

Programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales

Révision juin 2025

Approuvé par le Comité multidisciplinaire de prévention et contrôle des infections :

19 juin 2025

Approuvé par le comité de la haute direction : 10 juin 2025

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	2
2	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	3
2.1	OBJECTIFS DU PROGRAMME DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS	3
3	PREMIÈRE PARTIE – LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	4
3.1	LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES.....	4
	QU'EST-CE QUE LA SURVEILLANCE ?.....	4
3.1.1	ÉTAPE 1 : LA PLANIFICATION	5
3.1.2	ÉTAPE 2 : COLLECTE DES DONNÉES.....	6
3.1.3	ÉTAPE 3 : L'ANALYSE DES DONNÉES ET LE CALCUL DES TAUX D'INFECTIONS	7
3.1.4	ÉTAPE 4 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	9
3.1.5	ÉTAPE 5 : LA COMMUNICATION DES DONNÉES POUR AMÉLIORER LA PRATIQUE.....	12
3.1.6	ÉTAPE 6 : L'ÉVALUATION.....	12
3.2	LES POLITIQUES, PROCÉDURES ET MESURES DE SOUTIEN EN MATIÈRE DE PCI	12
3.3	L'ÉDUCATION ET LA FORMATION	19
3.4	L'ÉVALUATION DU PROGRAMME ET L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	22
3.5	LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION	27
3.6	LA GESTION DES ÉCLOSIONS.....	31
3.7	LA GESTION DES RISQUES.....	36
4	DEUXIÈME PARTIE : STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU PROGRAMME, LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS	36
4.1	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS	37
4.2	COMITÉ MULTIDISCIPLINAIRE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS.....	38
5	CONCLUSION	40
6	RÉFÉRENCES	41

1 INTRODUCTION

Un des grands enjeux des dernières années pour notre réseau de santé est la lutte contre les infections nosocomiales (IN) ou infections associées aux soins de santé (IASS). Celles-ci constituent une cause majeure de complications des soins en santé, d'où l'importance de la mise en place d'un programme structuré de prévention et contrôle de ces infections. Ce programme repose principalement sur le travail quotidien de l'équipe de la prévention et du contrôle des infections (PCI) avec le support des microbiologistes infectiologues. Les IASS sont définies comme une complication infectieuse acquise à l'occasion d'un épisode de soins administrés par un ou plusieurs membres d'un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ces soins sont administrés.

Afin de protéger les patients, le personnel, les visiteurs et de réduire les impacts des IASS, il est nécessaire de prévenir les infections avant qu'elles ne surviennent. La documentation spécialisée a démontré qu'au moins 30 % des infections nosocomiales pourraient être évitées par un programme structuré de prévention et de contrôle des infections. Il a été démontré que les programmes de prévention et de contrôle des infections sont efficaces tant cliniquement que sur le plan des coûts; ils engendrent d'importantes économies en diminuant le nombre d'IASS, en limitant la durée des séjours à l'hôpital, en réduisant la résistance aux antibiotiques et en diminuant les coûts de traitement des infections.¹Toutefois, les infections nosocomiales ne sont pas toutes évitables puisque chaque intervention ou procédure comporte un risque infectieux variant selon le degré de vulnérabilité du patient.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme structuré permettent d'avoir une perspective globale, des activités à prioriser et à réaliser. Ceci afin de s'assurer de l'amélioration continue de la qualité dans la prestation des soins et services. La lutte contre les infections nosocomiales se doit d'être une responsabilité partagée par les administrateurs, les gestionnaires, les médecins, les professionnels, les intervenants ainsi que le personnel des services techniques et de soutien de l'établissement². La lutte contre les infections nosocomiales ne peut être efficace que si elle est effectuée de façon concertée et coordonnée³. Notre programme est donc une priorité pour l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) en matière de gestion des risques et de qualité des soins.

Le présent document est basé sur le cadre de référence ministériel de 2017 ainsi que le Plan d'action 2015-2020 du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et est adapté à la réalité de l'ICM.

¹ COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ) - Direction des risques biologiques et de la santé au travail, *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus*, 2015.

² COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES (CCPMI) *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé, 3e édition*, 2012.

³ LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et des services sociaux du Québec (2017)

2 PRÉSENTATION DU PROGRAMME

2.1 Objectifs du programme de prévention et contrôle des infections

Le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) a pour objectif de protéger les patients contre l'acquisition d'infections ou de micro-organismes multirésistants durant un épisode de soins, quel que soit le lieu où ils sont administrés. Il vise également la protection du personnel, des visiteurs ou des aidants naturels vis-à-vis de ce même risque. Ces objectifs s'appliquent à tous les secteurs d'activité de l'ICM lors de la prestation de soins.

La mise à jour de notre programme s'appuie sur la deuxième édition du document *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec – La prévention et le contrôle des infections nosocomiales émis par le Ministère de santé et services sociaux du Québec (2017)*.

Le programme de PCI de l'ICM est divisé en deux grandes parties. La première traitera des grands champs d'activité du programme, soit :

- La surveillance des infections nosocomiales
- Les politiques procédures et mesures de soutien en matière de PCI
- L'éducation et la formation
- L'évaluation du programme et l'amélioration continue de la qualité
- La communication et la formation
- La gestion des éclosions
- La gestion des risques

La seconde partie présentera les composantes structurelles du programme, soit :

- L'équipe de la PCI
- Le comité stratégique de PCI (comité multidisciplinaire)
- La Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)
- Les autres services et collaborateurs (hygiène et salubrité, unité de retraitement des dispositifs médicaux, laboratoire de microbiologie, pharmaciens dans la lutte à la résistance aux antibiotiques, syndicats, comités des usagers, santé et sécurité au travail)

Les responsabilités du président-directeur général et du conseil d'administration d'établissement sont aussi abordées dans la deuxième partie.

3 PREMIÈRE PARTIE – LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

3.1 La surveillance des infections nosocomiales

Qu'est-ce que la surveillance ?

La surveillance est au cœur du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI). Elle comprend la collecte, l'analyse et la diffusion de données sur les infections nosocomiales et les pratiques de soins, afin de détecter rapidement les problématiques, d'orienter les actions correctives et d'assurer la conformité aux exigences légales et aux normes d'Agrément Canada. Ce processus continu, mené principalement par l'équipe PCI, permet aussi de justifier les ressources nécessaires et d'évaluer la qualité des soins.

Les objectifs de la surveillance incluent la détection des infections nosocomiales, des agents pathogènes résistants et des éclosions, tout en favorisant l'adhésion du personnel aux mesures de prévention. En améliorant la communication entre les intervenants et en adaptant les pratiques cliniques, elle contribue à la sécurité des patients et à l'amélioration continue des soins. L'efficacité de ce système est bien démontrée pour réduire les taux d'infection dans les milieux hospitaliers.

Objectifs de la surveillance

- Détecter précocement les infections nosocomiales (IN), les micro-organismes résistants aux antibiotiques et les virus.
- Évaluer la qualité des soins et l'efficacité des mesures de prévention.
- Répondre aux exigences légales (ex. Loi sur la santé publique).
- Appuyer les décisions de gestion et orienter les stratégies cliniques.
- Diminuer l'incidence des infections nosocomiales

Utilité de la surveillance

- Établir les taux de base des IN et détecter les variations.
- Détecter la transmission et les éclosions et intervenir rapidement.
- Identifier les patients à risque et les facteurs associés aux IN.
- Améliorer les pratiques cliniques et organisationnelles.
- Fournir des indicateurs de qualité aux gestionnaires.
- Renforcer l'application des moyens de prévention et de contrôle.
- Mesurer l'efficacité du programme de prévention et de contrôle des infections.
- Assurer la sécurité des patients et diminuer l'incidence des IN.

Comment s'effectue la surveillance ?

Une surveillance efficace nécessite plusieurs étapes :

- Étape 1 : La planification
- Étape 2 : La collecte des données
- Étape 3 : L'analyse des données
- Étape 4 : L'interprétation des données
- Étape 5 : La communication des données
- Étape 6 : L'évaluation

3.1.1 Étape 1 : La planification

Le choix des infections à surveiller repose sur une évaluation des priorités. Celles-ci sont basées sur les exigences ministérielles (ententes de gestion), les exigences de l'Institut Nationale de Santé Publique (INSPQ) et de la Surveillance Provinciale des Infections Nosocomiales (SPIN). Elles se basent finalement sur les spécificités des patients de l'ICM (par ex. : les infections du site opératoire en chirurgie cardiaque).

Les éléments suivants orientent nos choix en matière de planification :

- Le type de patients (par ex. : patients en chirurgie cardiaque) ;
- Les différentes interventions invasives exécutées à l'ICM ;
- La fréquence de certaines infections ;
- Les conséquences des infections sur les patients, sur les ressources et la durée de séjour ;
- Le caractère évitable de l'infection ;
- L'obligation de participer au programme de surveillance des infections nosocomiales (SPIN).
- Le programme de surveillance des infections de l'ICM comprend 10 volets :
 - Les infections du site opératoire en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie (site d'implantation de défibrillateur et de stimulateur cardiaque) ;
 - Les infections des voies urinaires ;
 - Les pneumonies nosocomiales incluant les pneumonies associées à la ventilation mécanique (PAV) ;
 - Les bactériémies nosocomiales panhospitalières (SPIN) ;
 - Les bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) (SPIN) ;
 - Les bactériémies reliées aux cathéters centraux aux soins intensifs (SPIN) ;
 - La résistance bactérienne des micro-organismes : les Entérocoques résistants à la Vancomycine (ERV) (SPIN), les Staphylocoques aureus résistants à la méthicilline ou oxacilline (SARM), les Bacilles à Gram Négatif Producteurs de Carbapénémases (BGNPC) (SPIN), *Candida Auris* ;
 - Les diarrhées associées au *Clostridioides difficile* (DACD)(SPIN) ;

- Les gastroentérites virales ;
- Les infections des voies respiratoires (par ex. : influenza, coronavirus, maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) et le SRAS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)).

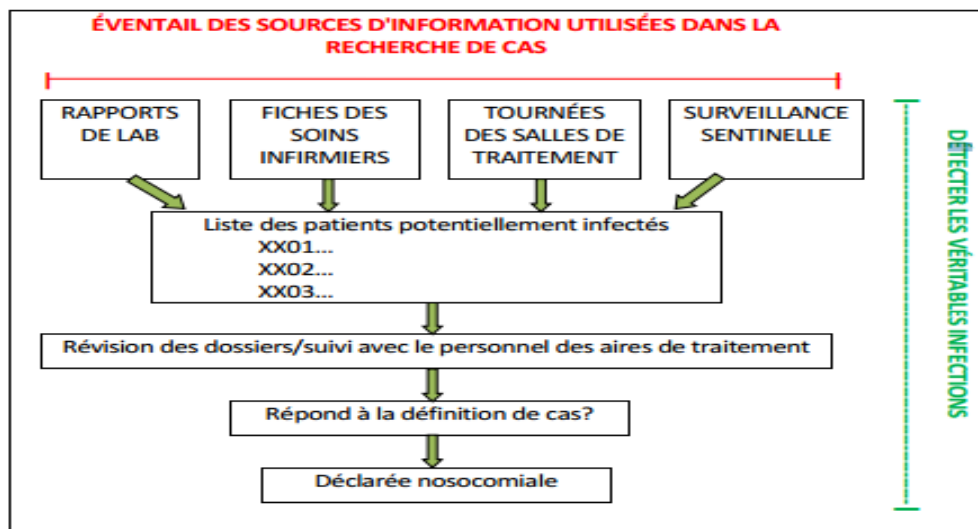
3.1.2 Étape 2 : Collecte des données

La collecte de données sur les infections nosocomiales repose sur des définitions standardisées et validées par l'INSPQ, assurant la comparabilité et la pertinence des données. Ces définitions, issues du cadre de référence provincial et anciennement des critères du CDC/NHSN, permettent une compréhension uniforme entre les intervenants et facilitent la détection rapide d'anomalies ou de risques accrus⁴. Depuis 15 ans, le Québec a développé le système SPIN, regroupant sept programmes de surveillance coordonnés par le Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ), qui élabore aussi des protocoles et recommandations fondés sur les meilleures pratiques.

L'équipe de PCI de l'ICM utilise les Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus publiés par le CINQ.

Pour recueillir les données et les renseignements, plusieurs sources sont utilisées pour détecter les véritables infections nosocomiales :

Figure 1 : Éventail des sources d'information utilisées dans la recherche de cas



❖ Les rapports de laboratoire :

La conseillère en PCI passe en revue quotidiennement les alarmes de *Nosokos* en lien avec des résultats de culture positifs qui nécessitent une enquête. De plus, le personnel du laboratoire de microbiologie avise le service de PCI de tout résultat positif.

⁴ COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ) - Direction des risques biologiques et de la santé au travail, *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus*, 2020

❖ Les dossiers de patients :

Le professionnel en PCI passe en revue les notes médicales et celles du personnel infirmier, la médication, les traitements, les rapports de radiologie, les rapports diagnostiques et de laboratoire lorsqu'elle a des raisons de suspecter une infection (par ex. : une ordonnance d'antibiotiques, une hémoculture positive). Cette identification des infections potentielles se fait aussi grâce au logiciel *Nosokos*.

❖ Les tournées des unités de soins :

Lors de ses tournées, le professionnel en PCI échange activement avec le personnel soignant pour identifier précocement les infections potentielles non encore documentées. Bien que chronophage, cette démarche proactive permet :

- Connaissance des pratiques de soins : observation directe des pratiques.
- Visibilité accrue : renforcement de la présence et de l'expertise en PCI auprès des équipes.
- Dialogue constant : établissement d'une communication fluide avec les intervenants.
- Échange d'informations ciblé : partage accru d'informations essentielles sur la PCI.
- Mise en place rapide de précautions : implantation de mesures additionnelles dans les meilleurs délais en cas de suspicion d'infections transmissibles.

Ces tournées favorisent une meilleure observance des pratiques de PCI au sein des unités de soins.

❖ Vérification des dossiers de patients ayant visité la clinique de plaies :

À partir de ces sources d'information, le service de la PCI dresse la liste des infections potentielles. Ces infections sont confirmées suite à la révision de dossiers plus détaillée, par des consultations auprès d'autres professionnels de la santé (ex : infirmière en soins de plaie) et du microbiologiste infectiologue.

3.1.3 Étape 3 : L'analyse des données et le calcul des taux d'infections

a) Taux d'infection nosocomiale calculé en fonction de la durée de séjour

Le risque d'infection des patients peut varier en raison de la durée de séjour dans l'établissement. Plus la durée de séjour est longue, plus le patient est à risque de développer une infection. Selon le type d'infection, le calcul du taux d'infection nosocomiale ou taux d'incidence sera calculé en fonction de la durée de séjour, en utilisant le nombre de jours-présences comme dénominateur.

b) Taux d'infection nosocomiale calculé en fonction du type d'intervention

Le risque de contracter une infection nosocomiale varie aussi en fonction du type d'intervention auquel le patient est soumis. Ce risque est attribuable au caractère invasif de l'intervention et aux particularités du patient qui subit l'intervention.

Ainsi, la façon de calculer le taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO) est de comparer les patients qui ont subi la même chirurgie. Le numérateur correspond aux patients qui ont contracté une ISO après la chirurgie, le dénominateur est le nombre de patients qui ont subi une chirurgie durant la même période.

Taux d'infection nosocomiale calculé en fonction de l'exposition à des dispositifs médicaux

L'exposition à des dispositifs médicaux (par ex. : les respirateurs, les cathéters veineux centraux (CVC) ou les sondes urinaires) est liée à un risque accru d'infections nosocomiales. Plus longue est la durée de l'exposition du patient à un dispositif, plus le risque de contracter une infection augmente. Il est donc important de calculer le taux d'incidence des infections en fonction d'un dispositif médical.

Par exemple, lors de la surveillance aux soins intensifs chirurgicaux des infections urinaires associées à une sonde urinaire, le taux d'infection est calculé en divisant le nombre de cas d'infection urinaire chez les patients porteurs d'une sonde divisé par le nombre de jours-sonde durant lesquels les patients étaient porteurs de sondes urinaires, pendant une période. Le calcul est le même pour les patients sous ventilation assistée (jours-ventilation) et pour les patients avec cathéter veineux central (jours-cathéter).

c) Fréquence des calculs des taux d'infections nosocomiales

Afin de suivre étroitement les variations du risque de contracter une infection nosocomiale, les taux d'infection sont calculés mensuellement. Ces données sont par la suite présentées sous forme de présentations *PowerPoint* lors des rencontres du comité multidisciplinaire de PCI, du comité de gestion de risque et du conseil d'administration d'établissement.

d) Attribution d'infections nosocomiales à une période donnée

Pour la majorité des infections nosocomiales, la date d'apparition des symptômes ou la date de la culture correspond à celle de l'infection. Les infections du site opératoire font exception : dans ces cas, la date de la chirurgie est prise en compte si une infection se développe en post-opératoire.

3.1.4 Étape 4 : Analyse et interprétation des données

La surveillance des infections nosocomiales suit un processus rigoureux :

- Collecte et saisie des données : Les données de surveillance sont recueillies et saisies dans un logiciel dédié.
- Validation : Les données sont validées pour assurer l'exactitude.
- Analyse : Le logiciel permet d'analyser les données par variables et dénominateurs pour calculer les taux d'incidence.
- Comparaison : Les taux sont comparés aux données antérieures (année précédente incluse) et entre unités de soins.
- Identification des tendances : L'analyse mensuelle des taux vise à identifier les tendances et facteurs communs.
- Examen par le comité PCI : Les rapports sont étudiés lors des réunions du comité de PCI.
- Recommandations et suivi : Le comité émet des recommandations basées sur l'analyse, et l'équipe de PCI en assure le suivi.
- Interprétation et identification des améliorations : L'équipe et le comité de PCI interprètent les données pour cibler les améliorations des pratiques en cas de hausse des taux.
- Évaluation de l'efficacité : Les données permettent de valider l'efficacité des mesures préventives.
- Comparaison aux références : Les taux sont comparés aux données antérieures et aux cibles établies (ex: MSSS).
- Uniformité pour la comparaison inter-établissements : L'utilisation de méthodes et définitions de cas uniformes est essentielle pour comparer les taux entre établissements.
- Rapports réguliers et annuels : Les données, analyses et interprétations sont présentées dans des rapports réguliers et un rapport annuel au CMDP.
- Diffusion des données : La diffusion informe, valide les résultats et oriente les stratégies de prévention et d'intervention.

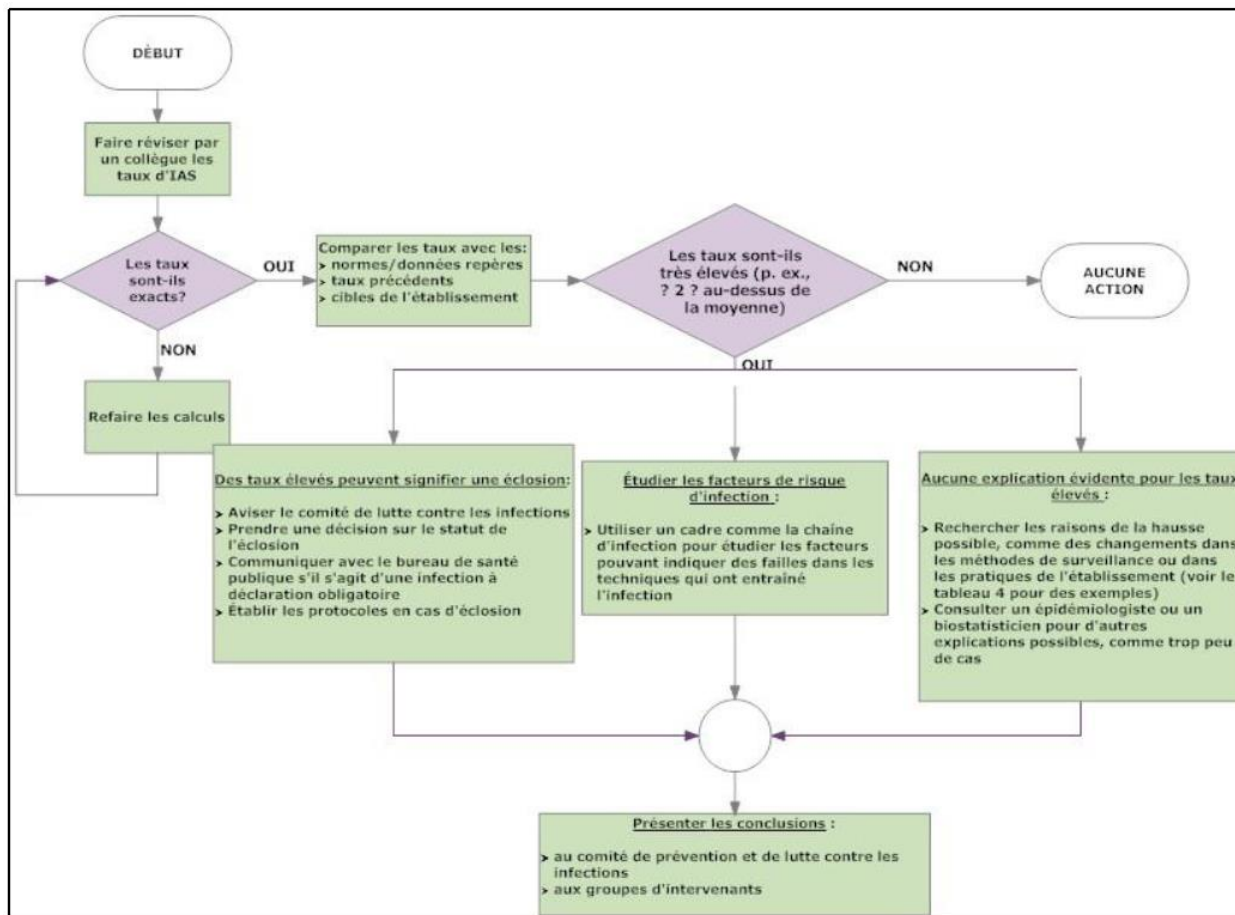


Figure 2 : Processus permettant d'interpréter les taux d'infections⁵

La recherche quotidienne de cas nous permet de connaître la fréquence des différentes infections observées à l'ICM et d'être en mesure d'évaluer si un taux est anormalement élevé ou acceptable. Si une hausse d'un taux d'infection est observée, une enquête sera initiée afin d'en trouver la cause ou les causes. Le modèle de « **chaîne de transmission d'une infection** » peut être utilisé pour l'enquête (figure 3). En intervenant sur n'importe lequel des maillons de cette chaîne, il est possible de prévenir une transmission.

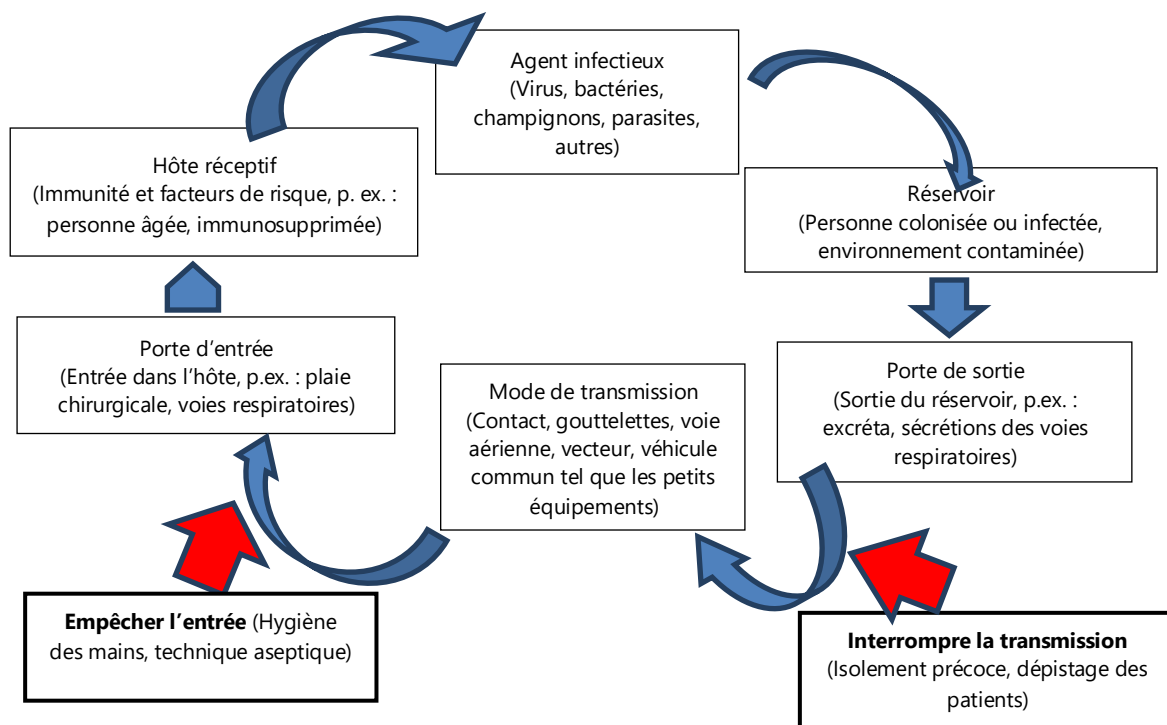
Les composantes du processus d'infection incluent :

- **L'agent infectieux** capable de produire une infection (ex. : bactéries, virus, champignons) il appartient soit à la flore endogène, microorganisme de l'individu ou à la flore exogène, source externe au patient ;

5. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES (CCPMI) Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé. 3e édition, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

- **Le réservoir**, c'est-à-dire, le lieu où l'agent infectieux peut vivre, notamment les patients, (la peau, le sang, les liquides biologiques, les excréments, les sécrétions) les surfaces de l'environnement ou le matériel de soins partagé ;
- **La porte de sortie** par lequel l'agent infectieux quitte le réservoir (ex. : les sécrétions des voies respiratoires, un bris de peau avec un saignement, une plaie avec un exsudat) ;
- **Le mode de transmission**, c'est-à-dire, la manière dont l'agent infectieux se déplace d'un patient à un autre (ex : par contact, par gouttelettes ou par voie aérienne). Certains agents infectieux peuvent être transmis par plus d'un mode.
- **La porte d'entrée** par laquelle l'agent infectieux s'introduit dans un autre patient (ex. : voies respiratoires, plaie chirurgicale) ; la vulnérabilité du patient en raison de son âge ou de son système immunitaire affaibli qui augmente le risque de contracter une infection.

Figure 3 : Exemple de chaîne de transmission d'un agent infectieux



Une augmentation des taux d'infection n'est pas nécessairement due à une faille dans les soins aux patients. Les taux d'infections peuvent dépendre de plusieurs facteurs comme ceux reliés à l'agent infectieux : la présence importante de cas d'influenza dans la communauté peut avoir un impact dans l'établissement. De même, la clientèle de plus en plus âgée et malade devient plus vulnérable lorsqu'elle est hospitalisée ou opérée. Le modèle de la chaîne de transmission peut nous aider à déterminer où il est possible d'intervenir dans ce processus et à expliquer les variations des taux. Il nous permet aussi d'améliorer nos pratiques en PCI pour réduire nos taux de différentes façons : dépistage des bactéries multirésistantes à l'admission des patients,

amélioration de l'hygiène des mains chez le personnel infirmier, isolement préventif à l'admission des patients en provenance de centres hospitaliers endémiques.

3.1.5 Étape 5 : La communication des données pour améliorer la pratique

Cette étape sera discutée dans la section 3.5 de ce programme.

3.1.6 Étape 6 : L'évaluation

L'équipe de PCI assure l'évaluation et l'analyse du processus de surveillance à l'ICM. Les taux d'infections sont analysés à chaque mois pour en déterminer les tendances et identifier les facteurs communs. Les rapports mensuels sont étudiés par le comité de prévention des infections à chacune de ses réunions (5 réunions par année et une facultative). Le comité fera des recommandations, au besoin, à la suite de l'analyse de ces rapports. L'équipe en PCI s'assure du suivi des recommandations.

Voici quelques exemples de questions guidant l'équipe de PCI dans l'évaluation du système de surveillance :

- Avons-nous été en mesure de détecter les éclosions ?
- Les résultats de la surveillance ont-ils modifié les pratiques de soins ?
- Ont-ils eu un impact sur la diminution des taux d'infections ?

L'évaluation permettra d'apporter des modifications dans le processus de surveillance.

Surveillance des processus

La surveillance des processus est la vérification de l'application des pratiques recommandées et elle vise à s'assurer que les procédures et normes de pratique sont suivies. Le chapitre traitant de l'évaluation du programme et de l'amélioration continue de la qualité abordera à nouveau ce sujet.

Certaines pratiques liées à la PCI font l'objet d'une surveillance soutenue comme c'est le cas de la surveillance de l'hygiène des mains. Le choix des pratiques qui font l'objet d'une surveillance sont en lien avec les objectifs et les priorités établis par notre programme de PCI et nos lignes directrices.

3.2 Les politiques, procédures et mesures de soutien en matière de PCI

Les politiques et procédures de PCI suivent une approche hiérarchique classée en trois catégories:

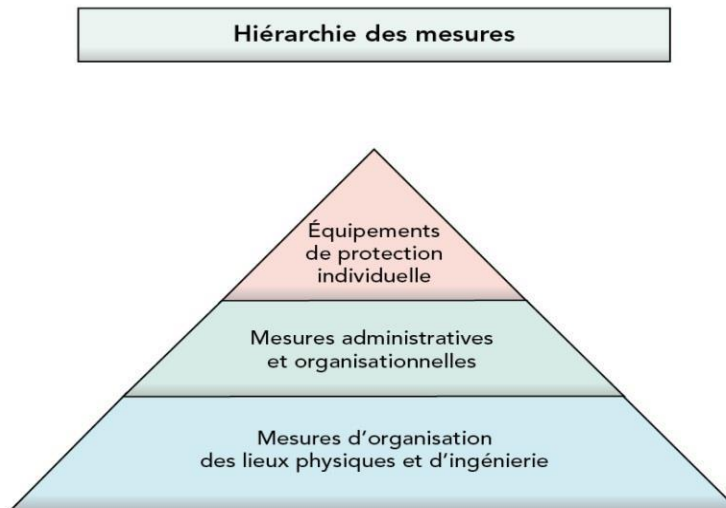
1. Équipement de protection individuelle;
2. Mesures administratives et organisationnelles;
3. Mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie.

La dernière catégorie, vise à prévenir la transmission d'infections par la conception et l'aménagement des espaces selon les normes de PCI en milieu de soins. Ces principes ont guidé l'élaboration des plans d'agrandissement du projet « Investir dans l'excellence » (IDE) ainsi que les

travaux de rénovation et de réaménagement des unités de soins. Plusieurs guides de planification immobilière du MSSS, intégrant les normes de PCI, ont servi de référence. Par exemple :

- Nombre suffisant de postes de lavage des mains situés stratégiquement.
- Nombre adéquat de chambres individuelles avec toilettes non partagées conformes aux normes.
- Respect constant des normes de ventilation dans tous les secteurs.

Figure 4 : Hiérarchie des mesures



Source : Modèle inspiré d'une présentation faite par l'Institut national de santé publique du Québec, aux 34^e Journées scientifiques de l'Association des infirmières en prévention des infections, le 16 mai 2012

Les mesures administratives et organisationnelles : concernent les politiques, les procédures et les guides de pratique qui inclut les mesures à respecter en PCI. Voici certains exemples :

- L'attribution des responsabilités en hygiène et salubrité (zones grises);
- L'allocation des ressources humaines et matérielles suffisantes et nécessaires à l'application de mesures de PCI;
- L'intégration de l'hygiène des mains, des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire dans les politiques et procédures;
- La recommandation de la création de postes nécessaires à l'exécution du programme de PCI (ex : infirmières de soins de plaies).

Les mesures individuelles : ce sont les mesures appliquées pour prévenir la transmission d'un microorganisme pathogène par une personne infectée ou colonisée et consistent à porter l'équipement de protection individuelle (EPI).

L'application de l'approche de la hiérarchie des mesures implique que chaque secteur de l'organisation reconnaît ses propres responsabilités au regard de la PCI et y accorde la priorité qui lui revient.

Élaboration et mise à jour des politiques et procédures

Les politiques et procédures sont des moyens reconnus pour encadrer les pratiques à l'intérieur de l'ICM. Elles sont basées sur des données probantes. Au Québec, l'INSPQ et le Cinq émettent régulièrement des avis scientifiques et des lignes directrices sur des problématiques particulières. L'ICM se guide sur ces documents adaptés à la réalité québécoise pour déterminer ses orientations et ses façons de faire. Les membres de l'équipe de PCI et le comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales s'approprient le contenu de ces documents, en discute afin d'en circonscrire les limites et les modalités d'application et font les recommandations appropriées à la direction de l'établissement.

De façon générale, les politiques et les lignes directrices sont :

- Conformes aux normes, lois, règlements en vigueur au Québec et au Canada ;
- Applicables et adaptées à l'ICM, en conformité ou en complémentarité avec d'autres politiques ou procédures existantes dans l'établissement;
- Approuvées par le comité de PCI, la direction de l'établissement et le conseil d'administration d'établissement au besoin;
- Révisés régulièrement;
- Regroupées dans un manuel de PCI dont l'index est constamment mis à jour et la version électronique est facilement accessible;
- Connues des intervenants concernés et leur sont accessibles soit en format papier ou électronique (onglet, *Documents cliniques*);
- La base des informations requises pour la prévention et le contrôle des infections auprès des usagers, des visiteurs et du personnel, ainsi que les mesures prévues pour la prise en charge des personnes exposées (usagers, visiteurs, personnel). L'attribution des rôles et responsabilités y est mentionnée;

- Une partie intégrante du programme d'amélioration continue de l'organisation;
- Auditées pour s'assurer de leur application et de l'atteinte des objectifs;
- Accompagnées d'un programme de formation obligatoire sur les politiques et procédures afin que les utilisateurs les connaissent et les appliquent dès leur embauche et en cours d'emploi.

L'élaboration des politiques et des lignes directrices en PCI, relève des secteurs concernés, parfois l'équipe de PCI, souvent les secteurs cliniques, de soutien ou administratifs. Si elles ne sont pas directement concernées, les conseillères en PCI agissent à titre de consultantes privilégiées.

Voici quelques exemples de politiques de l'ICM qui touche directement ou indirectement la PCI :

- DSI-09 - Politique sur l'hygiène des mains;
- DSI-19 - Politique relative à la gestion d'une éclosion;
- DSI-GR-01 Traçabilité des appareils médicaux qui requièrent de l'eau et qui sont utilisés auprès de la clientèle;
- DG-15 - Politique d'accessibilité des chiens-guides;
- DG-16 - Visites aux patients;
- DST-HS-01 - Gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques;
- DST-HS-02 - Attribution et utilisation des uniformes et des sarraus;
- DST-SPC-01 - Contrôle de la qualité;
- DSM-URDM-01 - Politique d'obligation du fabricant d'un dispositif médical (DM) à fournir les instructions de retraitement;
- DSM-BLOC-01 - Politique de réutilisation du matériel médical à usage unique;
- DRTI-GBM-01 - Acquisition des équipements médicaux;
- DRH-SST-DIR-06 - Protocole post-exposition accidentelle au sang ou aux liquides biologiques;
- DRH-SST-08 - Politique de retrait d'un travailleur de la santé symptomatique;
- DRH-SST-03 - Prévention et interventions en cas d'exposition accidentelle au sang ou aux liquides biologiques;
- DRH-18 - Politique relative à la vaccination des travailleurs de la santé;
- DRH-13 - Politique sur la tenue vestimentaire et au port de l'uniforme;
- DRH-SST-07 - Politique sur la gestion du programme de protection respiratoire des appareils de protection respiratoire n-95;
- DRH-SST-06 - Vaccination contre l'influenza.

Plusieurs procédures se retrouvent aussi dans le manuel de prévention et contrôle des infections, notamment aux chapitres concernant les sujets suivants :

- Pratiques de base et précautions additionnelles (chapitre 4);
- Mesures de contrôle recommandées pour les bactéries multirésistantes (chapitre 5);
- Mesures spécifiques pour les différents secteurs (chapitre 6);

- Procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation (chapitre 7);
- Gestion des déchets biomédicaux (chapitre 8);
- Maladies à déclaration obligatoire (chapitre 9).

Ensembles de pratiques exemplaires en PCI

Les ensembles de pratique exemplaire (EPE) sont constitués de trois à cinq pratiques fondées sur des données probantes. Les EPE sont considérées comme des standards de pratique qui permettent l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans la prestation des soins. L'Institut National de Santé Publique du Québec est responsable d'élaborer les documents de référence pour les divers ensembles de pratiques appelés « trousse ». Les ensembles de pratiques exemplaires (EPE) implantés à l'ICM sont les suivants :

- L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes (BMR);
- La prévention des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux (BACC);
- La prévention des infections du site opératoire (ISO);
- La prévention des infections des voies urinaires associées aux cathéters;
- La prévention de la pneumonie acquise sous ventilation mécanique (PAV).

La responsabilité de l'implantation de ces EPE revient aux directions cliniques et administratives concernées. L'équipe de PCI agit en soutien à l'équipe soignante.

Partage des rôles et responsabilités dans l'application des politiques et protocoles

L'équipe de PCI de l'ICM a comme rôles et responsabilités de soutenir et de coordonner l'application des politiques et procédures en matière de PCI dans l'ensemble de l'établissement pour atteindre les objectifs organisationnels de PCI. L'analyse des données de surveillance et leur interprétation ainsi que la gestion des éclosions sont sous sa responsabilité, mais l'application des politiques et procédures revient aux équipes cliniques. Chaque secteur doit s'approprier les rôles et responsabilités qui lui incombent en PCI et travailler en collaboration avec les autres secteurs et l'équipe de PCI pour l'application des mesures de PCI et la réduction du risque de transmission.

Mécanismes de collaboration

Outre la participation de l'équipe de PCI aux différents comités, des moyens permettant des échanges avec les intervenants sur une base régulière font partie des activités quotidiennes de l'équipe de PCI afin de soutenir l'application des politiques et protocoles. Voici les services et instances avec qui l'équipe a établi une étroite collaboration :

❖ Laboratoire de microbiologie

L'équipe de PCI communique quotidiennement avec le laboratoire de microbiologie afin d'obtenir les données nécessaires à la surveillance des infections et est rapidement informée de toute situation qui exigerait la mise en place de mesures particulières.

❖ Pharmacie

L'équipe de la PCI collabore avec les pharmaciens et les microbiologistes dans la mise en place de mesures cohérentes afin de contrôler l'émergence de souches résistantes, de diminuer l'exposition inutile à des agents pouvant entraîner des effets indésirables comme le *Clostridioides difficile*. Le pharmacien responsable du programme d'antibiogouvernance et les microbiologistes participent au comité de pharmacologie pour mettre à jour les politiques d'utilisation des antibiotiques dans l'établissement. Le pharmacien est aussi responsable de faire des analyses de données des patients recevant des antibiotiques. Le pharmacien responsable du programme siège au comité de PCI où il présente les résultats du programme de surveillance des antibiotiques et discute des pistes d'amélioration. La collaboration entre les différents fournisseurs de soins de santé joue un rôle clé dans la lutte contre l'antibiorésistance.

Le comité multidisciplinaire de prévention et contrôle des infections veille au suivi des résultats du programme de l'antibiogouvernance et joue un rôle de recommandation auprès du CMDP.

❖ Service de santé et sécurité au travail

Le service de santé et sécurité au travail joue un rôle important dans un programme de prévention des infections nosocomiales chez les employés. Ce service et l'équipe de PCI entretiennent une collaboration étroite, axée principalement sur :

- La transmission d'information par l'équipe de PCI au regard de toute situation potentielle d'exposition professionnelle à un agent infectieux transmissible (cette information inclut les lieux, les dates et la période de contagion) afin de pouvoir assurer un suivi adéquat des employés visés (par ex. : éclosion de gastroentérite);
- La transmission d'informations par le service de santé et sécurité au travail au regard de toute situation où un employé atteint d'une maladie contagieuse aurait pu exposer la clientèle de l'établissement;
- L'élaboration et l'actualisation du protocole post exposition professionnelle au sang et aux autres liquides biologiques (voir politique DRH-SST-03);
- L'élaboration et la promotion de la campagne de vaccination contre l'influenza;
- Les orientations relatives au programme de protection respiratoire (ajustement des masques N-95);
- La politique de retrait des employés pour causes infectieuses.

❖ **Service d'hygiène et salubrité**

La propreté et l'entretien sanitaire font partie des éléments essentiels à la prévention et au contrôle des infections. Les conseillères en PCI collaborent étroitement avec le service d'hygiène et salubrité dans l'application des lignes directrices en hygiène et salubrité publiées par le MSSS. L'équipe d'hygiène et salubrité joue un rôle important dans la prévention et le contrôle des infections, de concert avec l'équipe de prévention des infections. Les deux équipes travaillent ensemble et de façon complémentaire afin de réduire le plus possible tout risque d'infection reliée aux épisodes de soins. Elles se partagent l'information et ont une vision commune.

❖ **Direction des ressources technologiques et immobilières, des services aux bâtiments, de la planification et de construction**

Les conseillères en PCI collaborent étroitement avec l'équipe des ressources technologiques et immobilières afin d'assurer la prévention des infections, le contrôle des nuisances, la qualité de l'environnement et la sécurité des patients lors des travaux de démolition, de réparation, de rénovation et de construction. En effet, ils jouent un rôle de premier plan dans la formation des équipes techniques et dans la planification de projets de construction et de rénovation afin de s'assurer que toutes les mesures sont mises en place pour prévenir les infections nosocomiales liées aux travaux de construction (Politique DRTI-SPC-01).

❖ **Chefs de service et AIC**

Les chefs et les AIC des unités de soins et des différents services de l'établissement sont responsables de l'application des mesures de PCI. Ils sont aussi des partenaires importants dans l'élaboration de ces mesures afin qu'elles soient applicables.

❖ **Les conseillères en soins infirmiers (CSI) et les monitrices cliniques**

Les CSI et les monitrices cliniques, par leur rôle auprès des soignants et des gestionnaires, comptent parmi les partenaires à privilégier pour soutenir l'application des politiques et protocoles.

❖ **Direction régionale de santé publique**

L'ICM et l'équipe de PCI exercent une vigilance quant aux problèmes infectieux émergents dans la communauté afin d'en prévenir la dissémination en milieu de soins. À cette fin, nous collaborons avec la Direction de santé publique du MSSS afin d'établir des liens de communication nous permettant de déceler toute infection d'origine communautaire et d'élaborer les stratégies pour en prévenir la transmission nosocomiale. Nous devons aussi informer cette dernière de toute situation émergente et d'éclosion survenant dans notre établissement.

Stratégies d'implantation des meilleures pratiques en PCI

L'avancement des connaissances en matière de PCI nous permet maintenant d'implanter des pratiques rigoureuses dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement. L'ensemble de ces stratégies s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ces stratégies nécessitent la collaboration de tous les membres de notre organisation. Elles conduisent à un partage des responsabilités en matière de PCI. Les éléments suivants favorisent l'implantation des meilleures pratiques à l'ICM : une culture organisationnelle positive et participative qui vise l'excellence dans la recherche des meilleures pratiques; le soutien à la formation et à l'apprentissage des membres de l'équipe de PCI; la réalisation d'audits; la disponibilité des lignes directrices à jour; la formation qui répond aux besoins des différents secteurs d'activité.

3.3 L'éducation et la formation

Le programme de prévention des infections contient un volet éducatif tant pour les professionnels responsables de la prévention et du contrôle des infections que pour l'ensemble du personnel de l'établissement et la clientèle. Le présent chapitre traite des activités d'éducation et de formation pour ces trois groupes. L'éducation et la formation sont parmi les activités principales de l'équipe de PCI qui coordonne le programme de formation. Son rôle en est un d'expert et à ce titre, elle assure la formation des formateurs et autres agents multiplicateurs.

L'équipe de PCI pourra axer ses efforts sur les formations plus complexes et plus ciblées ainsi que sur les cas d'exception en mettant à contribution les intervenants du milieu dans l'élaboration et la prestation des activités de formation plus courantes.

Formation des professionnels chargés de la prévention et du contrôle des infections dans l'établissement

Les conseillères en PCI s'assurent de leur formation continue et de leur développement professionnel par le biais de divers moyens :

- Documentation spécialisée (volumes et périodiques, publication de lignes directrices de l'Agence de santé publique du Canada) et publications de l'INESSS, du CDC (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies), de l'Institut national de santé publique (INSPQ), du Comité des infections nosocomiales (CINQ), de la Direction de la Santé publique (DSP) et d'autres ressources de renom;
- Formations en ligne INSPQ;
- Accès à des experts (INSPQ, CINQ), à des forums de discussion (AIPI), congrès, symposiums, journées de formation;
- Journées scientifiques de l'Association en prévention et contrôle des infections (AIPI);
- Colloque des meilleures pratiques et gestion des ressources en PCI organisé par l'organisme Le Point en santé et services sociaux.

Éducation et formation du personnel de l'établissement

Les conseillères de la PCI assurent la formation à l'embauche du personnel (incluant les bénévoles) sur les pratiques de base, l'hygiène des mains et les précautions additionnelles selon la spécificité des secteurs (voir Tableau 1). Tous les outils et documents de la PCI sont disponibles sous l'onglet « Documents cliniques » section prévention et contrôle des infections.

Le programme de prévention et de contrôle des infections inclut aussi des formations en cours d'emploi (formation continue) destinées à maintenir ou à accroître les connaissances pour l'ensemble du personnel, telles que des formations sur les précautions additionnelles ou sur des sujets d'actualité plus ciblés (par ex. : *Clostridioides difficile*).

De plus, des formations plus particulières à un secteur de soins sont offertes pour approfondir certaines notions ou à la suite des résultats obtenus par un processus de surveillance (par ex. : audit sur les pratiques d'hygiène des mains). En effet, les informations recueillies à la suite d'un tel processus sont transmises au personnel visé. La rétroaction sur les résultats sert d'outil pour favoriser les changements de pratique quant aux soins aux patients. Ces formations sont élaborées, planifiées et le suivi est assuré en collaboration avec les gestionnaires et conseillères des secteurs concernés.

Les conseillères en PCI assurent la planification des activités de formation pour les différents secteurs tout en considérant qu'une situation exceptionnelle, comme une pandémie d'influenza, peut se produire n'importe quand et entraîner des besoins de formation immédiats et imprévus (par ex. : maladie à virus *Ebola* (MVE)).

Les activités de formation et de sensibilisation à la PCI sont réalisées par la PCI et ses agents multiplicateurs (gestionnaires, assistantes infirmières chefs, conseillères en soins infirmiers, etc.) encadrant le personnel. L'approche pédagogique est diversifiée :

- Programme individualisé utilisant les technologies audiovisuelles et informatiques (ex. : plateforme ENA, vidéo informatif);
- Rencontres individuelles ou de groupe avec une infirmière de l'équipe de PCI;
- Présentation magistrale ;
- Ateliers interactifs;
- Démonstrations pratiques, simulations.

Éducation de la clientèle

Les patients, tant hospitalisés qu'externes, de même que leurs proches et tous les visiteurs qui fréquentent l'établissement, sont un maillon important dans la chaîne de transmission des micro-organismes. Ils doivent donc être bien informés des principes de base et des mesures de contrôle et de prévention des infections qui s'appliquent à eux, notamment :

- Les modalités et indications de lavage des mains;
- L'étiquette respiratoire;
- Les pratiques de base et les précautions additionnelles requises pour une condition médicale particulière;

- Les mesures spéciales si présence d'une éclosion sur une unité de soins;
- L'importance de s'abstenir de visiter un proche hospitalisé si on présente soi-même des symptômes infectieux (ex. : grippe ou gastroentérite).

Différents moyens sont utilisés pour éduquer la clientèle, comme des campagnes de sensibilisation, des affiches, dépliants sur les bactéries multirésistantes, sur le *Clostridioides difficile* ainsi que le Guide de vie. Cette éducation peut se faire de façon individuelle, au moment de l'admission du patient ou lorsqu'on l'avise d'une condition médicale justifiant des précautions additionnelles ou en groupe lorsqu'on cible une clientèle particulière, comme les bénévoles. Elle peut se faire aussi au congé du patient, lorsqu'on lui offre la vaccination contre l'influenza en période de contagiosité (novembre à avril), par exemple. Cette éducation est faite par le personnel clinique et la PCI agit à titre d'expert et en support à l'équipe clinique.

Tableau 1 : Contenu et durée minimale de formation par type d'emploi

TYPE D'EMPLOI	CONTENU	DURÉE DE LA FORMATION
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base • Précautions additionnelles • Étiquette respiratoire • Concepts de nettoyage et désinfection en lien avec la PCI • Rôle attendu dans le domaine de la PCI 	1,50 heure
Personnel soignant infirmier et préposés aux bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base • Précautions additionnelles • Techniques aseptiques • Mesures de prévention pré et post exposition au sang et aux liquides biologiques • Enseignement au patient et à la famille • Nettoyage et entretien des équipements • Rôle attendu dans le domaine de la PCI 	1 heure
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base • Précautions additionnelles • Étiquette respiratoire • Rôle attendu dans le domaine de la PCI 	30 minutes
Service aux bâtiments	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base • Étiquette respiratoire • Précautions additionnelles • Risques infectieux et mesures de prévention associés aux travaux de construction, de rénovation et d'entretien • Rôle attendu dans le domaine de la PCI 	1,5 heure

Chaque année l'équipe de PCI, en collaboration avec les différents secteurs, planifie ses activités de formation en PCI tout en considérant les situations d'urgence telle qu'une écloson sur une unité de soins et qui entrainera des besoins supplémentaires de formation sur le terrain.

3.4 L'évaluation du programme et l'amélioration continue de la qualité

Le programme de prévention et contrôle des infections comporte un volet évaluation. Le présent chapitre traite de l'évaluation de ce programme, des activités et des processus qui lui sont associés dans un contexte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'évaluation générale du programme de PCI sera effectuée tous les cinq ans afin d'avoir des données sur l'atteinte des buts et des objectifs. Cette évaluation touchera les aspects fondamentaux et les orientations à privilégier à moyen et à long terme :

- Révision annuelle des priorités et des indicateurs (tableau de bord de la Direction générale entente de gestion du MSSS/Santé Québec) ;
- Évaluation annuelle de l'atteinte des objectifs et du respect des priorités.

L'évaluation des différents indicateurs s'effectue en fonction de certaines cibles établies par le MSSS/Santé Québec ou autre organisme d'excellence. En l'absence de cible formelle, les indicateurs de performance sont comparés avec la performance des années antérieures ou d'autres établissements de soins de santé comparables.

Évaluation des structures, des activités et des processus dans un contexte d'amélioration de qualité

❖ Indicateurs de structure

Les indicateurs de structure (voir tableau 2) sont susceptibles d'influencer directement ou indirectement la qualité des soins en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections, pour évaluer :

- Les ressources humaines, matérielles et financières;
- L'infrastructure physique;
- Le fonctionnement du comité de PCI.

Tableau 2 : Indicateurs de structure

NORME OU OBJECTIF	INDICATEUR	Fréquence
PROGRAMME DE PCI		
Programme à jour	1 révision/année	Annuellement
RESSOURCES HUMAINES PCI		
Présence d'un microbiologiste à l'ICM	1 ETC	Annuellement
Nombre de conseillères PCI (ratio 1ETC/100 lits)	2 ETC	Annuellement
FONCTIONNEMENT DU COMITÉ MULTISCIPLINAIRE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (CPI)		
Réunion du CPI Nombre de réunions/année	5 réunions/année	Annuellement
Participation Taux de participation aux réunions du CPI	80% /réunion	Annuellement

❖ **Indicateurs de processus**

Les indicateurs de processus (voir tableau 3), pour leur part, englobent toutes les activités et les façons de faire pour la prestation des soins dans l'interaction entre les soignants et les soignés. Ils comprennent les normes et pratiques qui sous-tendent les activités professionnelles tout comme l'utilisation des lignes directrices basées sur des preuves scientifiques, pour évaluer :

- L'application des politiques et procédures.
 - Audits d'application des politiques et procédures (par ex. : observance du lavage des mains, surveillance des chantiers de construction, liste de vérification du respect des normes (voir politique DSA-ST-SAB-02)).

Tableau 3 : Indicateurs de processus

NORME OU OBJECTIF	INDICATEUR	Fréquence
AUDITS D'APPLICATION DES POLITIQUES ET PROCÉDURES		
Respect des pratiques de base et précautions additionnelles	Nombre d'éclosion par année	Annuellement
Respect de l'hygiène des mains	% de conformité à l'observance de l'hygiène des mains Objectif conformité à 80 %	Annuellement

NORME OU OBJECTIF	INDICATEUR	Fréquence
Surveillance des chantiers de construction Liste de vérification du respect des normes	Taux de conformité des éléments de la liste de vérification du respect des normes	Ponctuellement (chaque chantier)
Liste de vérification (ex. : ce qui est touché fréquemment- « high touch »)	Taux de conformité aux audits d'environnement	Quotidiennement
Nettoyage de toutes les surfaces environnementales d'une installation (élimination des zones grises).	Taux de conformité aux listes de nettoyage de bas niveau	Hebdomadaire
Lignes directrices de dépistage SARM, ERV, BGNPC et Clostridium difficile	Nombre de dépistages/100 dépistages indiqués	Mensuellement
AUDIT DE PRATIQUES DE SOINS		
Prévenir les infections de site chirurgical	Nombre de prophylaxies chirurgicales adéquates/Nb prophylaxies indiquées	Mensuellement
Prévenir les bactériémies associées aux cathéters centraux	Liste de vérification des techniques aseptiques au cours de l'installation de voie centrale	Ponctuellement (au besoin)
ÉDUCATION ET ENSEIGNEMENT		
Formation en PCI pour tout le personnel infirmier à l'embauche	100 % d'employés ont reçu une formation à l'embauche	Annuellement
Favoriser la formation continue en PCI	Nombre d'heures de formation continue/conseillère en PCI	Annuellement

❖ Les indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats (voir tableau 4) sont les gains ou les modifications dans l'état de santé du patient qu'on peut ou croit pouvoir imputer aux soins et services reçus, pour évaluer :

- L'incidence et la prévalence des infections
- Résultat des processus de surveillance : Statistiques mensuelles et rapport annuel du comité multidisciplinaire de la prévention et contrôle des infections.

Tableau 4 : Indicateurs de résultat

NORME OU OBJECTIF	INDICATEUR	ÉVALUATION
RÉSULTAT DES PROCESSUS DE SURVEILLANCE		
Infections de site opératoire pour la chirurgie cardiaque	Taux d'infection au site opératoire Cible globale 3 %	Mensuellement
Infections des voies urinaires reliées à une sonde urinaire ou non	Taux d'infection des voies urinaires associé à une sonde urinaire Taux d'infection urinaire non relié à une sonde	Mensuellement
Pneumonies nosocomiales associées à la ventilation mécanique PAV	Taux d'infection des PAV/ 1000 jours-ventilation	Mensuellement
Autres pneumonies nosocomiales	Taux de pneumonies	Mensuellement
Infections du site d'implantation de stimulateur et défibrillateur cardiaque	Taux d'infection du site d'implantation de stimulateur Cible stimulateur 1 % Cible défibrillateur 2 %	Mensuellement
La résistance bactérienne des micro-organismes : SARM, ERV, BGNPC	Taux d'acquisition nosocomiale	Mensuellement
Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs (SPIN *)	Taux de bactériémies associées aux cathéters centraux Cible du MSSS 3,15/1000 jour-cathéter	Mensuellement
Surveillance des bactériémies à SARM (SPIN),	Taux d'incidence Cible du MSSS 0,96 pour 10 000 jours-présence	Mensuellement
Surveillance des bactériémies panhospitalières	Taux de bactériémies	Mensuellement
Surveillance des diarrhées associées au <i>Clostridioides difficile</i> (DACD) (SPIN)	Taux de DACD Cible du MSSS 6,8 pour 10 000 jours-présence	Mensuellement

NORME OU OBJECTIF	INDICATEUR	ÉVALUATION
PRÉVENTION DES ÉCLOSIONS D'INFLUENZA		
Couverture vaccinale chez les employés	Taux de vaccination	Annuellement
SIGNALEMENT OU INVESTIGATION D'ÉVÉNEMENTS SENTINELLES		
Surveillance de pathogènes spécifiques	Nombre de cas de Streptocoque A d'aspergillose ou de légionellose nosocomiale	Ponctuellement (au besoin)

*(SPIN : Surveillance provinciale des infections nosocomiales)

L'entente de gestion et d'imputabilité

Chaque année, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) signe une entente de gestion et d'imputabilité avec les établissements de son réseau. L'entente de gestion est un document public. Elle scelle l'engagement des parties à atteindre des objectifs communs, mesurés par des indicateurs. L'établissement s'engage à produire, à la fin de chaque année, un rapport de gestion sur l'atteinte des résultats. Ces indicateurs retenus par le MSSS sont extrêmement utiles pour soutenir le programme de PCI.

L'imputabilité de l'ICM en regard de Santé Québec n'est pas définie pour l'instant.

Le statut d'agrément de l'ICM (obtenu d'Agrément Canada)

L'agrément se définit comme un processus d'autoévaluation et d'évaluation externe qui permet d'apprécier la qualité et la sécurité des soins et des services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques et de processus organisationnels en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques, et ce, au moyen d'une démarche qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement.

La PCI fait partie des normes qui se situent au cœur du programme d'agrément et, à cet effet, un grand nombre de pratiques et de processus sont évalués notamment les ressources qui y sont consacrées, la surveillance des infections et des éclosions, l'environnement physique, le retraitement des dispositifs médicaux, l'hygiène et la salubrité des lieux, la gestion des déchets, l'immunisation, l'EPI et l'information.

La surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

La surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN), avec ses programmes obligatoires, est une excellente source d'indicateurs de résultats. Ces programmes structurés comprenant des définitions et des variables bien définies qui nous permettent de suivre l'évolution de l'incidence des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale et de nous comparer à des installations ayant des caractéristiques similaires aux nôtres. Les résultats de surveillance sont accessibles en tout temps aux équipes de PCI des établissements participants et à la direction de santé publique sur le portail de l'infocentre de

l'INSPQ. Un rapport annuel pour chacune des infections ciblées est accessible sur le site de l'INSPQ. De plus, on trouve sur ce site les faits saillants ainsi que les orientations et les recommandations qui découlent des résultats annuels.

3.5 La communication et l'information

La communication est un volet très important dans notre programme de PCI. Dans un objectif d'amélioration continue de nos processus de communication de l'information en PCI, le comité multidisciplinaire de PCI a intégré, parmi ses membres, un représentant de la direction des communications.

Différentes formes de communication sont utilisées pour aviser les équipes.

Le mode de communication formel privilégié par la PCI est les rapports des différents comités (comité multidisciplinaire de PCI, comité de gestion de risque et conseil d'administration d'établissement). Ce sont des occasions de présenter des rapports écrits des résultats, de partager les enjeux courants, les solutions envisagées, les projets en cours et bien d'autres informations. Ce sont aussi des occasions pour les collaborateurs de participer et de partager des informations de leur secteur d'activité.

Par contre, pour la gestion des activités quotidiennes et la communication des enjeux, la présence sur le terrain et la communication avec les AIC des différents secteurs sont les modes de communication privilégiés. C'est l'occasion de s'assurer de la mise en place des mesures PCI, de répondre aux questions des cliniciens directement, d'aider à résoudre des enjeux en collaboration et de transmettre des messages importants. La PCI organise aussi des capsules d'information sur les unités avec les équipes lors d'éclosion ou de situations inhabituelles.

La PCI est aussi présente quotidiennement aux rencontres de gestion de lits afin d'entendre des enjeux en cours et d'intervenir directement. Elle est interpellée pour aider à la fluidité lorsque celle-ci est impactée par les mesures PCI. Finalement, la PCI intervient aussi à cette tribune afin de partager des informations d'intérêt général (ex : port du masque, éclosion en cours, saison grippale, vaccination, etc.).

La PCI utilise aussi l'infolettre de l'ICM (Arteria) afin de diffuser des informations d'intérêt général.

Des affiches et des diapositives diffusées sur les TV M'Pact aux différents endroits dans l'ICM sont aussi utilisées pour répandre l'information dans un langage clair pour le public cible.

Des kiosques sont aussi réalisés pour promouvoir certains sujets de PCI (par ex. : hygiène des mains, port de gants).

Les notes de services envoyées par courriel sont aussi utilisées afin de cibler un auditoire particulier et de diffuser une information officielle. Les gestionnaires s'assurent de la diffusion à l'ensemble de leur équipe et les affichent parfois sur les babillards. Les notes et

d'autres documents comportant des conduites à suivre sont déposés dans les documents cliniques informatisés de l'établissement et le personnel peut les consulter en tout temps.

Finalement, la PCI a amorcé un virage électronique au cours des dernières années et envisage de poursuivre dans cette direction. Effectivement, les résultats d'hygiène des mains sont présentement partagés dans PowerBI avec les chefs de service des différents secteurs cliniques. Par contre, l'élargissement des indicateurs à diffuser directement sur une plateforme numérique est appelé à croître. Il en va de même pour la diffusion de ces informations. En collaboration avec les secteurs cliniques l'implantation de stations visuelles opérationnelles permettra de diffuser ces informations en continu et en temps réel.

Un rapport annuel est transmis au CMDP sur les activités de surveillance du comité multidisciplinaire de PCI. En plus d'exposer le bilan des activités de PCI liés à la gestion des risques et à la qualité, le rapport présente l'interprétation des résultats de surveillance, les leviers et obstacles à la mise en œuvre du programme, les stratégies d'intervention et de prévention appliquées ainsi que des recommandations pour améliorer la qualité incluant des solutions aux difficultés rencontrées. Il permet aussi de comparer l'évolution de la situation avec les années antérieures et souligne si nécessaire les besoins de ressources humaines et financières requises pour l'atteinte des objectifs de PCI.

L'équipe de la PCI utilise différentes applications pour transmettre le statut nosocomial des patients tel que : *MedSoins*, *Nosokos*, *MedUrge* et *OACIS*, entre autres.

L'équipe des communications est consultée sporadiquement pour donner son avis sur les stratégies de diffusion les plus appropriées à utiliser dans certaines situations.

Des suivis auprès des publics cibles sont effectués régulièrement afin de valider la pertinence et l'appropriation du contenu transmis.

Les politiques, protocoles et outils concernant la PCI sont facilement accessibles pour les utilisateurs et sont rédigés dans un langage clair et succincts.

Communication des données de surveillance

L'équipe de PCI assure la diffusion des données de surveillance périodiquement. L'objectif de la diffusion des résultats de surveillance (indicateurs de processus et de résultats) est de réduire les infections nosocomiales par l'observance des recommandations et la mise en place de mesures de contrôle qui découlent de ces mêmes résultats. La communication sera abordée sous deux aspects : l'information liée à la diffusion des données de surveillance et des indicateurs de qualité et l'information liée à la mise en œuvre du programme au regard des activités de prévention et de contrôle. Pour chacun de ces volets, elle sera abordée en fonction des clientèles visées.

Dans une approche intégrée de l'amélioration continue, l'ICM est guidée par des salles de pilotage stratégique, tactique et des stations visuelles. La PCI est bien représentée dans cette approche.

La direction voit à ce que la diffusion des données de surveillance soit faite sur quatre niveaux : aux instances administratives, aux travailleurs de la santé, aux instances régionales et au grand public.

a) Aux instances administratives

Une communication efficace est établie entre le service de la PCI, la direction et l'ensemble des gestionnaires, tant dans l'opérationnalisation régulière du programme qu'en période de crise ou d'éclosion.

La PCI étant un volet primordial de la gestion des risques et de l'amélioration de la qualité des soins et services, les rapports de surveillance sont diffusés auprès des administrateurs et gestionnaires par le biais du comité de PCI. Le comité veille à diffuser et à acheminer les rapports au comité de gestion des risques et de la qualité, aux coordonnateurs et chefs d'unité de soins, à la direction générale et au conseil d'administration d'établissement. Cette communication se fait à la fois verbalement et par écrit à l'aide des procès-verbaux des différentes instances où la PCI est présente.

Les rapports de surveillance fournissent de l'information importante pour la planification des ressources humaines et matérielles en PCI et permet aux administrateurs d'apporter des changements dans nos pratiques (par ex. : l'ajout d'équipes dédiées en hygiène et salubrité pour diminuer le taux de *Clostridioides difficile* et l'augmentation des dépistages à l'admission).

Le CMDP, le CII et le conseil multidisciplinaire (CM), en vertu de leur niveau de responsabilité sur la qualité de l'acte et des soins prodigués par leurs membres, sont informés périodiquement des données de surveillance.

b) Aux travailleurs de la santé

Une communication efficace avec les travailleurs et les professionnels de la santé est un élément essentiel à tout programme de prévention des infections nosocomiales, chaque membre du personnel étant un maillon potentiel dans la chaîne de transmission des micro-organismes. Ils ont ainsi un rôle direct à jouer en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Selon la problématique analysée, différentes catégories de personnel seront ciblées : le plus souvent les médecins et les travailleurs de la santé (TdeS) des unités de soins, mais aussi le personnel du service d'hygiène et salubrité, de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) de même que les services techniques aux bâtiments. Afin de faciliter la compréhension et l'interprétation des résultats, les rapports sont présentés en

comparaison avec l'année précédente, avec plusieurs années antérieures ou avec un taux repère établi par le MSSS (entente de gestion).

La communication des taux peut aussi cibler un secteur spécifique, par exemple le secteur de chirurgie cardiaque ou celui de l'électrophysiologie. Ces rapports peuvent être détaillés selon le type d'infection. L'information issue de ces rapports nous permet d'amorcer des discussions entre les professionnels de la santé d'un secteur en particulier et l'équipe de la prévention des infections sur des préoccupations liées à la variation des taux ou sur les pratiques observées.

Les rapports globaux sont présentés lors des différents comités (comité multidisciplinaire de PCI et comité de gestion des risques) et au conseil d'administration d'établissement.

Les interactions possibles entre l'équipe de prévention des infections et les différents secteurs d'activités sont multiples. Étant donné le nombre restreint des membres de cette équipe, celle-ci peut s'adjoindre des « agents multiplicateurs » choisis dans les différents secteurs d'activités, par exemple, les AIC, les coordonnateurs d'activités ou les gestionnaires, afin de faciliter la circulation de l'information entre toutes les instances et toutes les autres personnes concernées par la problématique.

c) Aux instances régionales

La circulation de l'information est aussi assurée auprès des autres établissements de la région avec la collaboration de :

- La Direction régionale de santé publique ;
- L'INSPQ via le programme de surveillance SPIN.

La Direction régionale de santé publique est avisée des éclosions pouvant constituer une menace à la santé de la population, conformément aux obligations spécifiées dans la Loi sur la santé publique et publie régulièrement des avis sur le statut endémique des établissements du Québec (éclosions de pathogènes résistants dans les établissements de soins). Ce rapport est mis à jour chaque semaine et est distribué sur toutes les unités de soins et services cliniques.

Nos données de surveillance sont transmises périodiquement à l'Institut national de santé publique du Québec dans le cadre du programme de surveillance SPIN.

d) Information à la population

Dans l'éventualité d'un événement important (par ex. : pandémie d'influenza) qui toucherait notre établissement, le département des communications sera responsable, en collaboration avec l'équipe de PCI, d'élaborer les messages à communiquer et d'assurer une communication de qualité auprès de la population. Le tout se fait en étroite collaboration avec la Direction régionale de la santé publique en cas d'éclosion.

En temps normal, la communication avec le public s'effectue par différents canaux. Que ce soit par des affichages papier ou électronique, par des documents remis en main propre ou à travers le site internet de l'ICM. Toutefois, le canal de communication principal

est l'interaction directe entre les membres du personnel et la population (patient, visiteurs, et autres) car ils sont en mesure de partager l'information pertinente en lien avec la PCI.

3.6 La gestion des éclosions

Une éclosion se définit par une augmentation significative de l'incidence d'une infection ou d'une colonisation d'un agent pathogène ou d'un gène de résistance par rapport à ce qui est normalement attendu dans une période de temps délimitée et dans un lieu donné.

La surveillance des infections permet de détecter rapidement un début d'éclosion et d'en diminuer l'ampleur par la mise en place rapide de moyens de prévention et de contrôle des infections.

Une éclosion est souvent suspectée dans les circonstances suivantes :

- Un groupe d'infections semblables survient sur une unité ou touche un groupe de patients présentant des caractéristiques similaires (par ex. : bactériémie à *Serratia* à l'unité des soins intensifs) ;
- Un lien épidémiologique de biotype identique relié à un autre cas hospitalisé (cas index). Le lien épidémiologique peut être un lien dans le temps, un lien géographique (même unité de soins) un lien établi sur la base de partage d'équipement ou de personnel de soins (voir tableau des définitions des principales éclosions).

Tableau 5 : Définitions des principales éclosions

AGENT CAUSAL	DÉBUT D'ÉCLOSION	FIN D'ÉCLOSION
<i>Clostridioides difficile</i>	Après 2 cas avec lien épidémiologique en moins de 14 jours	Terminée si aucun nouveau cas nosocomial après 14 jours
Entérocoques Résistants à la Vancomycine (ERV)	Cas index plus un cas de transmission nosocomiale. L'éclosion doit être déclarée à la direction de santé publique	Terminée si aucun nouveau cas après 3 semaines de dépistages hebdomadaires consécutifs.
<i>Staphylococcus aureus</i> Résistant à la Méthicilline (SARM)	Deux cas nosocomiaux d'une même souche de SARM avec lien épidémiologique à l'intérieur d'un mois	Terminée si aucun nouveau cas après 3 semaines de dépistages hebdomadaires consécutifs
Bactérie Gram négatif producteur de carbapénémases (BGNPC)	Deux nouveaux cas colonisés ou infectés (mêmes gènes de résistance même si bactéries différentes) acquis de façon nosocomiale avec un lien épidémiologique.	Lorsqu'aucun nouveau cas n'a été découvert pendant un minimum de 6 semaines consécutives, suivant l'identification du dernier cas confirmé. Si éclosion majeure, attendre plus longtemps avant de cesser l'éclosion.

AGENT CAUSAL	DÉBUT D'ÉCLOSION	FIN D'ÉCLOSION
Bacilles à Gram négatif multirésistants autres que les BGNPC	Survenue de deux nouveaux cas nosocomiaux, colonisés ou infectés, reliés épidémiologiquement (avec même bactérie et même profil de résistance). Pour l'Acinetobacter résistant à ≥ 5 classes d'antibiotiques, la survenue d'un cas nosocomial, colonisé ou infecté, chez un usager non isolé doit laisser suspecter une éclosion et les mesures décrites pour un contexte d'éclosion doivent être appliquées.	Aucun nouveau cas découvert pendant un minimum de 4 semaines consécutives, suivant l'identification du dernier cas confirmé.
Virus respiratoires	Survenue de deux nouveaux cas nosocomiaux ou plus chez les usagers (et/ou les TdeS), d'un même virus respiratoire ou d'un même type d'influenza, confirmés par laboratoire (sauf TdeS) et liés épidémiologiquement en tenant compte du temps d'incubation et de la période de contagiosité du virus.	Influenza et covid L'éclosion est terminée lorsque dix jours sont écoulés après l'apparition des symptômes chez le dernier cas relié à l'éclosion. Autres virus respiratoires L'éclosion est terminée lorsque la somme de deux périodes d'incubation du virus en cause s'est écoulée après l'apparition des symptômes chez le dernier cas clinique d'infection respiratoire aiguë relié à l'éclosion
Maladie respiratoire sévère infectieuse	1 cas nosocomial confirmé de même souche que le cas index et lié épidémiologiquement en tenant compte de la période d'incubation et de contagiosité du virus	Lorsque 2 périodes d'incubation se sont écoulées sans nouveau cas nosocomial
Gastroentérite	Symptômes gastro-intestinaux d'étiologie infectieuse confirmée ou présumée chez au moins deux personnes et un lien épidémiologique entre les cas sans qu'une origine alimentaire ou hydrique n'ait été mise en évidence.	96 heures après la fin des symptômes chez le dernier cas et après le nettoyage et la désinfection de l'unité.
Candida Auris	Identification d'un cas nosocomial confirmé d'infection ou de colonisation par une même souche/clade de Candida auris que le cas index et s'il y a un lien épidémiologique entre eux.	Aucun nouveau cas n'a été découvert pendant un minimum de quatre semaines consécutives suivant l'identification du dernier cas (colonisé ou infecté) confirmé.

Toute autre situation inhabituelle

Tout événement où il y a lieu de croire qu'une situation est ou peut devenir une menace à la santé et qui peut mener à une intervention de la santé publique, par exemple :

- La présence d'un agent biologique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée;

- La présence de morbidité ou de mortalité exceptionnelle ou inhabituelle;
- Les maladies ou infections émergentes.

Processus d'investigation

Le processus d'investigation et de contrôle d'une écloison est dynamique et évolutif. L'investigation d'une écloison doit se faire selon les étapes suivantes :

a) Confirmation de l'écloison et rôle du service de PCI

- Réviser l'information existante;
- Déterminer la nature, la localisation et la sévérité du problème;
- Vérifier le diagnostic de chaque cas;
- Confirmer qu'il s'agit de cas nosocomiaux;
- Élaborer une définition de cas;
- Établir les sources d'information à consulter (dossiers, rapports de laboratoire, listes d'admission, etc.);
- Repérer les cas et comparer leur nombre à celui d'une période antérieure afin de vérifier s'il y a une augmentation significative du taux d'infection (incidence);
- Mettre en place rapidement les mesures de contrôle nécessaires.

b) Mesures organisationnelles à appliquer durant l'écloison

- Après la confirmation de l'écloison, une conseillère de la PCI est nommée responsable de l'écloison. Celle-ci doit veiller à la bonne marche des étapes ci-bas :
 - Assurer une communication étroite quotidienne, ou plus, selon le besoin, entre le secteur clinique, la PCI, l'hygiène salubrité, le laboratoire et tout autre secteur touché par l'écloison;
 - Établir un plan d'action avec un échancier et désigner un responsable pour chacune des mesures;
 - Consigner des notes quotidiennement sur les mesures de PCI appliquées, les résultats d'analyse, l'évolution de la situation épidémiologique ainsi que toutes les communications liées à l'écloison;
 - Créer une équipe de gestion d'écloison en collaboration avec le chef de service de la PCI et envisager la mise en place d'une cohorte.
- Des ressources humaines supplémentaires pourraient être requises dans le cas d'une écloison majeure.

c) Recueillir les données significatives sur les cas

- Temps (début et durée des symptômes);
- Lieu (unité de soins ou autres);
- Personnes :
 - Données démographiques;
 - Maladies sous-jacentes;
 - Facteurs de risque;

- Symptômes cliniques (nature, date d'apparition et durée);
- Expositions possibles;
- Traitements et procédures invasives.
- Résultats de laboratoire.
- d) Tracer la courbe épidémique**
 - Répartir le nombre de cas selon le temps et l'espace.
- e) Émettre une première hypothèse sur la ou les causes de l'éclosion**
 - Cibler l'agent étiologique, la source de l'éclosion et le mode de transmission probable.
- f) Instaurer des mesures de contrôle en fonction de l'hypothèse**
 - Intervenir rapidement pour contrer l'éclosion et limiter la transmission de l'agent étiologique :
 - Isolement précoce des cas contacts;
 - Contrôle de l'environnement en hygiène et salubrité;
 - Équipement de précaution individuelle approprié;
 - Ressources additionnelles si nécessaires.
- g) Valider l'hypothèse**
 - Identifier les facteurs de risque au regard de l'analyse des données.
- h) Recueillir des données sur la source de l'éclosion :**
 - Aux fins d'analyse microbiologique ou autres, prélever des spécimens selon les liens épidémiologiques démontrés dans l'environnement, les aliments ou chez le personnel;
 - Réajuster au besoin certaines mesures de PCI.
- i) Poursuivre la surveillance afin de s'assurer de l'efficacité des mesures en place ;**
 - Poursuivre la surveillance active afin de s'assurer de l'efficacité des mesures en place;
 - Adapter la surveillance en fonction des nouvelles données afin d'identifier tous les nouveaux cas.
- j) Rédiger et diffuser le rapport ;**
 - Résumer les faits, les constatations et les actions entreprises;
 - Émettre et diffuser des recommandations pour sensibiliser les travailleurs de la santé afin d'éviter la survenue d'une situation semblable.

Rôle du laboratoire de microbiologie

Le laboratoire joue un rôle important dans l'investigation d'une éclosion. Selon les cas, il doit utiliser différentes techniques de détection ou augmenter la cadence du traitement des analyses, afin que l'équipe de PCI ait rapidement accès à des résultats dans un contexte d'éclosion. Il est important que le laboratoire conserve toutes les souches potentiellement en cause dans l'éclosion et qu'il procède éventuellement à leur caractérisation afin de vérifier si ces souches ont une identité commune. L'identification des souches est effectuée par le Laboratoire de Santé publique du Québec (LSPQ). La caractérisation s'effectue au moyen de

différentes méthodes : identification de l'espèce, biotypage, antibiogramme, sérotypage et Réaction de Polymérisation en Chaîne (PCR) et électrophorèse à champs pulsée.

Les éclosions signifient une augmentation notable de la tâche du laboratoire. Au besoin, des ressources matérielles et humaines supplémentaires peuvent être nécessaires.

Considérations de gestion d'éclosion majeure

L'éclosion majeure se définit comme étant une éclosion qui dépasse le cadre habituel, ou attendu dans un milieu donné, et qui nécessite des interventions particulières. Elle doit répondre à au moins un de ces critères :

- Nombre de cas plus élevé qu'attendu sur une période donnée;
- Cas associés à un même agent pathogène ou à une même source de transmission (ex. : matériel, procédure, personnel, environnement);
- Présence d'une souche avec un profil de résistance préoccupant;
- Résultats d'enquête ou d'analyse suggérant une transmission non maîtrisée;
- Conséquences cliniques graves (décès, transfert aux soins intensifs, etc.);
- Nécessité de mettre en place des mesures exceptionnelles (fermeture d'une unité, isolement massif, etc.).

À chaque étape, il est très important de réunir d'abord les intervenants et gestionnaires visés ensuite, les responsables de laboratoire, de même que la Direction des services professionnels, la Direction des soins infirmiers et le service de santé et sécurité au travail, le service des communications.

La gestion d'éclosions majeures nécessite habituellement un ajout de ressources humaines afin d'assurer une prise en charge efficiente et un contrôle rapide de la situation. Il convient notamment d'affecter du personnel aux soins en nombre suffisant ainsi que du personnel pour procéder aux audits de qualité des mesures mises en place et à la formation ad hoc.

La communication dans la gestion des éclosions doit être assurée à tous les niveaux, tant auprès du personnel clinique (médecins, infirmières) qu'auprès du personnel paraclinique (préposés, commis, employés de soutien). Les activités de communication interne sont fréquentes, répétées, et ciblent tous les employés de l'hôpital et les médecins. Les demandes médiatiques seront prises en charge par le service des communications, qui veillera à préparer, en collaboration avec l'équipe en PCI, Santé Québec, le MSSS et la Direction régionale de santé publique un plan de communication externe afin de répondre aux demandes d'information de la population et des médias. Il importe d'avoir des objectifs de communication clairs et concis pour chacun des groupes visés.

Les critères, pour restreindre les admissions sur une unité de soins en situation d'éclosion majeure, doivent être évalués par les cogestionnaires des services cliniques (médical et infirmier), par le comité de gestion des éclosions et par la Direction générale.

La PCI signale à la direction de santé publique régionale toutes situations où elle a des motifs sérieux de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent leurs

installations (S-2.2, article 93). Les éclosions majeures ou persistantes sont des exemples de situations qui doivent être signalées.

Considérations de gestion d'éclosion pandémique

Face à une pandémie, le réseau de la santé et des services sociaux a pour mission de préserver la vie, la santé et le bien-être des personnes. Cette mission s'articule autour de cinq volets :

- Protéger la santé de la population (santé publique);
- Soigner les personnes (santé physique);
- Assurer le bien-être psychosocial des personnes (intervention psychosociale);
- Offrir une information claire, valide et mobilisatrice (communication);
- Maintenir le fonctionnement du réseau (maintien des services).

Dans le contexte d'une pandémie, le ministère de la Santé et des Services sociaux assume le leadership et la coordination de l'ensemble des interventions dites « santé » du gouvernement. La ligne d'autorité alors en vigueur respecte un modèle de coordination du haut vers le bas communément appelé « top-down ». Cette ligne d'autorité simple s'exerce du ministre (ou de la haute direction de Santé Québec) aux PDG des établissements. La majorité des directives proviennent du MSSS (ou de la haute direction de Santé Québec), lesquelles doivent être appliquées par les établissements de santé. Dans ce contexte, le service de PCI collabore avec le coordonnateur de la sécurité dans l'application du plan des mesures d'urgence.

3.7 La gestion des risques

La PCI adopte une approche de gestion de risque dont le processus comporte différentes étapes. En voici les grandes lignes :

1. Reconnaître les risques;
2. Évaluer le risque (caractérisation du risque et analyse);
3. Acceptabilité du risque et options ou mesures;
4. Décision, mise en œuvre.

À travers ce processus, les parties prenantes sont consultés et impliqués dans la prise de décision et une attention particulière est mise sur la communication et l'éthique.

4 DEUXIÈME PARTIE : STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU PROGRAMME, LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Les composantes structurelles du programme de PCI de l'ICM diffèrent du cadre de référence du MSSS. Effectivement, la petite taille de l'établissement ne justifie pas nécessairement toutes ces composantes et permettent à l'ICM d'avoir une agilité et une efficacité rehaussées. Concrètement cela signifie que l'ICM ne dispose pas d'une table clinique de PCI. Quant au comité stratégique, il est couramment appelé le comité multidisciplinaire de PCI.

Responsabilité du programme de prévention et contrôle des infections

La responsabilité de l'application du programme de PCI appartient principalement à la haute direction. La mise en œuvre du programme est complexe et exige une complémentarité entre tous les intervenants des différentes directions de l'organisation. Elle incombe non seulement à l'équipe de la PCI, mais aussi aux gestionnaires et administrateurs, au service d'hygiène et salubrité, au service de santé et sécurité au travail, aux chefs des services médicaux, aux gestionnaires des risques et de la qualité, des laboratoires, et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux et tout autre service ou personnel de l'établissement visé par l'exécution efficace du programme.

Les principes et pratiques recommandés dans ce programme s'appuient sur les meilleures pratiques et données probantes et sur les opinions d'experts scientifiques tels que : Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis), Santé Canada, Institut national de santé publique (INSPQ), Comité des infections nosocomiales (CINQ) et la Direction de la Santé publique (DSP).

Structure et éléments du programme de prévention et contrôle des infections

Les activités de PCI s'inscrivent dans une approche d'amélioration continue de la qualité. Les résultats et les processus sont continuellement évalués, période après période. Les résultats de cette analyse sont utilisés pour nous aider à prioriser nos activités en matière de PCI. Il s'agit d'un processus dynamique et souple qui nous permet de répondre aux besoins changeants des différents secteurs de l'établissement, et ce, à différents moments.

4.1 Composition de l'équipe de prévention et contrôle des infections

Les professionnels en PCI possèdent une formation et une expérience appropriées, tant sur le plan théorique que dans la pratique, pour assumer la gestion des activités de PCI, c'est-à-dire la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme avec le soutien du comité de prévention et du contrôle des infections et de la haute direction.

La gestion du programme est sous la responsabilité du microbiologiste qui agit à titre "d'officier de PCI", ainsi que du gestionnaire infirmier qui agissent en complémentarité afin d'assurer une application rigoureuse et efficace du programme de PCI.

Le succès de l'implantation et de la réalisation d'un tel programme repose sur l'implication de l'ensemble des intervenants, médecins, employés, professionnels de la santé, gestionnaires, stagiaires et bénévoles qui appliquent les mesures de PCI dans leurs actions quotidiennes et par le fait même, collaborent étroitement avec les conseillères en PCI.

L'équipe est composée des membres suivants :

- Un médecin microbiologiste infectiologue (officier de PCI);
- Le chef de service de la PCI;
- Les conseillères en soins infirmiers - volet PCI. Le nombre est établi par le ministère de la Santé et Services sociaux (MSSS), selon la norme suivante : 1/100 lits pour établissements ayant une désignation Centre hospitalier universitaire (CHU);

- Une agente administrative;
- D'autres professionnels peuvent s'associer à l'équipe au besoin selon l'ampleur et la nature des activités.

L'équipe de PCI, qui relève de la Directrice des soins infirmiers, est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme en collaboration avec les divers intervenants visés. Afin d'atteindre les objectifs du programme, la direction de l'établissement reconnaît aux gestionnaires du programme (officier, gestionnaire du service de PCI et autres infirmières désignées) en PCI une autorité fonctionnelle afin d'assurer la sécurité et le bien-être de la clientèle. Ainsi, les professionnels en PCI ont le pouvoir d'intervenir, en fonction de leur champ d'expertise, auprès de tout détenteur d'autorité hiérarchique dans l'établissement, de faire des recommandations et d'obtenir une réponse.

- Ils sont consultés lorsque des décisions risquent d'avoir des répercussions sur les infections nosocomiales et la sécurité des patients.
- Ils ont la possibilité d'agir dans des situations d'urgence, grâce à une autorité hiérarchique d'exception leur permettant d'interrompre des activités pouvant mettre en danger la sécurité des personnes (par ex. : chantier de construction qui ne respecte pas les mesures de prévention des infections).
- En plus d'assurer une surveillance épidémiologique, ils assument une fonction-conseil qui lui permet de soutenir les gestionnaires et leurs équipes dans certaines situations en lien avec la PCI.
- Ils participent aux travaux de l'instance régionale (TRPIN) et élaborent un plan d'action annuel ayant pour cibles les priorités et objectifs découlant du plan d'action organisationnel ainsi que du plan stratégique ministériel, et l'évaluent périodiquement.
- Ils obtiennent la collaboration des services concernés pour assurer le suivi des indicateurs du tableau de bord qui sont sous leur responsabilité.
- Ils assurent le développement de l'expertise et favorisent le partage de l'information, avec les différents professionnels et gestionnaires, notamment en participant au comité multidisciplinaire de PCI. Les sujets touchés concernent des enjeux cliniques et administratifs, l'évolution des situations épidémiologiques, etc.
- Ils assument un leadership en matière d'éducation en prévention et en contrôle des infections auprès d'autres directions, d'instances locales ou régionales.

4.2 Comité multidisciplinaire de prévention et de contrôle des infections

Le comité multidisciplinaire de prévention et de contrôle des infections est un comité dont les membres sont issus des services cliniques et des services de soutien impliqués dans l'application du programme de prévention et du contrôle des infections, sous l'autorité du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Ils favorisent la mise en œuvre des pratiques exemplaires de la prévention et du contrôle des infections et émettent des recommandations à la haute direction de l'établissement.

Responsabilités du comité

- Élaborer annuellement les buts et objectifs du programme de PCI;
- Adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C.A;
- Évaluer les résultats des activités mises sur pied pour atteindre ces objectifs;
- Identifier des indicateurs d'évaluation du programme PCI, du plan d'action annuel et l'atteinte des objectifs;
- Assurer la concertation, l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI applicables à l'ensemble de l'établissement;
- Porter à l'attention de la haute direction les enjeux liés à la conformité avec les normes et la législation pertinentes, ainsi que les enjeux liés aux risques infectieux;
- S'assurer que les recommandations et normes de PCI du MSSS, de l'INSPQ, du CINQ, et de la direction de santé publique sont suivies au sein de l'établissement, entre autres pour les politiques et procédures émanant des services diagnostiques, techniques, d'hygiène et salubrité;
- Faire des recommandations aux instances appropriées concernant les politiques en matière de contrôle et de prévention des infections;
- Déterminer les besoins en PCI et plaider pour l'obtention des ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs du programme;
- Donner des avis sur l'usage des antibiotiques;
- Veiller à ce que les procédures soient conformes aux politiques et aux pratiques établies;
- Assurer la concertation, l'harmonisation et la standardisation des pratiques de PCI applicables à l'ensemble de l'établissement;
- Suivre l'évolution de la situation épidémiologique de l'établissement au regard du risque infectieux et de l'application des mesures en prenant connaissance des données de surveillance sur les infections et les audits et, au besoin, modifier les objectifs et les priorités;
- Analyser les données et les rapports de surveillance des infections nosocomiales et faire les recommandations nécessaires aux instances appropriées;
- Étudier, s'il y a lieu, les dossiers où une infection nosocomiale est colligée;
- Veiller à la collecte, à la compilation et à l'analyse des données concernant les infections nosocomiales ainsi qu'à la déclaration de telles infections;
- S'assurer que des activités d'orientation, de perfectionnement et de formation continue reliées au contrôle et à la prévention des infections sont offertes au personnel de l'établissement;
- Élaborer toute politique et procédure nécessaire à la bonne marche du programme de contrôle et de prévention des infections et établir des protocoles d'enquête concernant les éclosions;
- Désigner les membres du comité qui doivent s'impliquer d'emblée dans la gestion des éclosions;
- S'assurer de la mise à jour du programme de PCI;

- Examiner les initiatives liées à la sécurité des patients et à la gestion du risque se rapportant à la PCI.

Composition du comité

- Un médecin microbiologiste infectiologue, spécialiste du contrôle et de la prévention des infections;
- Le chef de service de la PCI;
- Les conseillères de la PCI;
- Le PDG ou son représentant;
- Le directeur des services techniques;
- Représentant de la direction des communications;
- Un représentant du laboratoire de microbiologie;
- Un pharmacien;
- Un représentant du service de l'hygiène et salubrité;
- Au moins un médecin représentant chacun des départements suivants : anesthésie, chirurgie, médecine (cardiologie), électrophysiologie;
- Le directeur des services professionnels;
- La directrice des soins infirmiers;
- Un représentant des ressources humaines – Santé et sécurité au travail;
- Un représentant du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux;
- Le chef de service de l'urgence;
- Un représentant de l'hémodynamie et l'électrophysiologie;
- Un représentant du service d'inhalothérapie.

**Un représentant peut assumer la représentation de plusieurs secteurs (ex : hémodynamie, électrophysiologie, bloc opératoire, URDM, inhalothérapie).

Rattachement administratif

Le comité multidisciplinaire de PCI de l'ICM relève du Comité des médecins dentistes et pharmaciens de l'ICM.

Fréquence des réunions

Afin de répondre à ses objectifs, le comité multidisciplinaire de PCI se rencontre cinq fois par année et au besoin.

5 CONCLUSION

La mise en place et le développement d'un programme de prévention et de contrôle des infections sont basés sur les besoins de la clientèle desservie par l'Institut de Cardiologie de Montréal. L'innovation, la pratique et la culture de l'ICM sont autant d'éléments qui permettront d'alimenter le programme, de contribuer à son évolution et à son amélioration dans un processus dynamique et évolutif. L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme

structuré permettent d'avoir une perspective globale et de garder bien en vue les activités à prioriser, à réaliser et à maintenir pour prévenir et réduire le risque d'infection associée aux soins. Le programme de PCI de l'ICM répond à l'ensemble des exigences du MSSS, afin d'exceller en matière de sécurité des soins aux usagers.

Les infections nosocomiales constituent un défi pour notre établissement. La lutte contre ces infections se doit d'être une responsabilité partagée par les administrateurs, les gestionnaires, les médecins, les professionnels, le personnel des services techniques et du secteur de l'hygiène et salubrité. L'implication de tous est essentielle afin d'assurer une meilleure cohérence de nos actions.

6 RÉFÉRENCES

1. COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ) -Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus, 2015
2. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES (CCPMI) Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé, 3e édition, 2012
3. LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et des services sociaux du Québec (2017)
4. COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ) -Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus, 2020
5. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES (CCPMI) Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé. 3e édition, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014