaque fois qu'il y a un contact entre les mains et des sécrétions, des excréments, du sang ou d'autres liquides organiques;</li> <li>✓ après qu'il y a eu contact avec des objets se trouvant dans l'environnement du client/patient/pensionnaire.</li> </ul>
	<p><b>Masque et lunettes de protection ou écran facial [en fonction de l'évaluation des risques]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Protéger les yeux, le nez et la bouche dans le cadre de procédures ou d'activités liées aux soins de santé qui risquent de générer des éclaboussures ou la pulvérisation de sang et d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments.</li> <li>✓ Porter dans un rayon de deux mètres d'un client/patient/pensionnaire qui tousse.</li> </ul>
	<p><b>Blouse [en fonction de l'évaluation des risques]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Porter une blouse à manches longues s'il est possible que la peau ou les vêtements soient contaminés.</li> </ul>
	<p><b>Gants [en fonction de l'évaluation des risques]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Porter des gants lorsqu'il y a un risque que les mains entrent en contact avec du sang et d'autres liquides organiques, des sécrétions, des excréments, de la peau endommagée, des muqueuses ou des surfaces ou des objets contaminés.</li> <li>✓ Le port de gants NE remplace PAS l'hygiène des mains.</li> <li>✓ Retirer les gants immédiatement après l'utilisation et se laver les mains après les avoir enlevés.</li> </ul>
	<p><b>Environnement et matériel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tout matériel utilisé par plus d'un client/patient/pensionnaire doit être nettoyé entre les clients/patients/pensionnaires.</li> <li>Toutes les surfaces touchées très souvent dans la chambre du client/patient/pensionnaire doivent être nettoyées quotidiennement.</li> </ul>
	<p><b>Linge et déchets</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manipuler le linge sale et les déchets avec soin afin de prévenir la contamination individuelle et la transmission d'infection aux autres clients/patients/pensionnaires.</li> </ul>
	<p><b>Prévention des blessures par des instruments acérés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ NE JAMAIS RÉENCAPUCHONNER LES SERINGUES UTILISÉES.</li> <li>✓ Mettre les objets acérés dans des contenants prévus à cet effet.</li> <li>✓ Prévenir les blessures causées par des aiguilles, des scalpels et d'autres objets acérés.</li> <li>✓ Dans la mesure du possible, utiliser des dispositifs médicaux sécuritaires.</li> </ul>
	<p><b>Placement et type de chambre des patients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utiliser une chambre individuelle pour un client/patient/pensionnaire qui contamine l'environnement.</li> <li>✓ Se laver les mains au moment de quitter la chambre.</li> </ul>

# Annexe 4 : Affiche pour les chambres de résidents nécessitant des précautions contre les contacts dans les établissements de soins non actifs

(CCPMI, 2012)

Image 5. Précautions contre les contacts – Établissements de soins non actifs

PRÉCAUTIONS CONTRE LES CONTACTS – Établissements de soins non actifs	
	<p><i>Hygiène des mains conformément aux pratiques de base</i></p> <p>Il faut se laver les mains :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ avant d'entrer en contact avec chaque pensionnaire et après;</li> <li>✓ avant d'exécuter une intervention invasive;</li> <li>✓ avant de préparer, de manipuler, de servir ou de manger de la nourriture;</li> <li>✓ après avoir fourni des soins pour lesquels il y a présence de liquide organique d'un client ou d'un pensionnaire et avant de procéder à une autre activité;</li> <li>✓ avant de mettre des gants et le ÉPI et après les avoir enlevés;</li> <li>✓ après avoir accompli des fonctions corporelles personnelles (p. ex., se moucher);</li> <li>✓ chaque fois qu'il y a un contact entre les mains et des sécrétions, des excréments, du sang ou d'autres liquides organiques;</li> <li>✓ après qu'il y a eu contact avec des objets se trouvant dans l'environnement du pensionnaire;</li> <li>✓ lorsque l'on se demande s'il est nécessaire de le faire;</li> <li>✓ laver les mains du pensionnaire avant qu'il quitte sa chambre.</li> </ul>
	<p><i>Placement du client/pensionnaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utiliser une chambre individuelle équipée d'une toilette privée si l'hygiène du pensionnaire est mauvaise.</li> <li>✓ La porte peut rester ouverte.</li> <li>✓ Se laver les mains au moment de quitter la chambre ou l'espace du lit.</li> </ul>
	<p><i>Gants</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Porter des gants pour la prestation de <u>soins directs</u>*.</li> <li>✓ Le port de gants NE remplace PAS l'hygiène des mains.</li> <li>✓ Retirer les gants au moment de quitter la chambre ou l'espace du lit et se laver les mains.</li> </ul>
	<p><i>Blouse [en fonction de l'évaluation des risques]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Porter une blouse à manches longues pour prodiguer des <u>soins directs</u>* si la peau ou les vêtements peuvent être contaminés.</li> </ul>
	<p><i>Environnement et matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dans la mesure du possible, réserver du matériel de base au pensionnaire (p. ex., un stéthoscope, une chaise d'aisance).</li> <li>✓ Désinfecter tout le matériel avant qu'il ne soit utilisé pour un autre pensionnaire.</li> </ul> <p>Toutes les surfaces touchées très souvent dans la chambre du pensionnaire doivent être nettoyées quotidiennement.</p>
	<p><i>Visiteurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les visiteurs doivent porter des gants et une blouse à manches longues s'ils doivent prodiguer des <u>soins directs</u>* (conformément aux pratiques de base).</li> <li>✓ Les visiteurs doivent se laver les mains avant d'entrer dans la chambre et au moment d'en sortir.</li> </ul>

\* **Soins directs** : Prestation de soins tels que donner le bain à un pensionnaire, le laver ou le tourner, changer ses vêtements ou ses pansements, lui prodiguer des soins d'incontinence, soigner ses plaies et ses lésions ouvertes ou faire sa toilette. Nourrir un pensionnaire ou pousser son fauteuil roulant n'entrent pas dans la catégorie des soins directs.

# Annexe 5 : Fiche d'information sur l'hygiène des mains conçue pour les établissements de soins de santé

## Hygiène des mains dans les lieux de soins

Basée sur les Pratiques exemplaires d'hygiène des mains

Dans les lieux de soins, l'hygiène des mains est le plus important moyen de prévenir les infections.

L'hygiène des mains est la responsabilité de l'organisation et de toutes les personnes qui participent à la prestation des soins de santé. L'hygiène des mains est essentielle pour prévenir les infections et la résistance aux antimicrobiens et assurer ainsi la sécurité des clients/patients/pensionnaires. Il existe deux méthodes pour pratiquer l'hygiène des mains :

### 1. DÉSINFECTANT POUR LES MAINS À BASE D'ALCOOL (DMBA)

L'utilisation d'un DMBA est la méthode privilégiée pour décontaminer les mains. Un DMBA fait gagner du temps et donne de meilleurs résultats que le lavage des mains (même avec un savon antibactérien) lorsque celles-ci ne sont pas visiblement souillées :

- Ces désinfectants : permettent de tuer rapidement les micro-organismes transitoires
- ont une teneur en alcool variant de 60 à 90 ; une teneur de 70 à 90 pour cent est privilégiée pour les lieux de soins
- ne doivent pas être utilisés avec de l'eau
- contiennent des émoulinants afin de réduire l'irritation de la peau
- exigent moins de temps que le lavage avec du savon et de l'eau
- doivent être utilisés après un essuie-mains si les mains sont visiblement souillées et s'il n'y a pas d'eau courante

### 2. LAVAGE DES MAINS

Il faut se laver à l'eau courante et au savon lorsque ses mains sont visiblement souillées. L'usage d'un savon antimicrobien peut être envisagé dans les secteurs de soins critiques, mais il n'est ni nécessaire ni recommandé dans les autres secteurs où des soins sont prodigués. Les pains de savon sont inacceptables dans les lieux de soins, mais les clients/patients/pensionnaires peuvent s'en servir.

#### FACTEURS QUI RÉDUISENT L'EFFICACITÉ DE L'HYGIÈNE DES MAINS

Les facteurs suivants réduisent l'efficacité de l'hygiène des mains :

**État de la peau :** Voir les *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains pour tous les lieux de soins*, section 4, du PPCMI sur les soins de la peau et parures, pour des renseignements sur le maintien de l'intégrité de la peau.

**Ongles :** Les ongles longs sont difficiles à nettoyer, peuvent percer les gants et abritent plus de microorganismes que les ongles courts. Les ongles doivent donc être propres et courts.

**Vernis à ongles :** Seul le vernis fraîchement appliqué et qui n'est ni fissuré ni écaillé est acceptable.

**Les fournisseurs de soins** ne doivent pas porter d'ongles artificiels ni de prothèses plastifiées.

**Bijoux :** Les bagues et bracelets nuisent à l'hygiène des mains. Les bagues augmentent le nombre de micro-organismes présents sur les mains et le risque de déchirement des gants. Il faut enlever ou remonter au-dessus du poignet les bijoux portés au bras, comme les montres, avant de pratiquer l'hygiène des mains.

**Produits :** Les produits doivent être distribués au moyen de contenants à pompe jetables. Afin d'empêcher la contamination, ces contenants ne devraient jamais être remplis à nouveau.



### Les Quatre Moments D'hygiène Des Mains

#### 1 Avant le premier contact avec un client/patient/résident ou avec des objets se trouvant dans son environnement

**Quand?** Au moment d'entrer dans une pièce :

- avant de toucher au client/patient/résident;
- avant de toucher un objet dans l'environnement du client/patient/résident.

**Pourquoi?** Pour protéger le client/patient/résident et son environnement contre les micro-organismes néfastes se trouvant sur les mains.

#### 2 Avant un acte aseptique

**Quand?** Immédiatement avant un acte aseptique.

**Pourquoi?** Pour protéger le client/patient/résident contre les micro-organismes néfastes, y compris ceux qu'il héberge lui-même, qui pourraient pénétrer dans son organisme.

#### 3 Après un risque d'exposition à des liquides organiques

**Quand?** Immédiatement après un risque d'exposition à des liquides organiques (et après avoir enlevé ses gants).

**Pourquoi?** Pour se protéger et protéger l'environnement de soins contre les micro-organismes néfastes qu'héberge le client/patient/résident.

#### 4 Après un contact avec un client/patient/résident ou son environnement

**Quand?** Avant de partir :

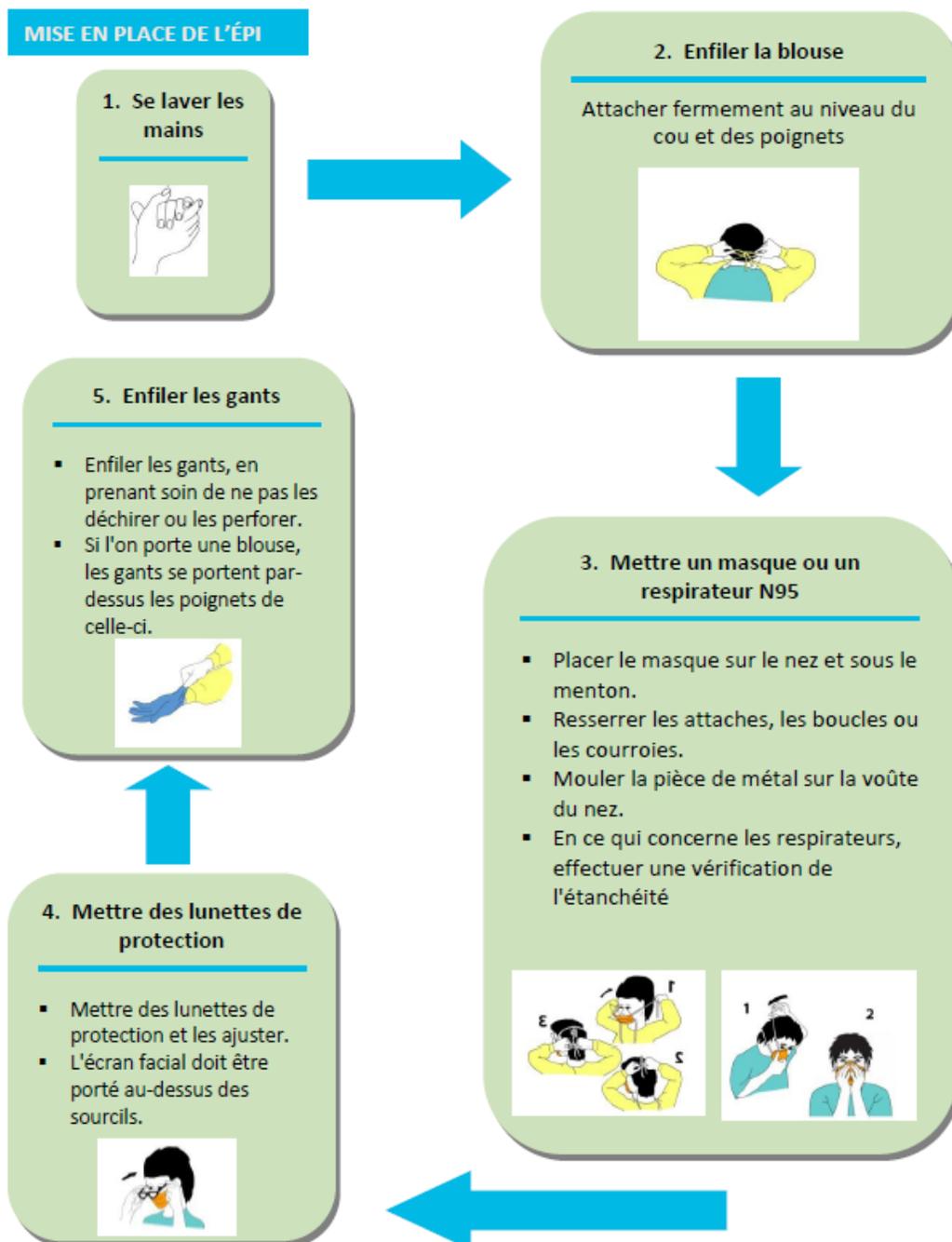
- après avoir touché le client/patient/résident ou
- après avoir touché un objet se trouvant dans l'environnement du client/patient/résident.

**Pourquoi?** Pour se protéger et protéger l'environnement de soins contre les microorganismes néfastes.

Pour plus de renseignements : [ipac@oahpp.ca](mailto:ipac@oahpp.ca)

# Annexe 6 : Étapes recommandées pour la mise en place et le retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)

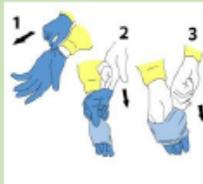
(CCPMI, 2012)



## RETRAIT DE L'ÉPI

### 1. Retirer les gants

- Retirer les gants en employant une technique qui élimine le contact de la peau avec les gants.
- Saisir le bord extérieur du gant près du poignet, puis faire glisser le gant en le retournant à l'envers.
- Passer la main dans le deuxième gant et le faire glisser.
- Mettre immédiatement les gants au rebut dans une poubelle.



### 2. Retirer la blouse

- Enlever la blouse de façon à prévenir la contamination des vêtements ou de la peau.
- En commençant avec les attaches au niveau du cou, tirer le côté extérieur « contaminé » de la blouse vers l'avant et puis la retourner vers l'intérieur, rouler les manches en boule, puis jeter la blouse immédiatement de façon à minimiser le déplacement d'air.



### 6. Se laver les mains



### 3. Se laver les mains



### 5. Retirer le masque ou le respirateur N95

- Les attaches, les boucles latérales et les courroies sont considérées comme « propres » et peuvent être touchées avec les mains.
- L'avant du masque ou du respirateur est considéré comme contaminé.
- Détacher les attaches du bas, puis celles du haut ou saisir les courroies ou les boucles latérales.
- Tirer le masque ou le respirateur vers l'avant, en se penchant vers l'avant afin de dégager le visage.
- Mettre immédiatement le masque ou le respirateur au rebut dans une poubelle.



### 4. Retirer les lunettes de protection

- Les branches des lunettes à coques et le serre-tête des écrans faciaux sont considérés comme « propres » et ils peuvent être touchés avec les mains.
- L'avant des lunettes à coques ou de l'écran facial est considéré comme contaminé.
- Retirer les lunettes de protection en manipulant uniquement les branches, les côtés ou l'arrière.
- Les jeter dans une poubelle ou dans un contenant approprié afin qu'elles soient envoyées au retraitement.
- Les lunettes de protection appartenant à l'employé qui les porte, doivent être nettoyées après chaque utilisation.



# Annexe 7 : Mise en place et retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)

\* On examinera la version anglaise du guide relatif aux épidémies de gastro-entérite à l'intention des laboratoires, notamment les directives d'utilisation de la trousse pour les épidémies entériques, avant d'en fournir une version française.

## Donning and Removal of Personal Protective Equipment

Personal protective equipment (PPE) is designed to protect health care providers in health care settings from exposure to potentially infectious material. When providing care to patients, these products protect the skin and mucous membranes of the eyes, nose, and mouth from exposure to blood, body and respiratory secretions.

Always perform hand hygiene immediately before donning and after removing PPE.

Always don your PPE before contact with patients.

### Sequence for donning PPE

- perform hand hygiene
- gown (if applicable)
- mask
- eyewear
- gloves (if applicable)

### 1. How to don a gown

- opening is in the back
- fully cover torso from neck to knees, arms to end of wrists, and wrap around the back
- secure at neck and waist
- if gown is too small, use two gowns: the first ties in front, the second ties in back

### 2. How to don a mask

- secure on head with ear loops
- place over nose, mouth, and chin
- fit flexible nose piece over bridge
- adjust fit – snug to face and below chin

### 3. How to don eye protection

- position eyewear over eyes and secure to head using ear pieces

### 4. How to don gloves

- don gloves last
- insert hands into gloves
- extend gloves over gown cuffs (if wearing gown)

### 5. How to use gloved hands

- keep gloved hands away from face
- avoid touching or adjusting other PPE
- remove gloves if they become torn; perform hand hygiene before donning new gloves
- limit surfaces and items touched

### Sequence for removing PPE

- all items must be removed and discarded carefully
- perform hand hygiene after gloves/gown removal before your hands go near your face (for removal of masks and eye protection) and after completion of PPE removal, and *any time you suspect your hands are contaminated during PPE removal.*

### 1. Glove removal

- outside of glove is 'dirty'; use glove-to-glove/skin-to-skin handling method
- grasp outside edge near wrist
- peel away from hand, turning glove inside out
- hold in opposite gloved hand
- slide ungloved finger under wrist of remaining glove
- peel off from inside, creating a bag for both gloves
- discard

### 2. Gown removal

- gown front and sleeves are 'dirty'; handle by inside/back of gown
- unfasten ties
- peel gown away from neck and shoulder
- turn contaminated outside surface toward the inside
- fold or roll into a bundle
- discard

### 3. Perform hand hygiene

### 4. Eyewear removal

- outside of eyepiece is 'dirty'; handle by earpieces
- grasp earpieces with ungloved hands
- pull away from face
- place in designated receptacle for reprocessing

### 5. Mask removal

- front of mask is 'dirty'; handle by ear-loops
- remove from face, in a downward direction, using ear-loops
- discard

### 6. Perform hand hygiene immediately after removing PPE.

### For more information:

Visit our website at [www.health.gov.on.ca/pandemic](http://www.health.gov.on.ca/pandemic) or call the Health Care Provider Hotline 1-866-212-2272. This phone line is open 24 hours a day, seven days a week.

# **Annexe 8 : Listes de vérification pour le nettoyage de la chambre d'un pensionnaire malade pendant une épidémie**

## **Liste de vérification pour le nettoyage quotidien**

Utiliser un seau, des chiffons et une tête de vadrouille propres. Toujours travailler des zones les plus propres aux zones les plus sales.

- Murs – Les examiner afin d'y relever des souillures visibles et les nettoyer au besoin.
- Nettoyer les surfaces horizontales et les surfaces « touchées » (tables, ridelles du lit, sonnette d'appel, surfaces de travail, matelas/couvertures, poignées de porte, évier, luminaires, chaises, téléphone, télécommande du téléviseur et distributeur de savon)
- Nettoyer la salle de bain, en commençant par le lavabo et en terminant par la toilette.
- Nettoyer les planchers.

## **LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE NETTOYAGE APRÈS UN CONGÉ (NETTOYAGE FINAL)**

- Enlever tous les articles utilisés ou souillés (p. ex., le contenant d'aspiration, les articles jetables).
- Enlever les rideaux avant d'entreprendre le nettoyage de la chambre.
- Jeter et remplacer les articles ci-dessous.
  - Savon
  - Papier hygiénique
  - Désinfectant pour les mains à base d'alcool
  - Boîte de gants
  - Contenant pour objets pointus et tranchants
- Utiliser des chiffons, une vadrouille, des fournitures et une solution propres pour nettoyer la chambre.
- Remplir un seau de désinfectant à la concentration suffisante.
- Vérifier si le matelas, les oreillers et les chaises sont déchirés.
- Signaler les articles endommagés à son superviseur pour les faire remplacer/réparer.

NE RÉUTILISER AUCUN CHIFFON : Utiliser plusieurs chiffons pour nettoyer la chambre. Utiliser chaque chiffon une seule fois. Ne pas retremper un chiffon dans la solution désinfectante en vue de l'utiliser à nouveau sur une autre surface s'il a déjà été utilisé.

Toujours procéder de haut en bas et des zones propres aux zones sales.

Nettoyer toutes les surfaces et prévoir un contact d'une durée appropriée du désinfectant avec les articles ci-dessous.

12. Matelas

13. Oreiller

14. Brassard de tensiomètre

15. Ridelles et commandes du lit

16. Sonnette d'appel

17. Stéthoscope et colonne

18. Indicateurs de débit

19. Tube et contenant externe d'aspiration

20. Cordon dans la salle de bain

21. Table-pont

22. Tiroirs intérieurs

23. Télécommande du téléviseur

24. Distributeur de savon

25. Poignées de porte

26. Interrupteurs d'éclairage

27. Cordon électrique des lampes

28. Chaise

29. Téléphone

30. Bien nettoyer les articles ci-dessous (et tout autre article qui pourrait être utilisé par un autre pensionnaire) avant qu'ils soient utilisés par un autre pensionnaire.

31. Chaises d'aisance/sièges de toilette surélevés

32. Fauteuils roulants

33. Moniteurs

34. Supports pour intraveineuse

Remplacer le contenant pour objets pointus et tranchants dès qu'il est plein aux deux tiers.

Nettoyer le récipient extérieur du contenant d'aspiration et le tube rouge.

Enlever le ruban de toutes les surfaces.

Laver la peau de mouton entre les pensionnaires.

Laver le drap ou le filet servant à soulever entre les pensionnaires.

## **Annexe 9 : Exemple d'affiche relative aux politiques de dépistage à utiliser pendant les épidémies**



**Évitez de propager aux autres les germes  
qui vous rendent malades**

**N'effectuez aucune visite si vous présentez  
l'un ou l'autre des symptômes suivants :**

toux;	rhume;
éternuements;	diarrhée;
fièvre;	vomissements

**Lavez-vous les mains avec du désinfectant à base d'alcool :**

- à votre arrivée;
- avant votre départ;
- après avoir toussé ou éternué ou après vous être mouché.



# **Annexe 11 : Guide de référence rapide : Épidémie soupçonnée**

La liste ci-dessous est fournie comme guide de référence rapide, pour plus de commodité. Certaines des recommandations qui y figurent peuvent nécessiter des modifications dans des situations particulières. Veuillez consulter le texte complet pour obtenir de plus amples renseignements. Mettez en œuvre toute autre mesure que votre professionnel en prévention des infections ou le bureau de santé publique concerné juge appropriée.

## **1. Aviser les services de santé publique**

Lorsqu'au moins deux cas soupçonnés de gastro-entérite se produisent en moins de 48 heures. Voici la définition d'épidémie de gastro-entérite soupçonnée : deux cas soupçonnés de gastro-entérite infectieuse dans un endroit précis, comme un établissement, une unité ou un étage, en moins de 48 heures.

## **2. Mettre en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections**

### **Isolement**

- Confiner les pensionnaires malades dans leurs chambres jusqu'à ce qu'au moins 48 heures se soient écoulées depuis la disparition de leurs symptômes.
- Interdire aux employés malades de travailler jusqu'à ce qu'au moins 48 heures se soient écoulées depuis la disparition de leurs symptômes.
- Ne transférer aucun pensionnaire en bonne santé dans une chambre qui héberge un pensionnaire malade.
- N'admettre aucun nouveau pensionnaire dans un service/étage touché par l'épidémie.
- Ne réadmettre aucun pensionnaire dont le nom n'apparaît pas sur la liste de cas liés à l'épidémie.
- On peut réadmettre des pensionnaires qui correspondent à la définition de ce que constitue un cas.
- Suspendre les rencontres de groupe et autres activités prévues dans la zone touchée par l'épidémie.
- Aviser les établissements (dont les hôpitaux), les SMU et les personnes ou les organismes indiqués à la section 4.2.5.
- Regrouper le personnel de soins infirmiers en cohortes ou utiliser d'autres pratiques semblables, afin de réduire le risque de propagation des pensionnaires malades aux pensionnaires en bonne santé.

## Protection individuelle

- Afficher des panneaux qui informent les visiteurs de l'épidémie et qui leur indiquent les précautions appropriées à prendre.
- Porter des gants lorsqu'on prodigue des soins à un pensionnaire qui souffre d'incontinence anale et qui s'est souillé et a souillé son environnement.
- Porter une blouse si le risque de souiller ses vêtements est élevé.
- Porter un masque et des lunettes à coques ou un écran facial pour se protéger des éclaboussures si un pensionnaire souffre d'une diarrhée explosive ou de vomissements en jet.
- Les personnes qui nettoient des surfaces fortement contaminées par des vomissures ou des matières fécales doivent porter un masque chirurgical.
- Passer en revue toutes les procédures d'hygiène des mains avec tous les membres du personnel, sans oublier les bénévoles.
- Environnement – Voir l'annexe 12 pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.
- Accroître la fréquence du nettoyage de base. Présumer que toutes les surfaces fréquemment touchées – poignées de porte, ridelles de lit, boutons d'ascenseur, tables, comptoirs, etc. – sont contaminées.
- Dans la mesure du possible, réserver du matériel à chaque pensionnaire qui présente des symptômes. Si du matériel doit être utilisé par plusieurs pensionnaires, le nettoyer et le désinfecter entre les utilisations par des pensionnaires différents.
- Nettoyer le matériel, puis le désinfecter ou le jeter avant qu'on le sorte de la chambre du pensionnaire.
- Nettoyer et désinfecter rapidement les surfaces qui ont été éclaboussées par des vomissures ou des matières fécales.
- Dans le cas où l'on nettoie des vomissures et des matières fécales, on peut réduire le risque de contracter une infection en :
  - portant des gants jetables (ce qui est recommandé);
  - épongeant l'excès de liquide à l'aide de serviettes en papier et en glissant celles-ci et toute matière solide directement dans un sac à ordures en plastique;
  - nettoyant la surface souillée avec du savon et de l'eau chaude. Ne pas réutiliser un chiffon ou une éponge pour le nettoyage d'autres surfaces, car cela peut propager le virus;
  - mettant les chiffons de nettoyage et les gants jetables dans un sac à ordures en plastique;
  - se lavant les mains adéquatement avec du savon et de l'eau chaude pendant au moins 15 secondes.

- Référence : <http://www.bchealthguide.org/healthfiles/hfile87.stm>.
- Prendre des précautions pour éviter de produire des éclaboussures ou des aérosols pendant le nettoyage.
- Recouvrir immédiatement tout déversement à l'aide de serviettes en papier jetables sèches.
- Porter du matériel de protection individuelle (soit des gants et une blouse, ainsi qu'un masque si l'on s'attend à ce qu'il y ait des éclaboussures).
- Nettoyer la surface visée à l'aide de serviettes en papier jetables afin d'enlever toutes les vomissures et les fèces, puis jeter celles-ci dans une poubelle revêtue de plastique.
- Enlever toute trace de matière organique de la surface avant de la désinfecter. Puis, désinfecter la surface avec une solution d'hypochlorite fraîchement préparée (contenant un volume de javellisant et neuf volumes d'eau), du peroxyde d'hydrogène accéléré ou du désinfectant hospitalier. Les nettoyeurs ménagers autres que le javellisant s'avèrent inefficaces contre la plupart des virus qui causent des vomissements et de la diarrhée.
- Prévoir un temps de contact adéquat, essuyer la surface, enlever le matériel de protection individuelle et se laver les mains.
- Nettoyer les moquettes et les meubles couverts de tissu qui sont contaminés avec de l'eau chaude et du détergent ou à la vapeur. Le nettoyage par aspiration n'est pas recommandé.
- Procéder au nettoyage final de l'environnement du pensionnaire lorsque ce dernier ne présente plus de symptômes de gastro-entérite depuis au moins 48 heures.
- Manipuler le moins possible le linge souillé (en l'agitant le moins possible) et le transporter dans des sacs fermés avant de le laver et de le sécher.

### **Surveillance**

- Assurer une surveillance approfondie et maintenir à jour des listes (voir les annexes 11 et 14).
- Signaler quotidiennement les changements aux listes, dont l'ajout de nouveaux cas, aux bureaux de santé publique.
- Mettre à jour la définition d'un cas, au besoin.
- Prélever des échantillons de selles à l'aide de trousse pour les épidémies fournies par les bureaux de santé publique (voir l'annexe 8).
- En informer les bureaux de santé publique lorsqu'on dispose d'échantillons qui sont prêts à être expédiés.
- À moins d'indication contraire des bureaux de santé publique, réfrigérer les échantillons (à une température de 4 °C) jusqu'au moment de leur expédition.

## Annexe 12 : Étapes de la prévention et de la gestion d'une épidémie de gastro-entérite

Étape	Élément
1. Élaboration de politiques de prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration de politiques</li> <li>• Mesures générales</li> <li>• Aliments</li> <li>• Pratiques de base et précautions supplémentaires</li> <li>• Comités de prévention et de contrôle des infections</li> <li>• Sensibilisation</li> <li>• Pratiques de manipulation des aliments</li> </ul>
2. Préparation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation à l'épidémie</li> </ul>
3. Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance</li> </ul>
4. Établissement d'un cadre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détection d'une épidémie</li> <li>• Définition de cas de gastro-entérite infectieuse</li> <li>• Définition d'épidémie</li> <li>• Définition d'épidémie de gastro-entérite soupçonnée</li> <li>• Définition d'épidémie de gastro-entérite</li> </ul>
5. Gestion de l'épidémie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluation de l'épidémie</li> <li>2. Mise en œuvre de mesures générales de contrôle de l'épidémie</li> <li>3. Consultation du bureau de santé publique</li> <li>4. Signalement de l'épidémie</li> <li>5. Envoi d'un avis aux personnes/organismes appropriés</li> <li>6. Convocation d'une première réunion de l'équipe de gestion des épidémies</li> <li>7. Surveillance continue de l'épidémie</li> <li>8. Déclaration de la fin de l'épidémie</li> <li>9. Rédaction du dossier d'enquête sur l'épidémie</li> <li>10. Examen de l'épidémie</li> </ol>

# Annexe 13 : Formulaire type de liste simple pour les épidémies de gastro-entérite

Image 6. Formulaire type de liste simple

Liste de membres du personnel :  Date de signalement au bureau de santé : \_\_\_\_\_ Outbreak: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_  
 Liste de pensionnaires :  Date de manifestation du premier cas : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Personne-ressource : \_\_\_\_\_  
 Agent causal isolé : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Enquêteur en santé publique : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Définition de cas : \_\_\_\_\_

#	Nom de famille	Prénom	Âge	Profession ou chambre	Occupation/Room	Alimentation	Date d'apparition des symptômes	Symptômes *** (Utilisez légende en dessous)					Spécimen			Hospitalisation (date)	Décès (date)	Commentaires
													Date	Catégorie	Résultats			

\* Hospitalisé : admis à l'hôpital en raison de l'épidémie; consignez les autres hospitalisations dans la colonne Commentaires.

\*\*\* **Symptoms:**

- D = Diarrhée    C = Crampes adominables
- N = Nausées    V = Vomissements
- M = Maux de tête    F = Fièvre

Notez nom qu'une seule fois sur le formulaire d'inscription en ligne.

# **Annexe 14 : Énoncé de position : Durée d'exclusion recommandée pour les cas associés aux épidémies à norovirus et situations dans lesquelles il convient de signaler la fin de celles-ci**

Unité des maladies entériques et zoonotiques et des maladies à transmission vectorielle

Division de la santé publique

Direction de la protection de la santé publique et de la prévention

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Septembre 2010

## **Remerciements**

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tient à souligner la participation du comité d'experts qui a élaboré la présente annexe.

## **Comité d'experts**

### **D<sup>re</sup> Allison McGeer**

*Microbiologiste et consultante en maladies infectieuses*

Hôpital Mount Sinai

### **Ken Brown**

*Directeur, Division du contrôle des maladies infectieuses*

Services de santé de la région de York

### **Amy Chiu**

*Inspectrice principale de la santé publique*

Services de santé de la région de York

### **D<sup>re</sup> Irene Armstrong**

*Médecin hygiéniste adjointe*

Bureau de santé publique de Toronto

### **Danielle Steinman**

*Directrice, Division des maladies transmissibles*

Bureau de santé publique de la région de Peel

### **Debbie Valackis**

*Spécialiste en contrôle des infections, Division des maladies transmissibles*

Bureau de santé publique de la région de Peel

**Joseph Lam**

*Superviseur, gestion des éclosions*  
Santé publique Ottawa

**Anne-Luise Winter**

*Épidémiologiste principale, Surveillance et épidémiologie*  
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

**D<sup>r</sup> Dean Middleton**

*Épidémiologiste principal en santé publique*  
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

**Yvonne Whitfield**

*Conseillère principale en programmes, Direction de la protection de la santé publique et de la prévention*  
Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**D<sup>re</sup> Erika Bontovics**

*Directrice, Direction de la protection de la santé publique et de la prévention*  
Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**Autres participants**

**Lisa Fortuna**

**Chef d'équipe, Unité des maladies entériques et zoonotiques et des maladies à transmission vectorielle**

Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**D<sup>r</sup> Mark P. Nelder**

*Conseiller principal en programmes, Direction de la protection de la santé publique et de la prévention*  
Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

## Contexte

Au cours des dernières années, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a reçu de nombreuses requêtes de la part des bureaux de santé publique dans lesquelles on demandait de prolonger, dans les milieux à risque élevé, la période d'exclusion (celle qui suit la disparition des symptômes) du personnel malade soupçonné d'être atteint d'un norovirus pour la faire passer de 48 à 72 heures. De plus, on a demandé au MSSLD de préciser le délai à respecter avant de signaler la fin d'une épidémie à norovirus.

Bien que les infections à norovirus soient généralement bénignes et spontanément résolutives, elles ont déjà causé des décès et des complications. Les personnes les plus souvent touchées par ces infections sont les personnes âgées qui vivent en établissement, ce qui met en lumière la nécessité d'adopter une démarche uniforme pour gérer les épidémies à norovirus.

## État actuel de la situation

À l'heure actuelle, la plupart des territoires de compétence se fondent sur des données probantes recueillies dans la documentation scientifique et sur des décisions prises par des groupes de travail pour élaborer leurs lignes directrices et leurs recommandations de pratiques exemplaires à l'égard des infections à norovirus. Bon nombre de bureaux de santé publique ontariens prescrivent actuellement une période d'exclusion de 48 heures. Quant aux critères utilisés pour signaler la fin d'une épidémie, ils varient d'un territoire de compétence à l'autre en Ontario, le délai de signalement à respecter après la disparition des symptômes chez le dernier pensionnaire infecté se situant entre deux et six jours. Les discussions menées sur le sujet, ainsi que la variabilité des critères établis, mettent en lumière la nécessité que le MSSLD examine les recommandations et que l'on élabore une déclaration de principes qui pourra être appliquée uniformément partout en Ontario.

## Période d'exclusion

### Résumé de la documentation connexe et examen de certains territoires de compétence

La plupart des ouvrages antérieurs à 1994 indiquent que l'excrétion du norovirus survient jusqu'à 48 à 72 heures après la guérison (disparition des symptômes), mentionnant des périodes de 24 à 48 heures<sup>3</sup>, de 48 heures<sup>4,5</sup> et de 48 à 72 heures<sup>6</sup>. Selon ces données, la période d'exclusion standard après la disparition des symptômes pour les cas d'infection à norovirus qui surviennent dans les milieux à risque élevé est de 48 heures<sup>7,8</sup>. Les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers, les établissements de restauration et les garderies constituent des milieux à risque élevé.

Les ouvrages postérieurs à 1994 indiquent que l'excrétion du norovirus survient après la période de 48 à 72 heures traditionnellement indiquée, mentionnant une période de 10 jours<sup>9</sup> et une période d'environ 14 jours, principalement en raison du fait que l'on dispose maintenant de méthodes d'analyse en laboratoire plus sensibles<sup>10</sup>. Dans une étude réalisée par Robert L. Atmar et plusieurs collaborateurs, l'emploi de la méthode PCR-CDNA après l'infection expérimentale de sujets humains a permis de détecter des particules du virus dans des échantillons de selles 18 heures après l'inoculation et celles-ci sont demeurées en vie pendant quatre à huit semaines (valeur médiane)<sup>11</sup>. Bien que l'excrétion du virus puisse se produire sur une période prolongée, surtout chez les personnes immunodéficientes, la charge virale maximale des selles est plus élevée dans les 25 à 72 premières heures suivant l'inoculation<sup>12</sup>. Cependant, aucun lien n'a été établi entre la quantité de virus éliminée et la transmissibilité; cette question nécessite d'autres études<sup>13</sup>.

La plupart des territoires de compétence examinés prescrivent une période d'exclusion de 48 heures. Cette politique est acceptée partout au Canada, notamment en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador. Aux États-Unis, la période d'exclusion prescrite varie d'un territoire à l'autre, se chiffrant à 24 heures en Californie, à 48 heures au Wisconsin et à 72 heures en Floride. Parallèlement, l'Australie, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis comptent parmi les pays qui prescrivent une période d'exclusion de 48 heures. Bien que la plupart des territoires de compétence prescrivent une période d'exclusion de 48 heures, peu d'entre eux orientent leurs politiques en fonction de la documentation scientifique.

### **Période d'exclusion recommandée**

Il faut exclure le personnel qui présente des symptômes associés à une épidémie à norovirus au moins jusqu'à ce que 48 heures se soient écoulées depuis la disparition de ceux-ci.

Personnel – Personnes qui, dans un établissement, mènent des activités qui les mettent en contact avec des pensionnaires. Il s'agit notamment des fournisseurs de soins de santé, des personnes qui offrent des services de soutien, comme l'entretien des lieux, des préposés à la manutention d'aliments, des bénévoles et des travailleurs contractuels.

## **Signalement de la fin d'une épidémie à norovirus**

### **Résumé de la documentation connexe et examen de certains territoires de compétence**

La documentation scientifique qui traite du délai à respecter avant de signaler la fin d'une épidémie à norovirus est bien maigre et très peu de recommandations sont

fondées sur celle-ci. On peut donc présumer que les territoires de compétence formulent la plupart de leurs recommandations en fonction des conseils de leurs experts et de leurs groupes de travail respectifs. L'Organisation mondiale de la Santé recommande de signaler la fin d'une épidémie lorsque le nombre de nouveaux cas est revenu au niveau de référence<sup>14</sup>.

Le délai à respecter avant de signaler la fin d'une épidémie à norovirus varie considérablement d'un territoire de compétence à l'autre. En Ontario, les bureaux de santé publique prescrivent des délais de deux à six jours. En Colombie-Britannique, Fraser Health et le réseau provincial de contrôle des infections de la Colombie-Britannique signalent la fin d'une épidémie à norovirus après que trois jours se soient écoulés depuis la disparition des symptômes chez le dernier pensionnaire infecté.

### **Recommandations relatives au signalement de la fin d'une épidémie à norovirus**

Habituellement, dans le cas des autres maladies, on signale la fin de l'épidémie une fois qu'une période d'incubation et qu'une période de transmissibilité se sont écoulées sans que l'on détecte de nouveaux cas. Selon ce processus, on peut signaler la fin d'une épidémie à norovirus lorsqu'aucun nouveau cas n'a été détecté depuis une période de cinq jours (comprend une période d'incubation de deux jours et une période de transmissibilité de trois jours). Le cas échéant, le bureau de santé publique peut modifier les critères de signalement de la fin d'une épidémie à norovirus, en collaboration avec l'équipe de gestion des épidémies.

Remarque : Il incombe au médecin hygiéniste ou à la personne désignée de signaler la fin d'une épidémie à norovirus et cette tâche doit être fondée sur l'épidémiologie et sur l'évaluation des risques réalisée. Pour qu'une épidémie puisse être déclarée terminée, les données probantes épidémiologiques doivent indiquer qu'elle est maîtrisée, que les mesures de prévention et de contrôle des infections ont été appliquées et respectées comme il se doit et que le nombre de cas a diminué jusqu'au niveau de référence. De plus, il faut que l'évaluation des risques réalisée appuie le fait que l'atténuation de certaines des mesures de contrôle ne prolongera pas l'épidémie et ne compromettra pas le bien-être des pensionnaires/patients, des visiteurs et du personnel. Dans le cas des épidémies à norovirus qui surviennent dans les foyers de soins de longue durée, la décision de signaler la fin d'une épidémie doit être conforme aux recommandations énoncées dans le document intitulé *A Guide to the Control of Gastroenteritis Outbreaks in Long-Term Care and Retirement Home Settings* (MSSLD, 2010), qui est en attente de publication. Si des symptômes de la gastro-entérite se manifestent chez une personne pendant la période de cinq jours, il convient de déterminer s'il s'agit d'un cas isolé ou s'il est lié à d'autres cas.

## Bibliographie

1. Agence de la santé publique du Canada. *Provincial/Territorial enteric outbreaks in Canada, 1996-2003*, pp. 31 à 37, juin 2006.
2. Centers for Disease Control and Prevention. *Norovirus in healthcare facilities: general information*, Division of Healthcare Quality Promotion, décembre 2006.
3. WHITE, K.E., M.T. OSTERHOLM, J.A. MARIOTTI, J.A. KORLATH, D.H. LAWRENCE, T.L. RISTINEN et H.B. GREENBERG. « A food borne outbreak of Norwalk virus gastroenteritis. Evidence for post-recovery transmission », *American Journal of Epidemiology*, vol. 124 (1986), pp. 120 à 126.
4. REID, J.A., E.O. CAUL, D.G. WHITE et S.R. PALMER. « Role of infected food handler in hotel outbreak of Norwalk-like viral gastroenteritis: implications for control », *Lancet*, vol. 2 (1988), pp. 321 à 323.
5. PATTERSON, T., P. HUTCHINGS et S. PALMER. « Outbreak of SRSV gastroenteritis at an international conference traced to food handled by a post-symptomatic caterer », *Epidemiology and Infection*, vol. 111 (1993), pp. 157 à 162.
6. THORNHILL, T.S., A.R. KALICA, R.G. WYATT, A.Z. KAPIKIAN et R.M. CHANOCK. « Pattern of shedding of the Norwalk particles in stools during experimentally induced gastroenteritis in volunteers as determined by immune electron microscopy », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 132 (1975), pp. 28 à 34.
7. American Public Health Association. *Control of communicable diseases manual*, 18<sup>e</sup> édition, Heyman, D. (éditeur), Washington, D.C., États-Unis, 2004.
8. American Academy of Pediatrics. « Caliciviruses », Pickering, L.K., C.J. Baker, S.S. Long et J.A. McMillan (éditeurs), *Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27<sup>e</sup> édition. Elk Grove Village (Illinois), 2006.
9. PARASHAR, U.D., L. DOW, R.L. FANKHAUSER, C.D. HUMPHREY, J. MILLER, T. ANDO, K.S. WILLIAMS, C.R. EDDY, J.S. NOEL, T. INGRAM, J.S. BRESEE, S.S. MONROE et R.I. GLASS. « An outbreak of viral gastroenteritis associated with consumption of sandwiches: implications for the control of transmission by food handlers », *Epidemiology and Infection*, vol. 121 (1998), pp. 615 à 621.
10. DANIELS, N.A., D.A. BERGMIRE-SWEAT, K.J. SCHWAB, K.A. HENDRICKS, S. REDDY, S.M. ROWE, R.L. FANKHAUSER, S.S. MONROE, R.L. ATMAR, R.I.

GLASS et P. MEAD. « A foodborne outbreak of gastroenteritis with Norwalk-like viruses: first molecular traceback to deli sandwiches contaminated during preparation », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 181 (2000), pp. 1467 à 1470.

11. ATMAR, R.L., A.R. OPEKUM, M.A. GILGER, M.K. ESTES, S.E. CRAWFORD, F.H. NEILL et D.Y. GRAHAM. « Norwalk virus shedding after experimental human infection », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 14 (2008), pp. 1553 à 1557.
12. GRAHAM. D.Y., X. JIANG, T. TANAKA, A.R. OPEKUN, H.P. MADORE et M.K. ESTES. « Norwalk virus infection of volunteers: new insights based on improved assays », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 170 (1994), pp. 34 à 43.
13. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for the Prevention and Control of Norovirus Gastroenteritis Outbreaks in Healthcare Settings*, Division of Healthcare Quality Promotion, juin 2010.
14. Organisation mondiale de la Santé. *Foodborne disease outbreaks: guidelines for investigation and control*. Éditions de l'OMS, Genève (Suisse), 2008.

# Annexe 15 : Exemple d'algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'épidémie

Image 7. Exemple d'algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'épidémie (1)

## Transferts et retours de patients entre les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux lors d'épidémies

Le retour de résidents dans un foyer de soins de longue durée (FSLD) pendant les épidémies est généralement limité afin d'éviter d'exposer les sujets réceptifs à des infections respiratoires comme la grippe et à des infections gastro-intestinales comme celles provoquées par les norovirus. Les retours dans les FSLD ne sont pas automatiquement interdits. Ils doivent cependant être évalués soigneusement en fonction de la sécurité et de la qualité de vie des résidents, ainsi que de la capacité du système.

L'exemple d'algorithme fourni ici résume les travaux effectués dans le sud-ouest, le sud-est et le centre-est de l'Ontario en collaboration avec tous les organismes partenaires pertinents. Cet outil fournit un aperçu du processus et des facteurs dont il faut tenir compte dans la prise de décisions au sujet du retour des résidents à leur foyer de soins de longue durée après un séjour à l'hôpital. Il décrit les occasions de dialogue entre les partenaires du système concernés par les soins aux résidents : les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux, les bureaux de santé publique, les médecins et, bien entendu, les résidents eux-mêmes.

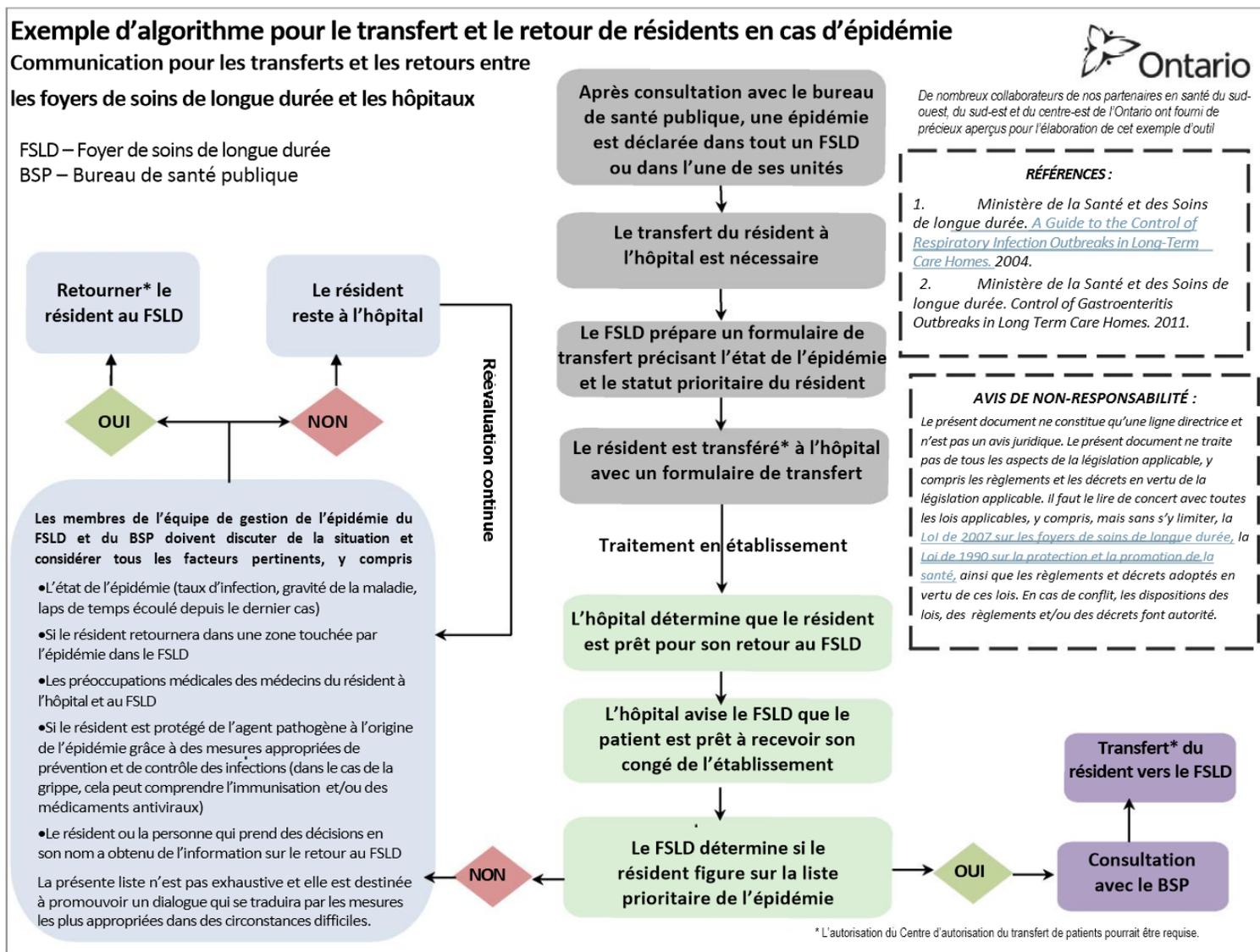
L'exemple d'algorithme fourni ici peut être utilisé ou adapté par les intervenants de toute la province qui n'ont peut-être pas documenté leurs processus et leurs considérations en ce qui concerne les transferts et les retours de patients entre les FSLD et les hôpitaux durant une épidémie. Il est destiné à promouvoir le dialogue au sujet des considérations clés. Les utilisateurs de cet exemple d'algorithme peuvent le modifier au besoin pour refléter leurs pratiques locales, mais ils doivent le faire en consultation avec les partenaires pertinents.

Pour de plus amples renseignements, les FSLD peuvent assurer un suivi auprès de leur réseau régional de contrôle des infections et de leur bureau de santé publique, ou consulter le document [Guide to the Control of Respiratory Infection Outbreaks in Long-Term Care Homes](#).

18 janvier 2013



Image 8. Exemple d'algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'épidémie (2)



## Annexe 16 : Épidémiologie de certains pathogènes associés aux épidémies de gastro-entérite

AGENT(S)	CARACTÉRISTIQUE(S) ÉPIDÉMIOLOGIQUE(S)	PÉRIODE D'INCUBATION	SYMPTÔMES
<b>Bactérie(s)</b>			
<i>Bacillus cereus</i>	Cause bien connue d'intoxication alimentaire	1 à 6 heures si les vomissements s'avèrent prédominants (intoxication) ou 6 à 24 heures si la diarrhée s'avère prédominante (infection).	Intoxication caractérisée par des nausées et des vomissements soudains dans certains cas ou par une colique et de la diarrhée dans d'autres cas.

AGENT(S)	CARACTÉRISTIQUE(S) ÉPIDÉMIOLOGIQUE(S)	PÉRIODE D'INCUBATION	SYMPTÔMES
<p><i>Campylobacter</i>, espèces de</p> <p><i>E. coli</i> vérotoxigène (dont la souche 0157:H7)</p> <p><i>E. coli</i> entérotoxigène</p> <p><i>E. coli</i> entérotoxigène</p> <p><i>E. coli</i> entéroenvahissant</p> <p>Espèces de salmonelle</p> <p>Espèces de <i>Shigella</i></p> <p><i>Vibrio cholera</i> et autres espèces</p> <p><i>Yersinia enterocolytica</i> et autres espèces</p>	<p>L'incidence se trouve généralement à son plus haut niveau au printemps et en été.</p>	<p>Varie selon l'organisme; se situe en moyenne entre 6 heures et quelques jours.</p>	<p>Troubles gastro- intestinaux (la présence de sang dans les selles peut être associée aux espèces <i>Campylobacter</i> et à certaines souches d'<i>E. coli</i> entérotoxigène, dont la souche O157:H7)</p>
<p><i>Clostridium botulinum</i></p>	<p>Le botulisme humain est une intoxication grave, mais relativement rare, causée par de puissantes toxines préformées produites par la bactérie <i>Clostridium botulinum</i>.</p>	<p>Des symptômes neurologiques se manifestent généralement dans un délai de 12 à 36 heures.</p>	<p>Les symptômes et les signes initiaux consistent en de la fatigue, de la faiblesse et des vertiges et sont généralement suivis par un embrouillement de la vision, de la sécheresse buccale et des difficultés à avaler et à parler.</p>
<p><i>Clostridium difficile</i></p>	<p>Une des principales causes de diarrhée nosocomiale dans les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers</p>	<p>Variable</p>	<p>Diarrhée aqueuse, fièvre, perte d'appétit, nausée et douleur/sensibilité abdominale</p>

AGENT(S)	CARACTÉRISTIQUE(S) ÉPIDÉMIOLOGIQUE(S)	PÉRIODE D'INCUBATION	SYMPTÔMES
<i>Clostridium perfringens</i>	Cause bien connue d'intoxication alimentaire	≈ 10 à 12 heures	Troubles intestinaux caractérisés par une colique soudaine suivie par de la diarrhée; présence fréquente de nausées ; absence de vomissements et de fièvre (généralement).
<i>Staphylococcus aureus</i>	Toxine préformée	≈ 2 à 4 heures	Intoxication soudaine se manifestant parfois violemment, mettant en présence des nausées graves, des crampes, des vomissements et de la prostration, et souvent accompagnée de diarrhée.
<b>Parasite(s)</b>			
<i>Cryptosporidium parvum</i>	Présence mondiale	Pas précisément connue; on estime qu'elle se situe entre 1 et 12 jours et qu'elle est de 7 jours en moyenne.	Diarrhée et douleur abdominale; plus graves chez les patients immunodéficients (peuvent durer jusqu'à 30 jours).
<i>Cyclosporacayetanensis</i>	Présence mondiale; en Ontario, les épidémies sont d'origine alimentaire.	≈ 7 jours	Diarrhée aqueuse, anorexie, perte de poids, crampes abdominales et flatulences (peuvent durer jusqu'à 4 semaines).

AGENT(S)	CARACTÉRISTIQUE(S) ÉPIDÉMIOLOGIQUE(S)	PÉRIODE D'INCUBATION	SYMPTÔMES
<i>Parasite lamblia</i>	Présence mondiale; la prévalence est forte dans les garderies où les enfants n'ont pas encore terminé l'apprentissage de la propreté.	3 à 5 jours; valeur médiane : 7 à 10 jours	Diarrhée chronique, crampes abdominales, ballonnements et perte de poids (durent 2 à 6 semaines).
<b>Virus</b>			
Adénovirus entériques (types 40 et 41)	Présents toute l'année; plus courants chez les jeunes enfants.	5 à 10 jours	Diarrhée aqueuse, vomissements et fièvre (durent 1 à 7 jours).
Astrovirus	Présent toute l'année; infecte surtout les jeunes enfants et les personnes âgées.	1 à 2 jours	Diarrhée (dure 1 à 14 jours).
Calicivirus (dont les virus semblables à Norwalk et les sapovirus)	Présents l'hiver et au début du printemps; constituent la cause la plus courante de diarrhée chez les adultes.	1 à 2 jours	Diarrhée, vomissements et fièvre (durent 24 à 60 heures).
Entérovirus	Présent en fin d'été et l'automne; plus courant chez les nourrissons et les jeunes enfants.	3 à 7 jours	Diarrhée, éruptions cutanées, faible fièvre (peuvent durer jusqu'à 14 jours).
Rotavirus	Présent l'hiver et au début du printemps; infecte surtout les enfants; peut causer des épidémies dans les maisons de soins infirmiers.	2 à 3 jours	Fièvre, vomissements et diarrhée (durent 3 à 9 jours).

AGENT(S)	CARACTÉRISTIQUE(S) ÉPIDÉMIOLOGIQUE(S)	PÉRIODE D'INCUBATION	SYMPTÔMES
Autres virus (dont le torovirus et les picobimavirus)	N'ont pas fait l'objet d'une étude approfondie; infectent les enfants et les adultes, dont les personnes immunodéficientes.	N'a pas été clairement établie.	Diarrhée aiguë et persistante chez les enfants

