

# Planification immobilière et prévention des infections – Installations sanitaires dans les chambres et dans les « cubicules » d'unités de soins spécialisés

Décembre 2013

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

*Synthèse des connaissances et des références rédigée par*  
**Jean-Marie R. Lance**

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document est accessible en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

#### **Équipe de projet**

##### **Auteurs**

Jean-Marie R. Lance, M. Sc.

##### **Direction**

Michel LeBrun, MBA, Ph. D.

##### **Recherche documentaire**

Mathieu Plamondon

##### **Soutien documentaire**

Micheline Paquin

#### **Édition**

##### **Responsable**

Diane Guilbault

##### **Coordination**

Véronique Baril

##### **Révision linguistique**

Medeleine Fex

##### **Mise en page**

Marie-Andrée Houde

##### **Vérification bibliographique**

Denis Santerre

---

#### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-69644-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2013

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Planification immobilière et prévention des infections – Installations sanitaires dans les chambres et dans les « cubicules » d'unités de soins spécialisés. Synthèse des connaissances et des références rédigée par Jean-Marie Lance. Québec, Qc : INESSS; 2013. 11p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

---

# TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE DE LA DEMANDE.....	1
2. DESCRIPTION DE LA DEMANDE .....	2
3. MÉTHODOLOGIE.....	3
3.1 Stratégie de recherche documentaire .....	3
3.2 Résultats relatifs aux documents pertinents .....	3
4. DESCRIPTION DES RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE .....	4
4.1 Constat général.....	4
4.2 Considérations générales découlant de projets d'aménagement des unités de soins intensifs...4	
4.3 Lignes directrices du Facility Guidelines Institute (États-Unis).....	5
4.4 Lignes directrices de l'American College of Critical Medicine .....	6
4.5 Perspectives professionnelles complémentaires (États-Unis).....	6
4.6 Le risque de chute.....	8
5. CONCLUSION .....	9
RÉFÉRENCES.....	10



---

# 1. CONTEXTE DE LA DEMANDE

---

La Direction de l'expertise et de la normalisation (DEN) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a la responsabilité d'élaborer des guides de planification immobilière, dont l'un des volets importants est la prévention des infections. Ce sujet est toujours soumis au Comité Immobilisations en prévention des infections nosocomiales (CIPIN) du MSSS, qui a exprimé le besoin que certaines problématiques fassent l'objet d'une recherche documentaire, l'objectif étant d'être informé des orientations et des connaissances scientifiques qui existent à l'heure actuelle afin de guider les choix en matière de conception des aménagements dans les établissements de santé et de services sociaux. En septembre 2013, le MSSS a donc transmis à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) une demande portant sur l'une de ces problématiques.

---

## 2. DESCRIPTION DE LA DEMANDE

---

Le MSSS demande à l'INESSS de se pencher sur la question de l'installation de modules sanitaires (toilette et lavabo intégrés dans un meuble modulaire fixe) ou l'installation d'une toilette et d'un lavabo dans l'espace occupé par un patient plutôt que dans un local distinct. Le point essentiel de cette demande est d'examiner la question de la présence de la toilette près du lit du patient afin que celui-ci puisse l'utiliser sans avoir à sortir de la chambre. Les unités généralement concernées par ce sujet particulier sont les chambres de soins intensifs de même que les « cubicules » dans les unités de médecine de jour et dans les services des urgences des centres hospitaliers.

Le choix d'une installation peut être influencé par les éléments suivants :

- l'aménagement général de l'unité de soins concernée;
- la proportion de chambres individuelles comprenant ou non une salle de toilette attenante dans un espace fermé;
- le nombre et la disposition des salles de toilette partagées;
- le risque infectieux et les mesures de prévention ou de contrôle;
- la sécurité des patients et du personnel;
- l'entretien à des fins d'hygiène et de salubrité ou le bon fonctionnement des équipements.

La recherche documentaire et l'analyse descriptive des documents répertoriés tiendront compte de ces différents éléments, dans la mesure où l'information est disponible dans ces documents.

---

## 3. MÉTHODOLOGIE

---

### 3.1 Stratégie de recherche documentaire

Les bases de données consultées aux fins de la présente revue de littérature sont MEDLINE (PubMed), Embase et Evidence-Based Medicine Reviews (Cochrane Library). Les différents mots-clés sont reliés aux blocs suivants, chacun pouvant inclure plusieurs termes connexes ou appellations différentes :

- type d'établissement : hôpital;
- type d'unités : unité de soins intensifs, service des urgences, unité de médecine de jour;
- local : chambre de patient;
- installations sanitaires : toilette;
- planification immobilière : conception, aménagement, construction;
- conséquences : infections nosocomiales.

Les quatre premiers blocs étaient toujours inclus dans les recherches documentaires et étaient associés soit avec les deux autres, soit avec chacun de manière distincte.

En outre, des recherches ont été effectuées dans la littérature grise à l'aide du moteur de recherche Google, en utilisant les mots-clés mentionnés ci-dessus et leurs diverses variantes, ainsi que dans certains sites d'organismes gouvernementaux<sup>1</sup> ou professionnels<sup>2</sup> chargés d'élaborer des guides de planification immobilière, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ou de conception d'unités de soins ou qui sont chargés de prendre position et de rédiger des avis.

### 3.2 Résultats relatifs aux documents pertinents

La plupart des documents pouvant apporter un éclairage – le plus souvent indirect – sur la question analysée concernent les unités de soins intensifs (USI) et ils sont peu nombreux. Les auteurs de ces documents font surtout des liens entre la conception de l'aménagement des USI et le risque infectieux. Le volet de la sécurité est quelquefois abordé alors que le volet de l'entretien ne fait l'objet que de rares remarques générales.

Les documents susceptibles de traiter, à tout le moins indirectement, du sujet à l'étude dans les « cubicules » des services des urgences ou des unités de médecine de jour sont plus rares et, après examen des résumés ou de l'ensemble du contenu, un seul fournissait des renseignements pertinents; les autres n'ont donc pas été retenus.

---

<sup>1</sup> Notamment du Canada et de ses provinces, du Royaume-Uni, de l'Australie et de ses États, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis

<sup>2</sup> Par exemple, l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada (CHICA-Canada), le Facility Guidelines Institute (FGI) aux États-Unis ou l'Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC)

---

## 4. DESCRIPTION DES RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

---

### 4.1 Constat général

La consultation de plusieurs guides de planification immobilière anglais [DoH, 2013b; 2013c], australiens [AHIA, 2012] et états-uniens, dont celui du U.S. Department of Veterans Affairs [DVA, 2011] et celui du Facility Guidelines Institute [FGI *et al.*, 2010], montre que la conception de l'aménagement des chambres de soins intensifs, qu'elle soit illustrée par un plan ou non, ne fait jamais mention des modules sanitaires. Le même constat s'applique dans les descriptions des « cubicules » ou des salles de toilette dans les services des urgences en Angleterre [DoH, 2013a], aux États-Unis [DVA, 2009], en Australie et en Nouvelle-Zélande [AHIA, 2012]. En France, le référentiel sur les structures et l'organisation des unités de réanimation n'y fait aucunement référence [Fourrier *et al.*, 2012]. Par contre, la tendance à prévoir des chambres individuelles équipées d'une salle de toilette individuelle attenante se confirme [Fourrier *et al.*, 2012; Thompson *et al.*, 2012; Bartley *et al.*, 2010; Rashid, 2006].

### 4.2 Considérations générales découlant de projets d'aménagement des unités de soins intensifs

L'étude de Rashid [2006] fait état des caractéristiques de l'aménagement physique de 19 unités de soins intensifs (USI) construites de 1993 à 2003 aux États-Unis. Ces USI étaient considérées comme des exemples de meilleures pratiques par la Society of Critical Care Medicine, l'American Association of Critical Nurses et l'American Institute of Architects. La plupart des USI examinées comprenait des chambres individuelles équipées d'une salle de toilette individuelle attenante; elles comportaient en plus des appareils sanitaires près du lit du patient en prévision des situations où le patient serait dans l'incapacité d'utiliser la salle de toilette. Ces données laissaient supposer que les équipes de conception des USI allaient souvent au-delà des exigences formulées dans les lignes directrices du FGI concernant la question des toilettes individuelles et de l'évacuation des déchets humains afin de mieux assurer la santé et la sécurité des patients et du personnel.

En ce qui concerne les toilettes et l'équipement d'évacuation des déchets humains, Rashid avance plusieurs arguments pour justifier leur présence dans la chambre du patient :

- la réduction du risque de contracter une infection;
- la possibilité que le patient soit déjà porteur d'une infection n'ayant pas encore été diagnostiquée, laquelle, lorsque la toilette est partagée, risque de contaminer un autre patient;
- l'élimination de la nécessité de transporter les déchets humains à d'autres endroits;
- l'utilisation d'équipement mobile ou fixe dans un meuble situé près du lit du patient, en l'absence de salle de toilette individuelle attenante accroît l'exposition du patient à des éclaboussures ou à des aérosols contaminés;

- la destruction du mythe selon lequel le patient est trop malade pour utiliser une salle de toilette individuelle; certains peuvent le faire et davantage le jour ou les jours qui précèdent le transfert dans une autre unité de soins.

Rashid insiste aussi sur le fait que, malgré la présence d'une salle de toilette attenante, certaines questions d'aménagement continuent de poser un problème majeur, notamment la distance entre la salle de toilette et le lit du patient. Il peut arriver que leur utilisation ne soit pas possible, du fait que le patient doit rester branché à de l'équipement de monitoring ou à des pompes à perfusion. Il y a aussi des risques de chute du patient ou de blessures chez le personnel qui doit faire des efforts physiques pour soutenir le patient en l'amenant vers les toilettes. Enfin, l'absence d'équipement sécuritaire d'évacuation des déchets humains dans la salle de toilette peut accroître les risques de contamination.

Un rapport d'experts publié en France avait pour objectif de faire le point sur l'influence de l'architecture sur les infections nosocomiales en réanimation [Mallaret, 2002]. Toutefois, cet article n'aborde pas la question des modules sanitaires; il présente seulement les quelques principes généraux suivants concernant l'élimination des déchets humains :

« Chaque chambre doit avoir accès à un système d'élimination des déchets humains (urines, matières fécales). Il n'y a pas de recommandations officielles sur le meilleur dispositif à adopter, mais le système choisi doit limiter au maximum les éclaboussures. La localisation de ces points d'élimination doit éviter toute dissémination dans la zone de surveillance et l'ergonomie doit être réfléchie pour limiter au maximum les contacts avec l'environnement. »

#### 4.3 Lignes directrices du Facility Guidelines Institute (États-Unis)

Puisque les lignes directrices du Facility Guidelines Institute (FGI) influencent les projets de construction et de rénovation des USI aux États-Unis, il est approprié de décrire les recommandations présentées dans la plus récente version (2010), celles-ci constituant des exigences minimales [FGI *et al.*, 2010].

Ces lignes directrices n'exigent pas que les aires de soins aux patients en phase critique, dont les USI, soient dotées seulement de chambres individuelles; on mentionne que les espaces destinés aux patients sont des chambres séparées, des « cubicules » ou des espaces comprenant plusieurs lits. Par contre, elles exigent que chaque espace destiné aux soins des patients ait dorénavant un accès direct à une salle de toilette fermée (ce qui implique davantage une chambre individuelle) ou à un local d'entreposage du matériel souillé afin de permettre l'élimination des déchets humains. Ces lignes directrices exigent également que la salle de toilette, ou le local d'entreposage du matériel souillé, soit équipée d'un lave-bassines ou d'un évier muni d'un rebord à effet de chasse afin de permettre l'élimination des déchets humains.

En ce qui concerne les postes de lavage des mains (PLM), l'exigence est de 1 PLM pour 3 lits dans les aires ouvertes de lits et de 1 PLM par chambre individuelle. Les PLM doivent être placés près de l'entrée du « cubicule » ou de la chambre. Ils doivent être conçus de manière à ce que les éclaboussures sur le plancher soient réduites au minimum et que l'écoulement d'eau soit contrôlé par des dispositifs qui ne sont pas manuels.

Aucune recommandation ne porte sur la présence de modules sanitaires ou d'une toilette et d'un lavabo dans la chambre ou dans la salle de soins intensifs.

#### 4.4 Lignes directrices de l'American College of Critical Medicine

L'American College of Critical Medicine a rédigé un ensemble de lignes directrices avec la collaboration d'un groupe multidisciplinaire (administrateurs hospitaliers, équipe de professionnels des soins médicaux et infirmiers et de contrôle des infections, équipe de conception et d'aménagement, représentants d'autres services hospitaliers) [Thompson *et al.*, 2012]. L'objectif était d'élaborer et de diffuser une approche fondée sur les meilleures pratiques qui pourrait se substituer aux normes minimales prescrites par les lignes directrices du FGI.

En ce qui concerne les salles de toilette, on rappelle qu'en raison de leur état et des multiples branchements (fils de monitoring des signes vitaux ou tubulures de pompes à perfusion), peu de patients sont susceptibles d'utiliser les toilettes courantes, sauf les patients qui sont gardés en observation ou qui sont sur le point de recevoir leur congé. Par contre, tout type de toilettes partagées par plusieurs patients entraîne un risque de contamination croisée. Concernant la majorité des personnes dont la mobilité est restreinte, plusieurs solutions sont possibles. Si l'on a recours à des fauteuils d'aisance mobiles, l'aménagement de la chambre doit permettre que l'intimité soit respectée; les bassines restent nécessaires pour les patients confinés au lit. Les toilettes escamotables ne sont pas recommandées puisqu'elles soulèvent des préoccupations de contrôle des infections et peuvent ne pas convenir à des patients obèses.

Un équipement ou un dispositif d'évacuation des liquides biologiques ou de vidange des déchets solides (contenus dans une bassine) devrait être accessible dans chaque chambre ou dans une salle de toilette attenante. Toutefois, certains lave-bassines peuvent produire des jets d'aérosol contenant des contaminants et, s'ils sont utilisés, des écrans protecteurs qui protègent le personnel de toute exposition, ou un modèle hermétique, devraient faire partie de l'installation. Un système de macération fermé qui élimine les bassines jetables et un lave-bassines hermétique sont des substituts souhaitables à un lave-bassines attaché à une toilette ordinaire. Des éviers-vidoirs permettant d'évacuer des déchets humains, placés à l'intérieur de la chambre ou entre deux chambres, sont aussi mentionnés à titre de solution possible. Si ces dispositifs ne sont pas présents dans la chambre ou dans une pièce communicante, ils devraient être accessibles dans un endroit situé à proximité, en passant par le corridor, mais cette option n'est pas optimale.

Aucune autre information ne concerne la présence de modules sanitaires ou d'une toilette et d'un lavabo dans la chambre ou dans la salle de soins intensifs.

#### 4.5 Perspectives professionnelles complémentaires (États-Unis)

Deux articles publiés en 2010 par Bartley et des collaborateurs ont abordé les questions sur les toilettes et l'élimination des déchets humains dans le contexte général de l'influence de la conception de l'aménagement sur l'hygiène et la sécurité. Le premier article [Bartley *et al.*, 2010] présente et commente les lignes directrices du FGI. Les auteurs interprétaient de la façon suivante l'exigence minimale que la salle de toilette, ou le local de matériel souillé, soit équipée d'un lave-bassines ou d'un évier muni d'un rebord à effet de chasse permettant d'éliminer les déchets humains : il devrait y avoir au minimum, entre deux chambres d'USI, une salle de toilette, une salle de toilette équipée d'un lave-bassines ou un local d'entreposage de matériel souillé équipé d'un évier-vidoir muni d'un rebord à effet de chasse. Les préoccupations à l'origine de ces exigences sont liées au respect de l'intimité du patient et au risque d'exposition du personnel à la contamination. L'accent mis sur la présence de salles de toilette à accès direct découle d'une tendance à sortir le patient du lit et à le faire bouger le plus rapidement possible, une tendance qui ne se limite pas aux unités de soins coronariens.

Les auteurs déconseillent l'usage de toilettes escamotables parce qu'elles ne sont pas fiables, qu'elles sont sujettes à des fuites et qu'elles sont trop basses pour être utilisées par les patients ou le personnel. De plus, elles suscitent une préoccupation théorique de contamination de l'environnement quand la chasse d'eau est actionnée.

Dans le deuxième article, Bartley et Streifel [2010] insistent davantage sur la supériorité de l'aménagement d'une USI en chambres individuelles, ce qui les a amenés à aborder la question de salles de toilette attenantes. Ils reprennent les mêmes points que dans leur article précédent, mais en insistant sur un aménagement qui réduit au minimum la distance à parcourir pour vider les bassines dans les toilettes ou dans un évier-vidoir muni d'un rebord à effet de chasse. Les solutions possibles sont d'abord une salle de toilette attenante ou l'exigence minimale des lignes directrices du FGI, puisqu'ils déconseillent l'usage de toilettes escamotables. Pour autre option, les auteurs présentent le laveur-désinfecteur automatisé dans l'aire de soins. Cet équipement permet d'y insérer des bassines ou d'autres accessoires réutilisables, d'évacuer les déchets dans un égout sanitaire et de procéder à un cycle de nettoyage et de désinfection. Le laveur-désinfecteur peut être placé dans la chambre du patient ou encore dans la salle de toilette ou le local d'entreposage de matériel souillé.

Les deux auteurs reprennent la recommandation du FGI quant à la présence d'un lavabo dans la salle de toilette à l'usage du patient et d'un autre dans la chambre, à l'extérieur du rideau. Les lavabos ne doivent pas être du type évier godet (*cup sink*). Ils ne doivent pas non plus être placés trop près du lit du patient. L'activation de l'écoulement d'eau doit se faire de façon automatique.

Une présentation d'Hamilton a traité de la question des toilettes escamotables dans un meuble fixe dans les chambres, en précisant qu'elles étaient surtout utilisées pour vider les bassines mais qu'elles n'étaient pas pourvues d'un système d'évacuation fermé [Hamilton, 2000]<sup>3</sup>. Le nettoyage de ces bassines (au jet d'eau ou non) est une source majeure d'aérosols contaminés et de dissémination d'organismes infectieux. L'option d'un fauteuil d'aisance mobile, de préférence à l'utilisation de la bassine par le patient, pose elle aussi le problème des bassines qu'il faut transporter et vider, avec les risques infectieux que cela comporte. La solution la plus sécuritaire proposée par l'auteur est un système fermé, tel que le macérateur.

Harvey a aussi abordé la question des fauteuils d'aisance à proximité du lit, qu'ils soient mobiles ou fixes. Dans ce dernier cas, ils sont logés dans un meuble et sont rabattables [Harvey, 1998]. L'auteur soulevait déjà les problèmes de fuites et d'odeur, ce qui a suscité des préoccupations quant au risque de contamination et de transmission des infections lié à la présence d'éclaboussures et d'aérosols ou à de l'eau stagnante. De fait, à défaut de salle de toilette attenante, ces modules fixes peuvent être utilisés pour éliminer les déchets humains, mais ils comportent un risque accru d'éclaboussure ou d'aérosols. Bien qu'il n'y ait pas de données probantes sur ce lien, l'auteur soulignait qu'il était plus prudent de limiter leur utilisation.

Par ailleurs, Harvey a énoncé quelques principes relatifs aux choix d'installation de la plomberie dans les chambres des patients :

- idéalement, chaque patient devrait avoir sa propre toilette;
- les sources d'approvisionnement en eau peuvent être contaminées;

---

<sup>3</sup> Une version plus récente de ce document est présentée dans l'ouvrage suivant : Hamilton DK et Shepley MM. Design for critical care: An evidence-based approach. Elsevier/Architectural Press; 2010.

- les lavabos et les éviers-vidoirs servant à l'évacuation des déchets biologiques humains devraient être séparés;
- des lavabos devraient être placés à l'entrée de l'aire de soins du patient;
- les déchets biologiques du patient ne devraient pas être transportés d'une aire à une autre, à l'extérieur de la chambre.

L'auteur précisait que ces exigences entraînent des coûts et qu'il y a lieu de bien examiner les moyens de protéger les patients sans que ces coûts deviennent déraisonnables. Enfin, il recommande que des professionnels de la prévention et du contrôle des infections fassent partie des équipes de conception de tous les projets hospitaliers de rénovation et de construction.

À titre complémentaire, il est intéressant de mentionner un article qui aborde l'usage des fauteuils d'aisance mobiles près des lits du service des urgences et une solution en vue de réduire le risque d'exposition à des microorganismes pathogènes présents dans les selles [Delaney, 2013]. La pratique habituelle consiste à avoir recours aux bassines de lit ou aux bassins de fauteuil d'aisance et d'éliminer les déchets biologiques dans les toilettes ou dans un évier-vidoir prévu à cette fin ou encore d'utiliser des équipements de traitement des bassines ou d'autres accessoires. Le transport des bassines ou des bassins et leur nettoyage sont associés à des risques de contamination; des problèmes de fonctionnement de l'équipement de traitement peuvent également survenir. La solution proposée est l'utilisation de sacs ou d'enveloppes hygiéniques jetables, qui sont adaptés aux bassins de fauteuil d'aisance ou les remplacent. Cette solution, selon l'auteur, présente plusieurs avantages sur le plan du contrôle de la contamination, de l'utilisation des heures-soins du personnel, de la satisfaction du personnel et de la réduction du coût de l'équipement et du linge. Par contre, comme le rapport d'évaluation de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (intégrée à l'INESSS depuis 2011) le mentionnait, les avantages et les désavantages de cette solution, comparée à l'utilisation d'équipements de traitement de bassines, doivent être établis dans chaque établissement, y compris les effets environnementaux [AETMIS, 2009].

## 4.6 Le risque de chute

Bien qu'aucun article traitant particulièrement du risque de chute chez les patients dans les USI n'ait été repéré, une étude plus générale a montré les liens entre ce risque et les activités reliées à l'élimination des déchets humains, ce qui pouvait donner à réfléchir à l'étape de conception de l'aménagement des chambres dans les unités de soins [Hitcho *et al.*, 2004]. Les auteurs ont étudié les caractéristiques et les circonstances des chutes dans un centre hospitalier de 1 300 lits pendant 13 semaines. Parmi les 183 chutes qui s'y sont produites, 35 sont survenues au moment où le patient déambulait (37 % en allant du lit à la toilette, 11 % en passant du fauteuil d'aisance au lit et 6 %, du lit au fauteuil d'aisance); 8 des 27 chutes impliquant un fauteuil d'aisance se sont produites après que le patient y ait été conduit et qu'il y ait été laissé seul; 4 des 21 chutes survenues dans la salle de toilette l'ont été alors que le préposé attendait à l'extérieur de la salle. En somme, ce sont les activités reliées à l'élimination des déchets humains qui sont le plus souvent associées à des chutes (67,7 % dans le cas de blessures mineures et 57,1 % dans le cas de blessures modérées ou graves, comparativement à 39,3 % lorsqu'aucune blessure n'est occasionnée). Il en découle que des interventions spécifiques devraient être mises en place afin de faciliter l'utilisation sécuritaire des toilettes et du fauteuil d'aisance, particulièrement par les personnes âgées qui présentent un risque élevé de chute.

---

## 5. CONCLUSION

---

Au terme de cette revue de la littérature, l'INESSS conclut ce qui suit :

- Aucun document de planification immobilière n'établit des normes sur l'installation de modules sanitaires (combinant une toilette et un lavabo) ou à la fois d'une toilette et d'un lavabo dans les chambres des patients dans les unités de soins intensifs (USI) ou les « cubicules » du service des urgences ou de médecine de jour.
- Les lignes directrices établies par des organismes professionnels ou des groupes d'experts déconseillent généralement l'usage de toilettes escamotables (intégrées à des modules sanitaires, si elles sont fixes) dans les USI, le plus souvent pour des motifs de risques de contamination et de transmission d'infections nosocomiales; l'un des principaux facteurs y contribuant est le fait qu'elles servent la plupart du temps à vider les bassines, ce qui présente un risque accru d'éclaboussures ou d'aérosols.
- Ces lignes directrices recommandent qu'il y ait un accès direct à une salle de toilette dans les chambres, à une salle de toilette équipée d'un dispositif de traitement des bassines ou à un local d'entreposage de matériel souillé permettant d'éliminer les déchets humains. Les préoccupations concernent le transport des bassines souillées : la distance entre le lit et le lieu d'évacuation doit être réduite au minimum et il faut éviter le plus possible ce transport hors de l'aire de soins des patients.
- En ce qui concerne l'équipement de traitement des bassines, les modèles hermétiques sont à privilégier.
- Il est préférable de limiter l'utilisation du fauteuil d'aisance. Dans les cas où elle s'avère nécessaire, des mesures rigoureuses de contrôle de la contamination doivent être appliquées.

# RÉFÉRENCES

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Analyse comparative des équipements de traitement des bassines de lit. Note technique préparée par Christine Lobè. ETMIS 2009;5(4):1-47.

Australasian Health Infrastructure Alliance (AHIA). Australasian health facility guidelines - Version 4. Sydney, Australie : AHIA; 2010. Disponible à : [http://www.healthfacilityguidelines.com.au/AusHFG\\_Documents/Guidelines/Archive/AusHFG%20Complete%20Version%204.pdf](http://www.healthfacilityguidelines.com.au/AusHFG_Documents/Guidelines/Archive/AusHFG%20Complete%20Version%204.pdf).

Bartley J et Streifel AJ. Design of the environment of care for safety of patients and personnel: Does form follow function or vice versa in the intensive care unit? Crit Care Med 2010;38(8 Suppl):S388-98.

Bartley JM, Olmsted RN, Haas J. Current views of health care design and construction: Practical implications for safer, cleaner environments. Am J Infect Control 2010;38(5 Suppl 1):S1-12.

Delaney MB. Right to know: Reducing risks of fecal pathogen exposure for ED patients and staff. J Emerg Nurs 2013 [Epub ahead of print].

Department of Health (DoH). Health Building Note 15-01: Accident and emergency departments. Londres, Angleterre : DoH; 2013a. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/hospital-accident-and-emergency-departments-planning-and-design>.

Department of Health (DoH). Health Building Note 00-09: Infection control in the built environment. Londres, Angleterre : DoH; 2013b. Disponible à : [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/170705/HBN\\_00-09\\_infection\\_control.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/170705/HBN_00-09_infection_control.pdf).

Department of Health (DoH). Health Building Note 04-02: Critical care units. Londres, Angleterre : DoH; 2013c. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/guidance-for-the-planning-and-design-of-critical-care-units>.

Facility Guidelines Institute (FGI), United States Department of Health and Human Services (DHHS), American Society for Healthcare Engineering (ASHE). Guidelines for design and construction of health care facilities: 2010 edition. Chicago, IL : ASHE; 2010.

Fourrier F, Boiteau R, Charbonneau P, Drault JN, Dray S, Farkas JC, et al. Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations. Réanimation 2012;21(3):523-39.

Hamilton DK. Design for critical care facilities [présentation à la conférence "Healing by design: Building for health care in the 21st century", tenue à l'Université McGill, Montréal (Québec), les 20 et 21 septembre 2000]. Disponible à : [http://faculty.arch.tamu.edu/khamilton/HamiltonPDFs/Speaking/Hamilton\\_McGillspeech-DesignforCriticalCareFacilities2000.pdf](http://faculty.arch.tamu.edu/khamilton/HamiltonPDFs/Speaking/Hamilton_McGillspeech-DesignforCriticalCareFacilities2000.pdf).

Harvey MA. Critical-care-unit bedside design and furnishing: Impact on nosocomial infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19(8):597-601.

Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: A prospective analysis. *J Gen Intern Med* 2004;19(7):732-9.

Mallaret MR. Quelle architecture concourt à la prévention des infections nosocomiales en réanimation ? *Réanimation* 2002;11(4):260-5.

Rashid M. A decade of adult intensive care unit design: A study of the physical design features of the best-practice examples. *Crit Care Nurs Q* 2006;29(4):282-311.

Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med* 2012;40(5):1586-600.

U. S. Department of Veterans Affairs (DVA). Medical/surgical inpatient units and intensive care nursing units. Washington, DC : DVA; 2011. Disponible à : <http://www.cfm.va.gov/til/dGuide/dgInpatientNU.pdf>.

U. S. Department of Veterans Affairs (DVA). Ambulatory care (hospital-based). Washington, DC : DVA; 2009. Disponible à : <http://www.cfm.va.gov/til/dGuide.asp>.