

# Établissements de soins de longue durée

Date de publication : juin 2024

Série préparatoire en vue de la certification en prévention des infections dans les établissements de soins de longue durée

## Sources

- Le contenu de ce module repose sur des ressources produites par l'Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) et utilisées avec sa permission :
  - APIC Learning System for LTC-CIP™;
  - APIC Text en ligne.

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). APIC Learning System for LTC-CIPTM, book 1. Washington, DC: APIC; 2023.

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). APIC Text [En ligne]. Washington, DC: APIC; 2023 [cite le 14 févr. 2024]. Disponible à : <https://text.apic.org/>

# Contenu de l'examen

- 1. Établissements de soins de longue durée (15 éléments)**
2. Gestion et communication du programme de prévention des infections (16 éléments)
3. Identification des maladies infectieuses (18 éléments)
4. Surveillance et enquêtes épidémiologiques (24 éléments)
5. Prévention et contrôle des maladies infectieuses et transmissibles (24 éléments)
6. Milieu de soins (18 éléments)
7. Nettoyage, désinfection et stérilisation de l'équipement et des appareils médicaux (15 éléments)
8. Gestion des antimicrobiens (11 éléments)
9. Hygiène professionnelle et santé au travail (9 éléments)

# Objectifs d'apprentissage

Voici les principaux sujets abordés dans cette séance de révision :

1. Les principes de base de l'éthique et la façon dont ils influencent les pratiques et les décisions en matière de PCI dans les foyers de soins de longue durée (FSLD)
2. Les avantages et les risques associés aux rassemblements communautaires de résidents
3. L'influence du processus normal du vieillissement sur le risque d'infections dans une population en FSLD et les stratégies de prévention et de contrôle des infections (PCI) requises pour réduire le risque
4. Les considérations spéciales relatives aux programmes de PCI et aux populations en FSLD

## Principes de base

- Les FSLD regroupent divers types d'établissements (p. ex., maisons de soins infirmiers, centres de soins pour personnes en perte d'autonomie) qui fournissent des soins et du soutien aux personnes qui ne peuvent pas vivre de façon autonome ou qui ont des problèmes de santé chroniques.
- Les FSLD fournissent un foyer aux résidents, ce qui crée des défis uniques en matière de PCI :
  - Risque d'infections lié à l'âge
  - Complications médicales variées
  - Nécessité d'équilibrer les besoins des résidents et les considérations en matière de PCI
- Les FSLD peuvent aussi offrir des services de soins personnels, comme des soins podologiques, dentaires, esthétiques et optiques.



# Principes éthiques

# Principes éthiques dans les FSLD (1/5)

## 1. Bienfaisance

- Mettre en place des pratiques et activités de soins axées sur le bien-être des résidents.

## 2. Non-malfaisance

- Éviter les pratiques et les activités de soins qui causent des préjudices aux résidents.
- Fournir des soins dans le but de garder les résidents dans l'établissement et éviter les transferts à l'hôpital.
- Éviter les examens et traitements inutiles s'ils ne sont pas susceptibles d'améliorer le bien-être ou la survie.

## Principes éthiques dans les FSLD (2/5)

### 3. Futilité des traitements

- Éviter les traitements qui ne correspondent pas aux souhaits et aux objectifs des résidents.
- Éviter les traitements qui n'offriraient aucun avantage.
- Le médecin doit offrir de l'information et des options de traitement aux résidents et aux familles en plus d'appuyer la prise de décisions éclairée.

### 4. Confidentialité

- Les résidents ont droit à une confidentialité absolue.
- Il faut se conformer à toutes les lois relatives à la protection de la vie privée et à la communication de renseignements aux autorités de santé publique.



# Principes éthiques dans les FSLD (3/5)

## 5. Autonomie et consentement éclairé

- Les résidents ont le droit d'être informés des avantages et des limites des tests de dépistage et des traitements, et de refuser des examens et des traitements (autodétermination).
- Il faut faire appel aux mandataires spéciaux lorsque :
  - le résident n'a pas la capacité de prendre des décisions et on ne connaît pas ses volontés;
  - le résident réclame la participation du mandataire spécial, même si le résident est capable de prendre ses décisions par lui-même.
- Les décisions d'un résident ne seront pas respectées dans les cas suivants :
  - le résident présente une demande illégitime;
  - le résident présente une demande ou prend une décision qui compromet la santé et la sécurité d'autrui.

## Principes éthiques dans les FSLD (4/5)

### 6. Relation médecin-résident

- La relation entre le médecin (et les autres fournisseurs de soins) et les résidents doit reposer sur la confiance, la fidélité, la confidentialité et l'intention de protéger les résidents contre tout préjudice.

### 7. Franchise

- Il faut utiliser un langage clair, franc et neutre pour communiquer l'information aux résidents afin d'en favoriser la compréhension et d'appuyer la prise de décisions.

### 8. Justice

- Les ressources et les traitements doivent être dispensés de façon équitable.
- Les décisions doivent être prises de façon objective.

# Principes éthiques dans les FSLD (5/5)

## 9. Non-abandon

- Lorsqu'une relation a été établie, le médecin et les autres fournisseurs de soins de santé ne doivent pas abandonner le résident sans préavis adéquat et sans l'aider à prendre d'autres dispositions concernant la prestation de soins.
- Les conflits entre le médecin, les autres fournisseurs de soins de santé et le résident peuvent être portés à l'attention d'une autorité compétente (p. ex., un comité d'éthique ou un organisme gouvernemental approprié).

## 10. Ressources limitées

- Lorsque les ressources pour les soins de santé sont limitées, les décisions relatives à la répartition des ressources et des traitements doivent être prises avec un souci d'équité et d'objectivité.

## Autres considérations éthiques

- Les résidents peuvent avoir des directives préalables.
  - Instructions écrites portant sur la prestation de soins lorsque le résident n'est pas apte à prendre des décisions
  - Participation des mandataires spéciaux aux discussions et aux décisions
- Les résidents ont le droit de limiter la divulgation de leurs renseignements personnels de santé.
  - La divulgation est autorisée aux fins suivantes :
    - traitement à l'appui de la prestation de soins ou de la prévention (p. ex., mesures de PCI mises en œuvre durant une éclosion, comme les précautions contre la transmission par contact);
    - soutenir la communication nécessaire entre deux établissements (p. ex., transfert d'un résident aux prises avec une infection transmissible dans un autre établissement).

# Considérations éthiques relatives aux précautions liées aux modes de transmission

- L'environnement d'un FSLD doit être aussi peu restrictif que possible.
- Les précautions liées aux modes de transmission peuvent inclure des pratiques restrictives comme les suivantes :
  - Regrouper les résidents infectés ou ceux qui ne le sont pas
  - Restreindre les activités et la prise des repas aux chambres des résidents
  - Restreindre les visites et les sorties
- Le recours aux précautions liées aux modes de transmission doit tenir compte des besoins psychosociaux des résidents et peut nécessiter des ajustements (par rapport au recours plus strict à ces précautions dans les établissements de soins actifs).
  - P. ex., alors que les résidents colonisés par des organismes multirésistants peuvent sortir de leur chambre pour participer aux activités, ceux atteints d'une infection (p. ex., une plaie suppurante qui ne peut pas être couverte) peuvent être en isolement dans leur chambre.

## Soutenir les normes éthiques

- Les FSLD peuvent avoir des comités d'éthique en mesure de soutenir les pratiques éthiques :
  - en participant à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et procédures
  - en servant de ressource d'information et pour répondre à des questions liées à l'éthique.



## Rassemblements communautaires

## Rassemblements communautaires (1/2)

- Les précautions en matière de PCI doivent tenir compte autant des avantages de la prévention des infections que des besoins psychosociaux des résidents.
  - L'isolement prolongé accroît la dépression et l'anxiété chez les résidents des établissements de soins de longue durée.
- La nature même de la vie communautaire contribue à une hausse du risque d'infection associée :
  - à l'équipement, à l'activité physique, aux salles à manger et aux divertissements communs;
  - aux éclosions attribuables à de la nourriture ou à de l'eau contaminée;
  - à une plus grande exposition aux résidents, au personnel et aux visiteurs infectés, ou aux objets avec lesquels des personnes infectées ont été en contact.



## Rassemblements communautaires (2/2)

- La nature même de la vie communautaire contribue à une hausse du risque d'infection associée :
  - à un manque de fournitures ou d'affiches entraînant une baisse des taux de conformité aux protocoles de PCI;
  - à une possible mauvaise ventilation.
- Les résidents infectés doivent s'abstenir de participer aux activités communautaires jusqu'à ce que leurs symptômes aient disparu.

## Discussion/vérification des connaissances





## Équipe interdisciplinaire

## Équipe interdisciplinaire

- Équipe axée sur la coopération composée de professionnels des disciplines pertinentes pour élaborer les plans de soin des résidents.
  - Peut comprendre un médecin, le résident, la famille et des travailleurs de la santé des secteurs des soins infirmiers, de la nutrition et autres (p. ex., travailleur social, spécialiste en PCI et fournisseurs de soins spécialisés comme des spécialistes du traitement des plaies, des physiothérapeutes, etc.)
- La fonction de l'équipe interdisciplinaire peut être influencée par :
  - le roulement de personnel, qui se traduit par des niveaux élevés de personnel inexpérimenté;
    - cela fait en sorte qu'il peut être difficile de s'assurer que les pratiques de PCI sont respectées;
  - les pénuries de personnel, qui se traduisent par de faibles ratios fournisseurs de soins agréés-fournisseurs de soins non agréés



## Processus normaux du vieillissement

# Vieillesse et risque d'infection chez les personnes âgées

- Les résidents âgés font face à des défis sur le plan de la lutte contre les infections en raison :
  - des changements au système immunitaire adaptatif liés à l'âge;
  - de la malnutrition;
  - de maladies concomitantes qui augmentent aussi le risque d'infection;
  - de l'atténuation de la réaction fébrile.
- Le vieillissement normal s'accompagne de changements touchant :
  - la peau : son amincissement réduit sa fonction de protection et son intégrité;
  - le tube digestif : réduction des enzymes digestifs, de la production de mucus et de la motilité;
  - le système pulmonaire;
    - augmentation du risque d'aspiration associée à l'atténuation du réflexe nauséux et à un reflux œsophagien plus important;
    - réduction de l'élimination des corps étrangers en raison de la baisse du système ciliaire.

# Changements au système immunitaire adaptatif liés à l'âge

- Atténuation de la réaction fébrile aux infections
- Baisse de la fonction des lymphocytes T en raison de changements (atrophie) au thymus (où les lymphocytes T se développent)
- Baisse de la fonction des lymphocytes B qui entraîne une diminution de la production d'anticorps
- Réponse moins robuste aux vaccins en raison de la fonction des lymphocytes B et des lymphocytes T
  - Les résidents devraient recevoir tous les vaccins recommandés (soit contre la grippe, la maladie pneumococcique, le zona, la COVID-19 et la coqueluche (une dose unique du vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche et une dose de rappel du vaccin contre le tétanos et la coqueluche tous les 10 ans)).

# Malnutrition

- Un apport inadéquat en protéines, en calories et en micronutriments peut nuire à la capacité de l'organisme de combattre les infections.
- Les facteurs liés à l'âge qui contribuent à l'augmentation du risque de malnutrition comprennent :
  - les changements touchant la bouche, comme la perte de dents ou la diminution de la production de salive, qui mènent à une baisse du désir ou de la capacité de manger;
  - la réduction de la capacité à absorber les nutriments (comme la vitamine B12, le calcium, l'acide folique et les protéines) associée à une baisse de la production de pepsine.
- La malnutrition est associée à une réduction de l'immunité à médiation cellulaire (p. ex., les lymphocytes T qui reconnaissent et détruisent les cellules infectées).
- L'infection peut aggraver l'état nutritionnel d'un résident en augmentant la dépense d'énergie (hypermétabolisme) et en réduisant l'apport alimentaire.



## Considérations relatives aux nutriments

- Une nutrition et une prise de suppléments adéquates sont des stratégies visant à accroître la capacité à combattre les infections.
  - Les suppléments de vitamine E (200 mg par jour) peuvent réduire le risque d'infection respiratoire grave.
- Pour s'assurer de répondre aux besoins nutritionnels des résidents, il faut explorer divers moyens qui combinent la nourriture, des suppléments spécifiques, des multivitamines et même le soleil.
  - La prise de suppléments multivitaminiques et minéraux est la meilleure option jusqu'à la parution d'autres études; elle peut permettre de mieux combler les besoins des résidents que ne mangent pas de produits alimentaires d'origine animale.

## Types d'infections dans les établissements de SLD

- Les résidents des FSLD peuvent être plus vulnérables à certains types d'infections :
  - Infections urinaires
  - Infections respiratoires
    - P. ex., infections au virus de la grippe
  - Infections de la peau et des tissus mous
    - Infections à *Staphylococcus aureus*
  - Infections gastro-intestinales
    - P. ex. infections à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*)

# Infections urinaires

- La bactériurie asymptomatique est fréquente chez les résidents des FSLD.
  - Les résidents ne devraient pas faire l'objet de tests de dépistage et de traitements en l'absence de signes ou de symptômes d'une infection urinaire.
- Les résidents peuvent présenter des signes ou symptômes typiques ou atypiques d'une infection urinaire.
  - Les signes et symptômes courants d'infection urinaire comprennent les suivants :
    - fièvre
    - douleur au flanc
    - dysurie, augmentation de l'urgence et de la fréquence des mictions
  - Les autres signes et symptômes d'infection urinaire comprennent les suivants :
    - altération de l'état mental
    - baisse des scores relatifs aux activités de la vie quotidienne (AVQ)
    - nouvelle période d'incontinence
  - Le traitement n'est pas indiqué, sauf si le cas correspond à une définition de cas normalisée.
- La présence d'une sonde urinaire à demeure accroît le risque d'infection urinaire.

# Gestion des sondes urinaires

- Des solutions de rechange pour les sondes urinaires à demeure devraient être envisagées (elles sont énumérées ci-dessous par ordre d'importance croissante du risque d'infection urinaire) :
  - Dispositifs urinaires externes
    - Peuvent être utilisés la nuit pour les résidents de sexe masculin incontinents ou qui ont des urgences mictionnelles.
  - Cathétérisme intermittent
  - Cathétérisme par sonde sus-pubienne
- Outre l'utilisation d'une sonde, les éléments suivants peuvent accroître le risque d'infection urinaire chez les résidents :
  - Baisse de la fonction immunitaire
  - Maladies concomitantes (p. ex, infection urinaire chronique, diabète)
  - Augmentation de la fréquence de l'incontinence, mauvaise hygiène

## Gestion des poches à urine

- Les poches à urine améliorent la mobilité des résidents, mais posent un risque d'infection attribuable :
  - au reflux urinaire;
  - à l'ouverture fréquente du système de collecte pour le vider.
- Stratégies pour réduire le risque d'infection associé aux poches à urine :
  - Technique aseptique pour manipuler ces poches
  - Nettoyage des points de connexion avec de l'alcool avant chaque utilisation

## Autres stratégies pour réduire les infections urinaires

- Surveillance des infections urinaires, à l'aide des définitions de cas normalisées, pour déterminer si une intervention est nécessaire
- Information et formation relatives aux techniques de manipulation et à la gestion adéquates des sondes urinaires
- Recours à une combinaison de soins :
  - Insertion aseptique
  - Cathétérisme externe ou intermittent
  - Rappels concernant l'évaluation des besoins et le retrait du dispositif le plus tôt possible

# Infections respiratoires (1/2)

- Les résidents sont souvent aux prises avec une infection des voies respiratoires supérieures, la bronchite ou la pneumonie.
  - Les virus qu'on retrouve fréquemment dans les établissements de soins de longue durée aux États-Unis comprennent les suivants :
    - Virus respiratoire syncytial (VRS)
    - Virus de la grippe
    - Adénovirus
    - SARS-CoV-2 (COVID-19)
  - Les bactéries qu'on retrouve fréquemment dans les établissements de soins de longue durée aux États-Unis comprennent les suivantes :
    - *Haemophilus influenzae*
    - Streptocoque
    - Staphylocoque
    - *Mycobacterium tuberculosis*
- Les infections des voies respiratoires sont la principale cause de décès dans les FSLD (0,3 à 2,5 infections pour 1 000 jours-résident).

## Infections respiratoires (2/2)

- En général, l'augmentation du risque d'infection respiratoire chez les résidents est attribuable à :
  - une baisse de la fonction pulmonaire;
  - une atténuation du réflexe de la toux;
  - une capacité pulmonaire limitée;
  - une réduction du mouvement mucociliaire;
    - se rapporte à la fonction des cellules épithéliales respiratoires ciliées qui empêchent les micro-organismes de pénétrer en profondeur dans les poumons en les faisant remonter vers le nez et la bouche;
  - une atténuation du réflexe nauséux (peut contribuer à l'aspiration);
  - des maladies concomitantes comme les maladies cardiopulmonaires, les maladies cérébrovasculaires, ou la malignité.



# Pneumonie

- Les résidents peuvent être vulnérables à la pneumonie en raison :
  - de difficultés à déglutir qui entraînent l'aspiration;
  - d'une incapacité à dégager les voies respiratoires;
  - de soins buccaux insuffisants.
- Les symptômes incluent souvent la fièvre, suivie d'une toux nouvelle ou aggravée et d'une altération de l'état mental.
- Les causes courantes de la pneumonie incluent le virus de la grippe, la bactérie *Streptococcus* sp., le VRS et le SARS-CoV-2.

## Grippe (1/2)

- Le risque d'infection de la grippe plus élevé dans les FSLD est attribuable aux éléments suivants :
  - Étroite proximité entre les résidents
  - Contacts étroits et fréquents avec des travailleurs de la santé
  - Exposition aux visiteurs et aux membres de la famille
- Les éclosions ont été associées à de faibles taux de vaccination parmi les résidents et le personnel.
- Mesures de PCI :
  - Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes
  - Isolement des résidents qui présentent des signes et symptômes d'infection
  - Confirmation en laboratoire et administration de médicaments antiviraux

## Grippe (2/2)

- Les résidents peuvent présenter des signes et symptômes d'infection atypiques.
  - Signes et symptômes d'infection typiques
    - Fièvre et frissons
    - Maux de tête
    - Myalgie, malaise
    - Symptômes respiratoires (p. ex., toux sèche, douleur pharyngée, obstruction et écoulement nasal)
    - Symptômes associés à la grippe A (p. ex., diarrhée, vomissements, douleurs abdominales, douleurs thoraciques, saignement du nez ou des gencives, pneumonie)
  - Signes et symptômes d'infection atypiques
    - Fièvre moins prononcée
    - Toux moins prononcée
    - Plaintes d'ordre général (changements à l'état mental)

# Tuberculose

- On considère que le risque de tuberculose est élevé dans les FSLD.
- Il est recommandé que les FSLD disposent de programmes de dépistage de la tuberculose chez les résidents (soit lors de l'admission).
  - Un tel programme devrait aussi inclure le dépistage cutané de la tuberculose chez les résidents et le personnel lorsqu'un cas est détecté (en conformité avec les directives locales).
- Les établissements devraient élaborer un plan de transfert des résidents qui ont la tuberculose s'ils ne peuvent pas en prendre soin de façon sécuritaire.
  - Pour les résidents qui ont une tuberculose active, il faut appliquer des précautions liées au mode de transmission par voie aérienne, qui incluent l'utilisation d'une chambre d'isolement pour porteurs d'une infection transmissible par voie aérienne et l'accès du personnel à des respirateurs N95 et à des procédures d'ajustement de ces masques.

## Infections de la peau et des tissus mous (1/2)

- Changements touchant la peau liés à l'âge
  - Amincissement de la peau associé à une réduction de sa fonction protectrice
  - Perte d'élasticité de la peau qui nuit à son intégrité
  - Réduction du nombre de glandes sudoripares qui entraîne une baisse de la thermorégulation
  - Diminution du nombre de glandes sébacées qui se traduit par une baisse de la production de sébum (qui protège la peau contre la friction)
- Les plaies de pression sont fréquentes chez les résidents des établissements de soins de longue durée.
  - Elles touchent jusqu'à 20 % des résidents et contribuent à la mortalité.
  - Lorsqu'elles sont infectées, les plaies de pression peuvent contribuer à l'apparition de l'ostéomyélite et de la bactériémie.

## Infections de la peau et des tissus mous (2/2)

- Outre les changements cutanés liés à l'âge, les éléments suivants peuvent accroître le risque de plaies de pression chez les résidents :
  - Immobilité
  - Incontinence
  - Malnutrition
  - Humidité
  - Traitement aux stéroïdes à long terme
- Il faut distinguer la colonisation des plaies de pression de l'infection des plaies de pression pour éviter les antibiothérapies inutiles.
- Les stratégies de prévention comprennent des vérifications quotidiennes de la peau pour repérer les lésions, la gestion de l'humidité sur la peau, la réduction de la pression ainsi que l'optimisation de la nutrition et de l'hydratation.

# Gastroentérite

- Les éclosions dans les FSLD peuvent être causées par des pathogènes gastro-intestinaux comme le rotavirus, l'entérovirus, le norovirus, *C. difficile*, *Campylobacter sp.*, *Bacillus cereus* et *Escherichia coli*.
- Le risque de gastroentérite chez les résidents est attribuable aux éléments suivants :
  - Partage des toilettes
  - Partage de l'équipement
  - Salles à manger communes
  - En général, étroite proximité entre les résidents
  - Baisse de la production d'acide gastrique
  - Démence et déficience cognitive

## Infections à *Clostridoides difficile* (ICD)

- *C. difficile* est une bactérie productrice de spores toxigènes qui causent des infections intestinales qui, à leur tour, entraînent la diarrhée (ces infections peuvent être mortelles).
- Certains facteurs de risque d'ICD s'appliquent souvent aux résidents, comme le grand âge et la prise récente d'antimicrobiens.
- Les spores peuvent demeurer dans l'environnement pendant des périodes prolongées.



## Stratégies pour réduire le risque d'ICD

- Dans la mesure du possible, éviter les antimicrobiens à haut risque (p. ex., clindamycine, fluoroquinolones et céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération)
- Précautions contre les contacts pour les cas présumés ou confirmés
- Hygiène des mains
- Nettoyage et désinfection de l'environnement
  - Utilisation de désinfectant sporicide pour les cas présumés ou confirmés d'ICD

## Discussion/vérification des connaissances





## Enjeux de PCI touchant les populations spéciales

## Populations spéciales

- Des considérations spéciales peuvent s'appliquer aux résidents qui :
  - présentent une déficience cognitive;
  - ont des dispositifs médicaux invasifs;
  - ont besoin de dialyse;
  - ont besoin de soins palliatifs ou de fin de vie.

## Population spéciale : Déficience cognitive

- Risque d'infection plus élevé que les autres résidents en raison d'une possible incapacité à :
  - respecter les précautions liées au mode de la transmission (p. ex., rester dans sa chambre);
  - respecter les pratiques d'hygiène (p. ex., hygiène des mains, étiquette respiratoire);
  - Faire part de ses symptômes d'infection, ce qui entraîne des difficultés et des retards pour diagnostiquer les infections.
- Des changements à la fonction mentale ou cognitive peuvent être un symptôme d'infection sous-jacente.

## Population spéciale : Dispositifs médicaux invasifs (1/3)

- Les résidents ont souvent des dispositifs médicaux à demeure.
  - Permanents ou à long terme (p. ex., hanches artificielles, stimulateurs cardiaques, valves cardiaques)
  - Temporaires ou à court terme (p. ex., sondes urinaires, dispositifs d'accès vasculaire)
- Les infections peuvent être attribuables à :
  - l'introduction du micro-organisme durant l'insertion ou l'implantation du dispositif;
  - la dissémination hématogène à partir du dispositif après son insertion.
- Le risque d'infection peut commencer à l'extérieur du FSLD (c'est-à-dire à l'hôpital où le dispositif est inséré ou implanté).
  - Le spécialiste de la prévention des infections doit être au fait des risques d'infection tout au long de la durée de vie procédurale du dispositif (de l'insertion au rétablissement du résident).

## Population spéciale : Dispositifs médicaux invasifs (2/3)

- Les dispositifs d'accès vasculaire (DAV) servent à accéder au système vasculaire.
  - Prélèvements sanguins, thérapie par perfusion, administration de médicaments, surveillance hémodynamique et dialyse
- Les types de DAV qu'on retrouve dans les établissements de soins de longue durée comprennent :
  - les cathéters veineux centraux, les cathéters mi-longs et les cathéters tunnelisés;
  - les dispositifs vasculaires périphériques;
  - les cathéters centraux insérés par voie périphérique (CCIP);
  - les chambres implantables.

## Population spéciale : Dispositifs médicaux invasifs (3/3)

- Les DAV peuvent être installés à court terme (moins de 3 semaines) ou à long terme (plusieurs semaines ou mois).
- Les DAV posent un risque d'infection sanguine.
  - Ils peuvent causer la bactériémie, la virémie ou la fongémie.
- Le site de l'insertion et le type de DAV influencent le niveau de risque d'infection sanguine.
- Les précautions de base (pratiques de base) doivent être respectées en tout temps et une évaluation du risque doit être effectuée pour déterminer les niveaux d'équipement de protection individuelle (ÉPI) requis pour la prestation de soins associés aux DAV.



## Types de DAV (1/3)

- Les **dispositifs vasculaires périphériques**, qui peuvent être des canules ou des cathéters, sont habituellement insérés à court terme dans une veine d'un membre supérieur.
  - Utilisés pour prélever du sang ou administrer des médicaments (et souvent pour des thérapies de perfusion dans les établissements de soins de longue durée)
  - Associés à un faible risque d'infection
- Les **cathéters veineux centraux (CVC)** sont insérés dans le cou, le thorax, l'aîne ou le bras, et l'extrémité insérée se retrouve près du cœur.
  - Utilisés pour administrer des fluides, du sang ou des médicaments.
  - Habituellement installés à long terme (c'est-à-dire plusieurs semaines ou mois).
  - Les infections sanguines liées aux CVC, appelées « infections sanguines associées à un cathéter central », entraînent chaque année des milliers de décès aux États-Unis.

## Types de DAV (2/3)

- Un **CCIP** est un long cathéter (jusqu'à 45 cm) inséré dans une veine périphérique, dont l'extrémité se retrouve dans le troisième tiers de la veine cave supérieure ou la jonction cavo-atriale.
  - Est considéré comme un dispositif d'accès vasculaire central à long terme.
  - Peut servir à effectuer une thérapie par perfusion vésicante (qui peut endommager des tissus) comme les perfusions de chimiothérapie ou la nutrition parentérale.
- Un **cathéter mi-long** doit être inséré à l'aide de techniques d'imagerie spécialisées.
  - Plus long qu'un cathéter périphérique.
  - Son insertion requiert l'utilisation d'une technique aseptique (c'est-à-dire des gants stériles, une blouse et un masque médical).
  - Peut rester en place jusqu'à 30 jours.

## Types de DAV (3/3)

- Un **cathéter tunnelé** est inséré par chirurgie dans une veine du thorax ou du cou, ou sous la peau.
  - On utilise des cathéters à manchon lorsque le cathéter doit demeurer en place plus de 3 semaines.
  - On utilise des cathéters sans manchon dans des situations urgentes (en place jusqu'à 3 semaines).
- Une **chambre** est implantée et tunnelée par chirurgie de façon à ce que l'extrémité du cathéter se retrouve dans la veine cave inférieure.
  - Peut être placée dans le thorax et dans les veines jugulaires sous-clavières ou internes dans la partie supérieure du bras, l'abdomen ou la région du fémur.
  - Présente le risque le plus faible d'infection sanguine.

# Stratégies de prévention des infections associées aux DAV (1/5)

- Les stratégies **avant l'insertion** comprennent les suivantes :
  - Sensibilisation, formation et compétences
    - Pratiques exemplaires relatives aux techniques d'insertion, de soins et d'entretien
    - Connaissance des indications d'emploi
    - Risque d'infection sanguine
    - Stratégies de PCI d'ordre général
  - Indications d'emploi
    - Fondées sur des données probantes et en phase avec les politiques et procédures des établissements de soins de longue durée
    - Conformes aux lignes directrices de pratique clinique
    - Conformes aux indications d'emploi du fabricant de l'équipement

# Stratégies de prévention des infections associées aux DAV (2/5)

- Les stratégies **durant l'insertion** comprennent les suivantes :
  - Respect des pratiques de PCI
    - Limiter la présence du personnel non nécessaire durant l'insertion, mais un deuxième travailleur de la santé devrait être présent pour s'assurer du respect des pratiques exemplaires (et pour interrompre l'intervention au besoin).
  - Hygiène des mains
    - Il faut pratiquer l'hygiène des mains avant l'insertion et toute prestation de soins autour du site de l'insertion.
    - Le port de gants stériles est recommandé pour l'installation des DAV, à l'exception des cathéters veineux périphériques.
      - Le port de gants non stériles est acceptable pour l'insertion de cathéters veineux périphériques, si aucun contact direct ne survient après la désinfection de la peau.
  - Choix du site
    - Éviter la région du fémur dans la mesure du possible.

# Stratégies de prévention des infections associées aux DAV (3/5)

- Les stratégies **avant l'insertion** comprennent les suivantes (suite) :
  - Paniers ou trousse de cathéters normalisés
    - Les fournitures et l'équipement de protection individuelle sont disponibles au même endroit pour réduire au minimum les interruptions, maintenir le champ stérile et utiliser une approche d'insertion normalisée.
  - Guidage échographique
    - Recommandé pour l'installation de certains DAV; est associé à un taux d'infection plus faible.
  - Précautions de stérilisation
    - L'utilisation de gants stériles, d'une blouse chirurgicale stérile à manches longues, d'un masque médical, d'un calot et d'un champ stérile peut être recommandée selon le type de DAV (p. ex., insertion d'un cathéter central).
  - Préparation de la peau
    - Il faut laisser l'agent antiseptique sécher complètement.
    - Les options pour le désinfectant comprennent l'alcool à 70 %, l'iode et la chlorhexidine à >0,5 %.

# Stratégies de prévention des infections associées aux DAV (4/5)

- Les stratégies **après l'insertion** comprennent les suivantes :
  - Personnel
    - Ratio infirmière-résidents approprié
  - Désinfection des embouts des cathéters
    - Pour prévenir la colonisation, les embouts des cathéters doivent être désinfectés pendant au moins 5 secondes avant chaque accès.
  - Retrait des cathéters non essentiels
    - Examen quotidien des besoins pour les DAV et retrait immédiat lorsque c'est indiqué
  - Pansements des DAV
    - Les pansements des DAV devraient être changés régulièrement, à l'aide du désinfectant et de l'ÉPI indiqués selon le type de DAV.
      - À tous les deux jours pour les pansements de gaze stériles
      - À tous les sept jours pour les pansements transparents semi-perméables stériles
      - Plus tôt si les pansements sont humides ou altérés

# Stratégies de prévention des infections associées aux DAV (5/5)

- Les stratégies **après l'insertion** comprennent les suivantes :
  - Dispositifs complémentaires
    - Réduisent le recours aux rallonges, aux raccords sans aiguille et aux ensembles secondaires pour réduire le risque d'infection secondaire.
    - Les systèmes fermés (perfusion continue) doivent être changés moins souvent que les systèmes ouverts (perfusion intermittente).
  - Décolonisation de la peau
    - Un bain quotidien avec de la chlorhexidine peut être recommandé.
  - Onguents antimicrobiens
    - Éviter d'utiliser des onguents topiques, sauf en cas de recommandation spécifique (c'est-à-dire pour une hémodialyse), pour réduire le risque d'infection fongique et la résistance antimicrobienne.
  - Surveillance des infections sanguines
    - La surveillance des infections sanguines associées aux DAV est recommandée (et exigée par la loi dans certaines régions).



## Population spéciale : Dialyse (1/2)

- La dialyse est l'élimination d'électrolytes, de fluides et de toxines du sang d'une personne.
- Les résidents qui reçoivent des traitements de dialyse courent un risque d'infection au site d'accès, de bactériémie, de péritonite et d'infection aux pathogènes transmissibles par le sang.
  - Résidents déjà à risque d'infection en raison d'affections sous-jacentes (p. ex. diabète, hypertension, maladie cardiovasculaire)
  - Les autres risques associés à la dialyse comprennent des effets indésirables comme des réactions pyrogéniques, allergiques ou chimiques.

## Population spéciale : Dialyse (2/2)

- Prévention des infections associées à la dialyse dans les établissements de soins de longue durée :
  - Technique aseptique durant la procédure de dialyse
  - Nettoyage et désinfection de l'équipement
  - Sensibilisation et formation du personnel aux pratiques exemplaires
  - Sensibilisation et formation des résidents sur leur rôle en matière de prévention (c'est-à-dire maintien de la santé)
  - Surveillance des infections chez les résidents qui reçoivent des traitements de dialyse

## Population spéciale : Soins de relève, palliatifs ou de fin de vie

- Les FSLD peuvent fournir des soins de relève, palliatifs ou de fin de vie qui trouvent un équilibre entre les pratiques exemplaires en PCI et le maintien de la qualité de vie du résident.
  - Les traitements curatifs sont interrompus, mais les traitements pour gérer la douleur se poursuivent et ils peuvent nécessiter l'utilisation de cathéters et de DAV.
- Les pratiques de PCI peuvent être adaptées.
  - L'utilisation d'ÉPI peut viser la protection du travailleur de la santé plutôt que celle du résident, si celui-ci comprend les risques et les accepte.
  - Il faut éviter les examens inutiles (p. ex., la surveillance des infections associées aux soins de santé si cela risque de causer de la douleur ou de l'inconfort).
  - Le traitement des plaies et de l'infection peut mettre l'accent sur le confort, le drainage et le contrôle des odeurs, plutôt que sur la guérison.
  - Il faut envisager d'adapter les politiques relatives à la visite des animaux domestiques pour en permettre les visites, si elles sont interdites habituellement.

## Avis de non-responsabilité

Le présent module d'apprentissage a été élaboré par Santé publique Ontario (SPO). SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation de ce module d'apprentissage par quiconque. Ce présent d'apprentissage peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce module d'apprentissage sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

# Références

- Diapositives 5, 56 :
  - Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). Certification study guide. 6<sup>e</sup> éd. Washington, DC: APIC; 2015.
- Diapositives 7 à 11 :
  - Feinsod FM, Wagner C. 10 ethical principles in geriatrics and long-term care. Ann Longterm Care. 2005;13(5). Disponible à : <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/alte/content/10-ethical-principles-geriatrics-and-long-term-care-2>
- Diapositive 17 :
  - Roach R. Chapter 41, geriatrics. Dans : Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). APIC Text [En ligne]. Washington, DC: APIC; 2014 [cité le 1er févr. 2024]. Disponible à : <https://text.apic.org/toc/infection-prevention-for-specialty-care-populations/geriatrics>

## Pour en savoir davantage sur cette présentation

Des questions sur le contenu? Contactez le service de PCI à SPO : [ipac@oahpp.ca](mailto:ipac@oahpp.ca)

Des questions sur l'examen LTC-CIP? Contactez le CBIC : <https://www.cbic.org/CBIC/Contact-Us.htm>

Des questions sur cette séance? Communiquez avec votre animateur ou animatrice.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

Santé publique Ontario assure la sécurité et la santé de la population de l'Ontario. Pour en savoir davantage : [SantepubliqueOntario.ca](https://www.santepubliqueontario.ca)

## Comment citer cette présentation

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario).  
Établissements de soins de longue durée. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour  
l'Ontario; 2024.

Santé publique Ontario assure la sécurité et la santé de la population de  
l'Ontario. Pour en savoir davantage : [SantepubliqueOntario.ca](https://www.santepubliqueontario.ca)