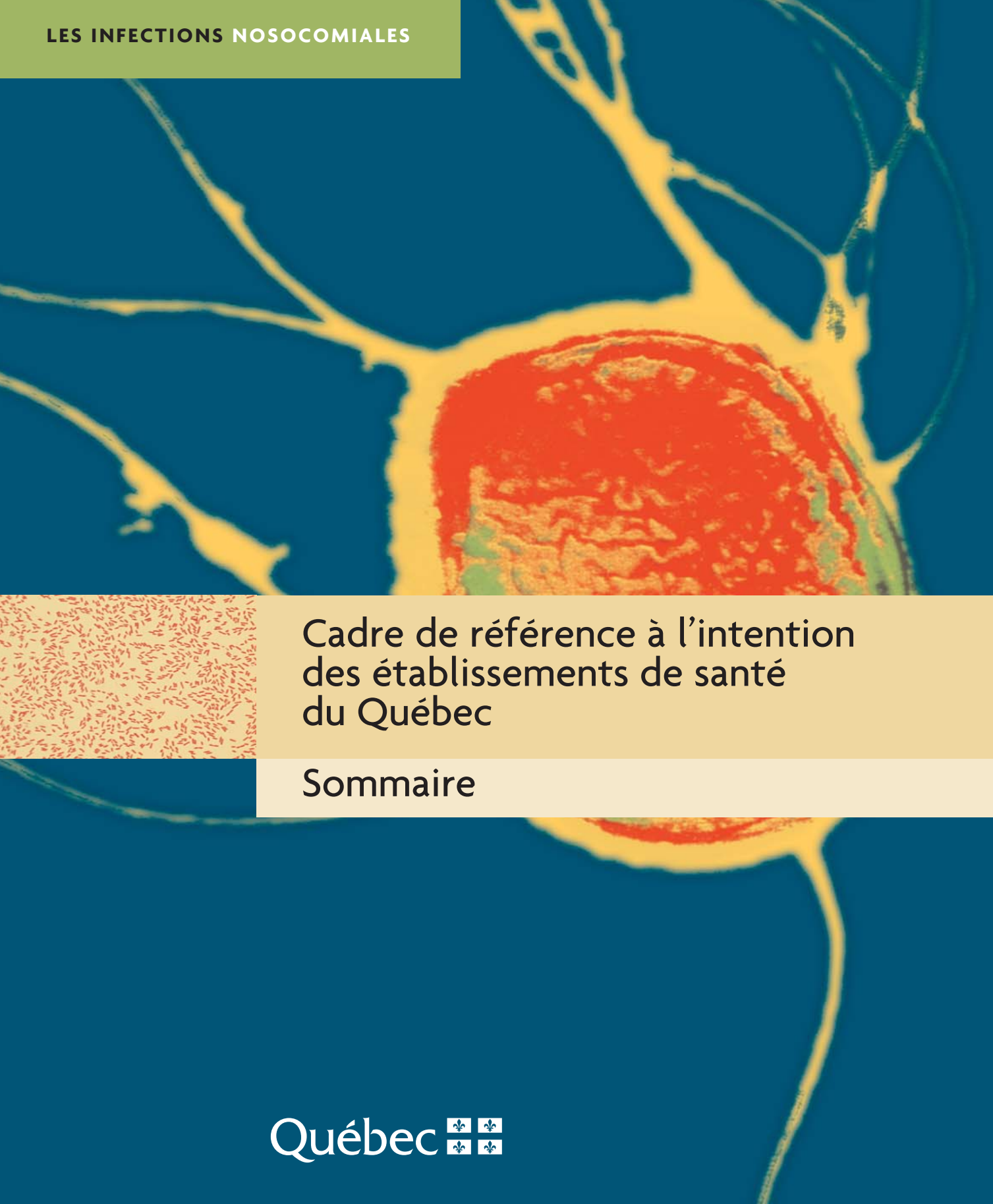




Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec

Sommaire

Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec

Sommaire

*Santé
et Services sociaux*

Québec



La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec – Document sommaire a été élaboré par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de :
Horacio Arruda, directeur de la Direction de la protection de la santé publique

Coordination des travaux

Madeleine Tremblay

Rédaction

Claire Bégin
Luce Chrétien
Charles Frenette
Danielle Goulet
Marie Gourdeau
Magued Ishak
Suzanne Leroux
Jean-Pierre Perreault
Claude Tremblay
Madeleine Tremblay

Personnes et organismes consultés

Les personnes et organismes suivants ont été consultés pour l'élaboration du contenu du présent document :

- Comité ministériel de suivi du plan d'action
- Comité des infections nosocomiales du Québec
- Table nationale de prévention des infections nosocomiales
- Directeurs de santé publique
- Coordonnateurs en maladies infectieuses des directions de santé publique
- Le groupe VIGILANCE pour la sécurité des soins
- Les présidents d'associations professionnelles ou leurs représentants (AMMIQ, AIPI, CHICA/Montréal-P.I.)

Révision linguistique

Francine Bordeleau

Secrétariat

Brigitte Gendron

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère
de la Santé et des Services sociaux**

Ce document a été édité en quantité limitée
et n'est maintenant disponible qu'en version électronique.
www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien
les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-550-47165-2 (version imprimée)

ISBN 2-550-47166-0 (version PDF)

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

MOT DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

À la suite du dépôt du rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (rapport Aucoin) à la fin du printemps 2005, la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux a jugé prioritaire de soutenir les établissements dans l'élaboration, la mise en œuvre et la consolidation d'un programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales. Comme on le sait et comme le rappelle le rapport Aucoin, les principaux défis en matière de prévention et de contrôle des infections doivent être relevés à l'échelle même des établissements, premiers responsables de la qualité et de la sécurité des soins et des services qu'ils offrent.

Aussi, un cadre de référence à l'intention des établissements de santé est-il apparu comme un outil important susceptible de contribuer à harmoniser et à standardiser les pratiques. Il est du reste priorisé dans le Plan d'action ministériel visant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec, 2006-2009.

La problématique des infections nosocomiales constitue un défi pour chacun des établissements du réseau de la santé. La lutte contre les infections nosocomiales se doit d'être une responsabilité partagée par les administrateurs, les gestionnaires, les médecins, les professionnels, les intervenants, le personnel des services techniques et de soutien de l'établissement. L'implication de tous est essentielle afin d'assurer une concertation en vue d'une meilleure cohérence des actions adaptées aux besoins et aux particularités des clientèles desservies par l'établissement. L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme structuré permettent d'avoir une vision globale de la problématique et de garder bien en vue les activités à prioriser, à réaliser et à maintenir pour réduire le risque infectieux relié à la prestation des soins et services.

La diffusion du présent document marque un moment important dans la prise en charge de cette problématique par les établissements. Je compte sur l'engagement des gestionnaires et de leurs équipes pour que chacun des établissements de santé implante ou consolide, au cours de la prochaine année, le Programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Je remercie très sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce cadre de référence, et en particulier les membres du groupe de travail qui, en plus de leurs tâches habituelles, ont consacré un temps considérable à mener à bien ce projet. Je remercie également tous les groupes et individus qui ont commenté le document. Leurs commentaires constructifs ont permis d'obtenir un cadre qui colle bien à la réalité québécoise et ont ainsi contribué à ce que cet outil soit des plus utiles. Je remercie enfin l'ensemble du personnel des établissements, premiers artisans d'une lutte efficace contre les infections nosocomiales, pour leur engagement assidu dans ce dossier.

Alain Poirier,
Directeur national de santé publique

Table des matières

Préambule	5
Organisation et composantes structurelles du programme de prévention et de contrôle des infections	6
Les activités du programme de prévention des infections	8
Volet 1 : La surveillance	8
Volet 2 : Les politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	10
Volet 3 : L'éducation et la formation.....	11
Volet 4 : L'évaluation du programme.....	13
Volet 5 : La communication et l'information	14
Volet 6 : La gestion des éclosions.....	15
AIDE-MÉMOIRE – Volet 1	18
AIDE-MÉMOIRE – Volet 2	19
AIDE-MÉMOIRE – Volet 3	21
AIDE-MÉMOIRE – Volet 4	22
AIDE-MÉMOIRE – Volet 5	23
AIDE-MÉMOIRE – Volet 6	25
Liste des abréviations.....	27

Préambule

Le présent document est un sommaire du Cadre de référence sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé du Québec. Il facilite une prise de contact rapide avec le contenu du document principal et permet aux gestionnaires et intervenants moins directement touchés par la mise en œuvre et les aspects administratifs d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales d'avoir un portrait succinct de sa raison d'être et de ses principales activités.

Le Cadre de référence sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé du Québec est le fruit d'un consensus d'experts œuvrant depuis plusieurs années dans le domaine. Bien que ce document s'appuie sur une imposante revue de littérature, les auteurs ont eu particulièrement à cœur de dégager des orientations et des façons de faire qui respectent l'organisation des établissements du réseau québécois de la santé.

Le Cadre de référence a pour but premier de soutenir les gestionnaires ainsi que le comité et l'équipe de prévention et contrôle des infections nosocomiales des établissements de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme. Il a pour objectif de les orienter tout en respectant l'autonomie de chaque établissement et sa responsabilité dans le choix des priorités d'action et des structures nécessaires à l'actualisation d'un programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales.

Le Cadre de référence est divisé en deux grandes parties. La première partie (chapitres 1 à 6) traite des grands champs d'activité du programme, soit :

- la surveillance;
- les politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales;
- l'éducation et la formation;
- l'évaluation;
- la communication et l'information;
- la gestion des éclosions.

À la fin de chaque chapitre de cette première partie, un aide-mémoire permet aux utilisateurs d'avoir une vision rapide de la démarche et des activités à cibler dans chacun des champs d'activité. Ces aide-mémoire sont intégrés au présent document.

La seconde partie traite des composantes structurelles du programme, soit :

- le comité;
- le service de prévention et contrôle des infections;
- les agents multiplicateurs;
- les groupes de travail thématiques.

Dans cette seconde partie sont également abordés les niveaux de responsabilité des différentes instances.

Quant au présent sommaire, comme il sera probablement plus utilisé par les gestionnaires que par les intervenants cliniques, il traite de l'organisation et des composantes structurelles avant les activités du programme.

Organisation et composantes structurelles du programme de prévention et de contrôle des infections

Une infection nosocomiale est 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.

Le projet de loi 83 adopté en novembre 2005 vient renforcer les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en matière de gestion des risques et de qualité des services, en ajoutant aux fonctions du comité de la gestion des risques des établissements une responsabilité quant aux infections nosocomiales.

Un programme bien structuré de prévention des infections pourrait réduire le taux d'infections nosocomiales de 30 % ou plus.

Le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales doit couvrir les six volets suivants :

- surveillance des infections nosocomiales et vigie en ce qui concerne les problèmes infectieux émergents;
- élaboration des politiques, des procédures et des mesures de soutien;
- éducation et formation;
- évaluation;
- communication et information;
- gestion des éclosions.

Une fois défini, le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales devrait être approuvé et appuyé par la direction générale de l'établissement et entériné par son conseil d'administration.

Deux composantes structurelles sont essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales : un comité multidisciplinaire de prévention des infections et un service de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.¹

Pour que les recommandations du comité multidisciplinaire soient véritablement prises en compte par l'organisation, ses membres doivent être des personnes en position d'autorité dans leur direction ou service respectifs, ou à tout le moins reconnues pour leur leadership.

Le comité de prévention et de contrôle des infections devrait idéalement être rattaché au directeur général. Il devrait assurer un suivi régulier de ses indicateurs et de ses recommandations auprès du directeur général, du comité de vigilance et de la qualité,

1. Le service de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ne désigne pas nécessairement une entité administrative.

du comité de gestion des risques et des autres instances déterminées par le directeur général.

Le service de prévention et de contrôle des infections est pour sa part composé d'un médecin, qui en assure l'encadrement sur le plan scientifique, d'infirmières en prévention des infections et d'autres professionnels travaillant en collaboration avec eux. Un membre de l'équipe devrait être désigné pour assurer la coordination des activités professionnelles.

Pour que l'établissement atteigne les objectifs du programme, l'équipe de prévention et de contrôle des infections doit se voir accorder, par la direction, l'autorité et les ressources que requiert l'exercice de ses fonctions.

Le service de prévention et de contrôle des infections devrait s'associer des agents multiplicateurs dans les divers secteurs de l'établissement et demeurer en liaison continue avec les intervenants.

Les activités du programme de prévention des infections

Volet 1 : La surveillance

La surveillance est le processus continu et systématique de collecte de données sur les infections nosocomiales. La surveillance est la composante essentielle d'un programme de prévention des infections. Elle devrait occuper près de la moitié du temps des professionnels en prévention des infections.

Objectifs et finalités de la surveillance

Les objectifs et finalités de la surveillance consistent :

- à détecter les infections et à établir les incidences de base;
- à déterminer les principaux problèmes et à établir les priorités d'un programme de prévention des infections;
- à collecter des données objectives et quantifiables permettant de suivre l'évolution des infections nosocomiales et d'évaluer le bénéfice des mesures de contrôle et de prévention mises en place.

Processus de surveillance

- Tout processus de surveillance doit s'accompagner d'une définition de cas et d'une méthodologie standards afin que l'établissement puisse effectuer des comparaisons à l'interne et se situer par rapport à d'autres établissements et aux résultats publiés dans la littérature.
- La surveillance devrait idéalement être prospective et continue.
- La population surveillée doit être bien définie, avec des dénominateurs précis afin de calculer les taux d'infection.
- La détection des cas d'infection doit se faire à l'aide de plusieurs outils : dossiers cliniques, rapports de laboratoire, rapports radiologiques et dossiers médicaux archivés.

Priorités de surveillance

- En fonction des priorités établies par les autorités ministérielles à partir d'avis d'experts, tous les établissements de soins aigus, doivent participer au volet obligatoire des programmes de surveillance provinciale (ex : surveillance des DACD). De plus, ils doivent évaluer la pertinence de participer aux volets complémentaires et facultatifs de ces programmes et faire le même exercice pour chacun des programmes qui s'ajoutera.
- La priorité des autres infections à surveiller doit être déterminée selon leur fréquence et leur sévérité dans l'établissement.
- Le programme de surveillance doit être adapté en fonction de la clientèle de l'établissement et des soins qu'il offre. Une attention particulière doit être accordée à la clientèle des soins intensifs et à la clientèle pédiatrique.
- Les principales infections nosocomiales à surveiller dans les centres hospitaliers de soins aigus sont les bactériémies, les infections respiratoires, les infections de site chirurgical, les diarrhées associées au *Clostridium difficile* et les infections urinaires (voir aussi le tableau 2 du chapitre 1 du Cadre de référence).

- La surveillance en contexte ambulatoire doit être axée sur les activités à haut risque telles que la dialyse et l'oncologie.
- La surveillance en soins de longue durée devrait faire l'objet d'une définition spécifique et être axée entre autres sur l'influenza et les infections entériques.
- Règle générale, on devrait surveiller les infections reliées à des procédures ou à des catégories de soins, par exemple les bactériémies associées aux cathéters centraux, les pneumonies associées aux ventilateurs, les infections urinaires sur sonde, les taux d'infections relatifs à des chirurgies données (ex. : thoracotomies, prothèses totales de la hanche, chirurgies coliques, césariennes).
- En matière de surveillance de la résistance bactérienne, le SARM, l'ERV et les bactéries bâtonnets gram négatif multi-résistantes sont les principaux micro-organismes visés.
- Une surveillance des processus de prévention et de contrôle des infections devrait être effectuée. Les moyens préconisés sont les sondages ou des observations relatifs à l'application des mesures de prévention et de contrôle proposées ou recommandées par les guides de prévention.
- Pour chaque cas d'infection, les données suivantes doivent être recueillies :
 - âge et sexe du patient, unité où il a été admis, date d'admission, date à laquelle a été contractée l'infection (données démographiques);
 - les facteurs de risque pertinents (généraux et spécifiques);
 - des données cliniques (critères, tableau clinique, agent étiologique);
 - les complications (décès, nécessité d'un transfert aux soins intensifs, intervention attribuables à l'infection).
- Les résultats et les recommandations qui s'ensuivent doivent être analysés et interprétés par l'infirmière et le médecin responsables de la prévention des infections de façon périodique et fréquente.
- Les résultats de la surveillance doivent être consignés dans un rapport et diffusés auprès des instances et intervenants visés.
- Un suivi des recommandations doit être assuré, le cas échéant.

Ressources

- La surveillance des infections nosocomiales doit être effectuée par un professionnel ayant une formation en cette matière et à qui est confiée une responsabilité formelle.
- La direction des établissements doit fournir à l'équipe de prévention des infections les ressources humaines et matérielles nécessaires : du personnel de secrétariat pour la saisie des données et des ressources informatiques pour la gestion et le développement de bases de données.
- Chaque projet de surveillance nécessite une planification horaire.

La surveillance est un outil essentiel pour mesurer l'efficacité du travail en prévention des infections et contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services de santé. Les résultats de la surveillance deviennent de plus en plus utiles avec le temps, car ils offrent une base de données comparatives.

Volet 2 : Les politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales

- Les politiques et procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections doivent être basées sur des données probantes reconnues et publiées par des organismes officiels.
- L'Institut national de santé publique (INSPQ) et le Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) émettent des avis scientifiques et des lignes directrices adaptés à la réalité québécoise qui, pour cette raison, doivent avoir préséance sur les autres documents quant aux orientations et aux façons de faire des établissements.
- De façon générale, les politiques et procédures doivent :
 - se conformer aux normes, lois et règlements en vigueur au Québec et au Canada;
 - être applicables et adaptées à chaque établissement de soins;
 - être approuvées par le comité de prévention des infections et la direction générale et, le cas échéant, entérinées par le conseil d'administration;
 - faire l'objet de révisions régulières;
 - être regroupées dans un manuel de prévention des infections;
 - être connues des intervenants concernés et leur être accessibles.
- Quels que soient la mission ou le statut de l'établissement, les politiques et procédures considérées comme prioritaires pour limiter la transmission des infections sont :
 - l'hygiène des mains;
 - les pratiques de base, mesures à appliquer en tout temps et pour tous les patients sans égard à leur diagnostic établi ou présumé;
 - les précautions additionnelles, mesures à appliquer en présence d'agents infectieux pouvant être transmis par contact (ex. : SARM), par gouttelettes (ex. : influenza), par voie aérienne (ex. : tuberculose) ou par une combinaison de ces trois modes;
 - l'étiquette respiratoire, mesures à appliquer pour tout patient fébrile présentant de la toux, dès son arrivée en milieu de soins.
- Outre l'hygiène des mains, les pratiques de base, les précautions additionnelles et l'étiquette respiratoire définissent, le cas échéant, les indications relatives :
 - au port de gants;
 - au port de blouse à manches longues;
 - au port du masque, de lunettes protectrices ou d'un écran facial;
 - à l'hébergement (chambre individuelle versus chambre partagée);
 - au triage et au confinement de la clientèle;
 - à l'entretien des lieux.
- D'autres politiques et procédures doivent être adaptées ou ajoutées pour tenir compte des besoins particuliers des établissements. Ces besoins sont définis en fonction de la mission de l'établissement, des caractéristiques de la clientèle, de l'épidémiologie des infections ainsi que des services offerts.
- Le Service et le comité de prévention des infections doivent collaborer à l'élaboration et à la mise à jour des techniques de soins médicaux, de soins infirmiers et d'exams (ex. : technique d'insertion des cathéters).

- Le Service de PCI doit collaborer à la rédaction et à la révision des politiques et procédures relatives aux services de soutien technique et d'hôtellerie lorsqu'elles peuvent avoir une influence sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.
- Le Service et le comité de prévention des infections doivent être en mesure d'offrir le soutien et l'expertise en matière de prévention et de contrôle des infections pour l'ensemble des activités fonctionnelles et thérapeutiques de l'établissement. À ce titre, ces deux instances seront sollicitées pour participer de façon statutaire ou ponctuelle aux travaux de certains groupes ou comités en ce qui concerne la gestion des risques et l'amélioration de la qualité, la gestion de l'environnement, la réutilisation du matériel à usage unique, la table régionale de prévention des infections nosocomiales, l'utilisation des antibiotiques, les maladies respiratoires sévères de même que l'évaluation des produits médicaux, de soins et d'entretien.
- Des mécanismes de collaboration pour l'application des politiques et protocoles doivent être instaurés entre le service de prévention des infections et les conseillers cliniques, les unités et services, le laboratoire de microbiologie, le service de santé et sécurité au travail et la direction régionale de santé publique.

Volet 3 : L'éducation et la formation

Le programme de prévention des infections doit contenir un volet éducatif tant pour les professionnels responsables de la prévention et du contrôle des infections que pour le personnel de l'établissement et la clientèle.

Les professionnels chargés de la prévention et du contrôle des infections doivent bénéficier d'une formation de base spécialisée en prévention et contrôle des infections, de formation continue et de mises à jour constantes.

- Le médecin responsable de la PCI, qu'il soit microbiologiste-infectiologue ou généraliste, devrait avoir accès, s'il le juge nécessaire, à une formation complémentaire dans le domaine de l'épidémiologie clinique.
- L'infirmière en prévention et contrôle des infections (IPCI) nouvellement affectée à la fonction devrait bénéficier, en plus de la formation de base, d'activités permettant l'intégration de contenus théoriques et l'acquisition d'une expérience pratique. Cette période de formation d'environ six mois devrait être individualisée selon la scolarité des personnes, leur expérience et le contexte dans lequel celles-ci exerceront leurs fonctions (ex. : la composition de l'équipe de PCI).
- Les connaissances des IPCI doivent être régulièrement mises à jour afin qu'ils puissent exercer adéquatement les fonctions « conseil » et « consultation » auprès du personnel soignant et auprès des administrateurs. Pour ce faire, ils doivent avoir accès à la documentation spécialisée (volumes et périodiques), à Internet, à des formations en ligne, à des forums de discussion, aux clubs de lecture de l'établissement ainsi qu'à des congrès, à des symposiums et à des journées de formation.
- Compte tenu du rôle d'expert qu'exerce l'IPCI, les montants alloués au développement professionnel des membres de l'équipe PCI devraient s'élever au delà du minimum légal et atteindre 2 à 3 % de la masse salariale. Concrètement, cela se traduirait par quatre à cinq jours de formation par année pour chaque ETC.

L'éducation et la formation du personnel de l'établissement

- Le temps consacré à l'éducation du personnel varie selon la mission des établissements. La proportion du temps consacré à ce volet serait équivalente à 5 % du temps d'un professionnel en prévention en soins aigus généraux (1 à 2 heures par semaine par ETC de 35 heures) et à 8 % en soins de longue durée (2 à 3 heures par ETC de 35 heures).
- L'équipe de PCI doit déterminer les objectifs et les types d'apprentissage souhaités pour chaque type d'emploi. Elle doit coordonner le programme de formation et utiliser les structures éducationnelles en place dans l'établissement. Le personnel d'encadrement, les conseillères et conseillers en soins de même que les responsables des différents services doivent participer concrètement à la planification, à la réalisation et au suivi des activités de formation.
- Tous les travailleurs des centres hospitaliers, qu'ils fassent partie du personnel soignant ou non, de même que les bénévoles, doivent être informés du programme de prévention des infections nosocomiales de l'établissement.
- Le programme éducatif doit comprendre un volet de formation à l'embauche et un volet de formation en cours d'emploi.
- La **formation à l'embauche** doit au minimum porter sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, notamment l'hygiène des mains et la prévention des expositions professionnelles aux agents infectieux. La durée des séances de formation variera selon le type d'emploi.
- Les établissements doivent effectuer une planification annuelle des activités de **formation en cours d'emploi** (formation continue) en PCI pour le personnel des différents services.
- La formation en cours d'emploi (formation continue) devrait comprendre des rappels sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, de même que des activités d'information sur des sujets d'actualité, sur un problème infectieux particulier (ex. : C. difficile, grippe aviaire) ou sur de nouvelles preuves scientifiques. Des formations sur mesure pour approfondir certaines notions à la suite des résultats obtenus par un processus de surveillance ou la vérification des pratiques sont essentielles.

L'éducation de la clientèle (patient, famille et visiteurs)

- L'éducation de la clientèle a pour but d'expliquer les modalités d'application de mesures générales et spécifiques de prévention et de contrôle dans l'établissement, notamment les modalités de lavage des mains, l'étiquette respiratoire et les précautions additionnelles requises pour une condition médicale particulière.
- Différents moyens peuvent être utilisés : campagnes de sensibilisation, affiches, livret d'accueil, séances d'information, etc. Cette éducation peut se faire individuellement ou en groupes lorsqu'on cible une clientèle particulière, par exemple les patients dialysés, les patients diabétiques, les bénévoles, etc.
- Toutes les activités de formation, qu'elles s'adressent au personnel ou à la clientèle, doivent être évaluées périodiquement.

Volet 4 : L'évaluation du programme

- Un programme de prévention et contrôle des infections doit nécessairement contenir un volet d'évaluation de ses différents aspects ainsi que des activités et des processus qui lui sont associés, et ce, dans un contexte d'amélioration de la qualité.
- L'évaluation générale du programme de PCI doit être effectuée périodiquement, aux trois à cinq ans. Cette évaluation devrait toucher les aspects fondamentaux et les orientations à privilégier à moyen et à long terme.
- Une révision des priorités et des indicateurs, de même que l'évaluation de l'atteinte des objectifs et le respect des priorités doivent être effectuées annuellement.
- Les activités liées au programme doivent être pertinentes, efficaces, et équitables pour la clientèle, tout en tenant compte du contexte de limitation des ressources et du contrôle des coûts de santé.

Choix, élaboration et suivi des indicateurs

Le programme de PCI doit inclure des indicateurs qui mettent en lumière les liens entre les structures en place, les processus de soins et les résultats obtenus en matière d'infections reliées aux soins de santé.

- Les indicateurs de structures renvoient aux aspects organisationnels et physiques de l'établissement de santé, soit les ressources, l'aménagement physique et les éléments structurels (comités, équipes) susceptibles d'influencer la qualité des soins en matière de prévention et de contrôle des infections. Exemple : ressources infirmières et médecins en PCI, fonctionnement du comité de prévention des infections, infrastructures d'isolement, etc.
- Les indicateurs de processus renvoient aux activités et aux façons de faire en fonction des normes, pratiques, lignes directrices et protocoles; ils permettent d'évaluer l'application des politiques et procédures. Exemple : respect des indications de dépistage SARM et d'ERV, pourcentage de dépistages réalisés, nombre de prophylaxies chirurgicales adéquates, techniques aseptiques au cours de l'installation d'un cathéter, etc.
- Les indicateurs de résultats 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. Exemple : incidence et prévalence des infections, incidence et prévalence d'événements indésirables.
- Les indicateurs doivent être choisis, élaborés et suivis selon une procédure précise comportant les étapes suivantes :
 1. sélectionner le type d'indicateur (structure, processus ou résultat);
 2. établir la relation de l'indicateur avec un processus d'amélioration continue de la qualité (but de l'évaluation);
 3. définir l'indicateur (le numérateur et le dénominateur) de façon opérationnelle;
 4. s'assurer de la fiabilité, de la constance et de l'accessibilité des sources d'information;
 5. fixer une cible à atteindre par indicateur (niveau de conformité attendu, tel que présenté au tableau 4.4 du Cadre de référence);
 6. former le personnel affecté à la collecte des données;
 7. effectuer la collecte des données;
 8. analyser rapidement les données et produire des rapports;

9. comparer les résultats à l'interne et, si possible, avec d'autres établissements;
 10. diffuser les résultats auprès des intervenants concernés;
 11. instaurer des mesures correctrices le cas échéant;
 12. évaluer les interventions;
 13. partager les méthodes et les données en les publiant dans des revues scientifiques.
- L'instauration, par chaque établissement, d'un tableau de bord est l'un des moyens privilégiés pour suivre les indicateurs et évaluer les progrès réalisés afin d'adapter les actions en matière de prévention et contrôle des infections. Le tableau de bord devrait :
 - 1) cibler des infections ayant un taux élevé de morbidité et de mortalité ainsi que des infections détectables par le laboratoire ou par des critères cliniques;
 - 2) permettre des comparaisons au sein d'un établissement et permettre de se situer par rapport à d'autres établissements de même catégorie.
 - Les indicateurs utilisés doivent préférablement avoir été validés soit par les utilisateurs, soit par les experts à l'interne, soit par les organismes externes reconnus, soit par la littérature scientifique. L'équipe et le comité de prévention des infections, le comité de gestion des risques ainsi que la direction générale de l'établissement doivent travailler en étroite collaboration pour déterminer et soutenir le choix des indicateurs.

Volet 5 : La communication et l'information

Un plan de communication doit être établi afin de préciser les objectifs, les objets, les responsabilités, les mécanismes de communication, ainsi que la fréquence à laquelle l'information sera diffusée et les clientèles à qui elle sera destinée.

- Une communication efficace doit permettre de rejoindre régulièrement et rapidement le personnel de tous les secteurs de l'établissement, chacun pouvant avoir un rôle à jouer dans la prévention et le contrôle des infections. On veillera à adjoindre à l'équipe de PCI des « agents multiplicateurs » choisis dans les secteurs clés de l'organisation afin de faciliter la circulation de l'information.
- L'appui de la direction générale et de l'ensemble des gestionnaires étant indispensable tant dans l'opérationnalisation régulière du programme qu'en période de crise ou d'éclosion, le service de prévention des infections doit pouvoir communiquer directement avec ces derniers.
- La collecte, l'analyse et la diffusion des données de surveillance sont reconnues comme les facteurs les plus importants dans la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. La diffusion des données de surveillance doit se faire à trois niveaux : d'abord auprès du personnel de la santé, puis auprès des entités administratives et enfin, auprès du public. L'information se doit d'être hiérarchisée et adaptée selon le groupe ciblé.

- Les modalités de communication avec les instances externes (les informations à transmettre de façon statutaire ou ponctuelle et les moyens de communication) doivent être établies conjointement par les établissements et les instances régionales.
 - Le directeur régional de santé publique, le président-directeur de l'Agence et le président de la table régionale doivent être informés de l'évolution de la situation épidémiologique des infections nosocomiales dans les établissements. Conformément aux pouvoirs qui lui sont conférés par la Loi sur la santé publique, le directeur régional de santé publique doit être avisé des éclosions intra hospitalières pouvant constituer une menace à la santé de la population.
 - La diffusion de l'information doit être assurée auprès des autres établissements de la région, de la table régionale sur les infections nosocomiales, de la direction régionale de santé publique et de l'agence afin de partager les outils, d'harmoniser les pratiques et d'échanger sur les divers aspects d'intervention et de surveillance
- Les modalités de déclaration des maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont prescrites par règlement et appuyées par les définitions nosologiques.

Communication/information à la population

- Le ministre de la Santé et des Services sociaux souscrit au principe de transparence et encourage les établissements à informer la population qu'ils desservent sur la situation relative aux infections nosocomiales. Aussi le Ministère rend-il accessibles sur son site Web, depuis l'automne 2005, les données du programme de surveillance des DACD par établissement.
- Les connaissances du public étant très variables, les indicateurs choisis doivent être mesurables, fiables, reconnus et validés. Les données transmises doivent être en nombre suffisant pour qu'au moment de leur diffusion, les taux soient valables et révélateurs de tendances. Il importe en outre d'insister sur les limitations des données et de la méthode utilisée.
- La diffusion publique de l'information se doit d'être planifiée et supervisée par une équipe multidisciplinaire.
- Lorsqu'un événement met en cause plusieurs établissements, il importe de travailler en étroite collaboration avec l'Agence et la direction régionale de santé publique.
- Il pourra être utile de désigner un porte-parole chargé des rapports avec les médias afin de s'assurer de l'uniformité et de la qualité de la communication auprès de la population.

Volet 6 : La gestion des éclosions

Les éclosions constituent un phénomène courant, bien qu'elles ne constituent que 5 % de toutes les infections nosocomiales. Malgré leur faible incidence, un hôpital de 250 lits risque de connaître en moyenne une à deux éclosions par année. Une éclosion se définit par une augmentation significative du taux d'incidence d'une infection. Elle doit faire l'objet d'une déclaration au directeur régional de santé publique.

L'investigation sur une éclosion doit se faire selon des étapes précises et ordonnées.

Étape 1. Confirmation de l'éclosion

Cette première étape consiste à revoir l'information existante, à déterminer la nature et la localisation de la maladie, la répartition des cas et à obtenir les spécimens appropriés afin de préciser le diagnostic. Cette information permettra d'élaborer une définition de cas basée sur des critères cliniques, de laboratoire, géographiques et épidémiologiques (lien avec un cas).

Dès cette première étape, des mesures de contrôle doivent être mises en place.

Étape 2. Mises en œuvre des mesures organisationnelles requises

Une personne doit être nommée responsable de l'investigation de l'éclosion. La formation d'un comité de gestion des éclosions est essentielle pour soutenir la planification des activités se rapportant à l'investigation de l'éclosion et à son contrôle de même que pour faciliter la communication avec toutes les parties visées.

L'information relative à l'investigation et aux mesures de contrôle mises en place sera consignée quotidiennement dans un journal.

Étape 3. Collecte de données

La collecte de données doit généralement inclure des données démographiques, des données sur les symptômes, les facteurs de risque, les maladies sous-jacentes, les médicaments administrés à la personne atteinte au cours de son hospitalisation, les tests de laboratoire, les interventions effractives, les thérapies visant à traiter l'infection, et doit également faire état, s'il y a lieu, de l'exposition à d'autres patients ou à des membres du personnel infectés ainsi que des complications survenues à la suite de l'infection.

Étape 4. Établissement d'une courbe épidémique

Une courbe épidémique du nombre de cas doit être établie selon le temps et l'espace. La distribution des cas dans le temps et l'espace peut aider à déterminer le mode de transmission de l'infection.

Étape 5. Formulation d'une hypothèse

Il s'agit de déterminer l'agent étiologique probable, la source et les modes de transmission afin d'émettre une ou des hypothèses sur les causes de l'éclosion.

Étape 6 . Ajustement des mesures de contrôle

Selon l'hypothèse établie, mettre en place les mesures de contrôle appropriées.

Étape 7. Validation de l'hypothèse

Nombre de situations se règlent d'elles-mêmes ou avec l'application de mesures de contrôle mais d'autres (infections plus graves, éclosions persistantes) exigeront de pousser plus loin l'investigation afin de valider la ou les hypothèses envisagées.

Deux types d'étude peuvent être utilisés : une étude cas-contrôles (cas-témoins) ou une étude de cohorte rétrospective. Le choix de l'une ou l'autre de ces études dépend de l'incidence et de la nature de l'infection. L'analyse statistique servira à établir l'existence ou non d'un lien causal entre le facteur de risque et la maladie étudiée.

Étape 8. Collecte d'information sur la source de l'éclosion

Il convient de prélever des spécimens aux fins d'analyse microbiologique ou autres : dans l'environnement, dans les aliments ou chez le personnel, selon les liens épidémiologiques démontrés par l'investigation.

Étape 9. Poursuite de la surveillance

Il convient de poursuivre la surveillance active des cas afin de recueillir des données sur l'efficacité des mesures de contrôle.

Étape 10. Production du rapport

Le rapport contiendra des recommandations à court, moyen et long terme afin d'éviter la réapparition d'une telle éclosion.

Considérations de nature organisationnelle

La gestion d'éclosions majeures nécessite obligatoirement un ajout de ressources humaines en prévention des infections et, dans certains cas, en laboratoire puisque celui-ci devra parfois utiliser de nouvelles techniques de détection ou encore, faire face à une augmentation notable du nombre d'analyses à traiter.

Par ailleurs, la communication joue un rôle primordial dans la gestion des éclosions et un responsable des communications devrait être désigné. La communication doit être faite à tous les niveaux hiérarchiques et cibler tous les employés. L'établissement aura à concevoir un plan de communication afin de répondre aux demandes d'information de la population et des médias. À cet égard, l'Agence régionale et sa direction de santé publique doivent être interpellées afin d'établir les rôles et les responsabilités.

AIDE-MÉMOIRE – Volet 1 : La surveillance

Tous les établissements du Québec doivent

- effectuer la surveillance des éclosions et des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et les déclarer à la DRSP;
- participer aux programmes de surveillance provinciaux obligatoires s'ils s'appliquent à leur établissement;
- évaluer la pertinence de participer aux projets facultatifs de surveillance provinciale et y adhérer, le cas échéant.

Étapes à franchir et choix à effectuer au regard de la surveillance des infections nosocomiales

- Définir les objectifs de la surveillance des infections à l'intérieur de l'établissement
 - Cibler les infections à surveiller selon le type d'installation ou la vocation du service (voir le tableau 3 du cadre de référence).
 - Cibler les micro-organismes pour lesquels la surveillance de la résistance est requise : SARM; SARV; ERV; BLSE; autres.
- Déterminer le type de surveillance pour atteindre les objectifs visés.
- Adopter et utiliser une définition standardisée des infections surveillées précisant les critères cliniques et de laboratoire et l'intervalle de temps requis entre l'épisode de soins et l'apparition des critères.
- Définir la population visée par la surveillance (choix du dénominateur).
- Revoir les concepts méthodologiques de base pour la surveillance.
- Déterminer la méthode de recherche et de détection des cas : évaluer et choisir les sources de données à utiliser : rapports de laboratoire, rapports d'examen diagnostique (ex. : radiographie du poumon), dossier du patient, rapports de déclaration d'infection, archives, etc.
- Mettre au point les outils de collecte de données (papier et informatique).
- Collecter les données.
- Prévoir une étape de validation des cas repérés (ex. : revue avec le médecin microbiologiste).
- Saisir les données (discriminer les données pertinentes et les saisir).
- Analyser et interpréter les résultats.
- Rédiger les rapports et diffuser les résultats.
- Assurer un suivi des recommandations.

AIDE-MÉMOIRE – Volet 2 : Les politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales

Tous les avis et lignes directrices émis par le Comité de prévention des infections nosocomiales du Québec (CINQ) devraient être connus et discutés au sein de l'équipe et du comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales afin d'en circonscrire les limites et modalités d'application et de faire les recommandations appropriées à la direction de l'établissement.

- Établir les modalités générales d'élaboration et de mise à jour des politiques et procédures.
- Mettre en place les politiques et procédures considérées comme prioritaires pour limiter la transmission des infections dans les établissements de soins du Québec, soit :
 - l'hygiène des mains;
 - les pratiques de base;
 - les précautions additionnelles;
 - l'étiquette respiratoire.
- Déterminer et élaborer des politiques et procédures en fonction des caractéristiques de la clientèle, de l'épidémiologie et des services offerts, afin de faire face à la situation propre à son établissement en ce qui concerne les infections suivantes, notamment :
 - bactéries multirésistantes (BMR) : SARM, SARV, ERV, bâtonnets gram négatif multirésistants ou autres;
 - diarrhée associée au *C. difficile* (DACD);
 - gastro-entérite d'allure virale;
 - influenza.
- Collaborer à l'élaboration et à la révision des politiques et procédures relatives aux techniques médicales, diagnostiques et de soins :
 - technique d'insertion des cathéters intravasculaires, entretien du site d'insertion et fréquence de changement des différentes composantes;
 - techniques de soins respiratoires chez le patient ventilé;
 - technique d'insertion des cathéters urinaires et entretien des différentes composantes (prévention des infections urinaires);
 - techniques de soins des plaies;
 - autres.
- Collaborer à l'élaboration et à la révision des politiques et procédures relatives aux services de soutien technique et d'hôtellerie :
 - hygiène et salubrité;
 - nettoyage, désinfection et stérilisation du matériel médical et de soins;
 - réutilisation du matériel médical à usage unique;
 - prévention des infections associées aux travaux de construction, de rénovation et d'entretien;
 - gestion des déchets biomédicaux.
- Soutien et expertise à apporter aux groupes de travail et comités :

- gestion des risques;
 - gestion de l'environnement;
 - table régionale de prévention des infections nosocomiales;
 - comité de pharmacologie (volet utilisation des antibiotiques);
 - réutilisation du matériel médical à usage unique (RMMUU);
 - évaluation des produits médicaux, de soins et d'entretien;
 - autres (ex. : pandémie).
- Moyens et activités à privilégier pour l'application des politiques et protocoles :
 - tournée des unités et services;
 - communications régulières avec le laboratoire de microbiologie;
 - communications régulières avec le Service de santé et sécurité au travail;
 - communications avec la Direction de santé publique.

AIDE-MÉMOIRE – Volet 3 : Les activités d'éducation et de formation

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

- Formation de base, reçue avant l'entrée en fonction ou le plus rapidement possible après l'affectation :
 - Microbiologiste-infectiologue ou autre médecin :
 - notions d'épidémiologie hospitalière,
 - stage de résidence dans le domaine.
 - Infirmières et infirmiers :
 - cours de base en prévention et contrôle des infections.
- Formation continue et développement professionnel de l'IPCI :
 - Moyens : documentation spécialisée (volumes et périodiques), Internet et formations en ligne, accès à des experts, à des forums de discussion, à des clubs de lecture, à des groupes régionaux, congrès, symposiums, journées de formation.

Durée proposée : 4-5 jours/année par ETC en PCI.

Éducation et formation du personnel de l'établissement

- Formation à l'embauche :
 - Temps de formation et contenu suggéré : voir le tableau 4 du cadre de référence
- Formation en cours d'emploi (formation continue) :
 - Planification annuelle
 - Objets : mise à jour sur les pratiques de base et précautions additionnelles, sujets d'actualité, formation ad hoc sur problématique particulière ou besoins apparus au cours des activités de surveillance.

Éducation de la clientèle (patients/famille, visiteurs)

- Objets :
 - modalités et indications du lavage des mains, précautions additionnelles appliquées à la condition du patient, étiquette respiratoire.
- Moyens :
 - campagne de sensibilisation, affiches et autres documents remis à l'admission, séances d'information, etc.
- Approches :
 - individuelle, de groupe (clientèles ciblées : patients diabétiques, dialysés, etc.).

AIDE-MÉMOIRE – Volet 4 : Les activités d'évaluation

Évaluation du programme proprement dit

- Périodique (3-5 ans pour le programme général)
- Révision annuelle des priorités et des indicateurs
- Évaluation annuelle de l'atteinte des objectifs et du respect des priorités

Évaluation des structures, des activités et des processus dans un contexte d'amélioration de la qualité (voir le tableau 6).

- Indicateurs de structure pour évaluer :
 - les ressources humaines, matérielles, financières;
 - l'infrastructure physique;
 - le fonctionnement du CPI;
 - etc.
- Indicateurs de processus pour évaluer :
 - l'application des politiques et procédures;
 - autres.
- Indicateurs de résultat pour évaluer :
 - l'incidence et la prévalence des infections.

AIDE-MÉMOIRE – Volet 5 : Les activités de communication et d'information

- **Communication/information à l'interne**

À qui ?

- Aux travailleurs et aux professionnels de la santé;
- aux administrateurs et aux gestionnaires;
- CMDP, CII, CM.

Sur quoi ?

- Les mesures de prévention des infections;
- les mesures de contrôle des infections;
- les données de surveillance des infections;
- les données de surveillance des processus.

Par qui ?

- À déterminer selon l'organisation locale et les liens hiérarchiques.

- **Communication/information aux instances régionales**

À qui ?

- À la DRSP;
- à l'agence régionale;
- à la table régionale.

Sur quoi ?

- L'évolution locale de la situation épidémiologique (destinataires : DRSP, table régionale, Agence régionale);
- les moyens et besoins requis pour mettre en œuvre les volets locaux du plan d'action régional (DRSP, table régionale, agence régionale);
- les MADO (DRSP);
- les éclosions dans l'établissement autres que celles ciblées dans le règlement sur les MADO (DRSP);
- les données de surveillance et les autres données permettant à la DRSP de jouer son rôle auprès de la population en accord avec la Loi sur la santé publique (DRSP);
- le partage d'outils et l'harmonisation des pratiques (table régionale).

Par qui ?

- À déterminer selon l'organisation locale et les liens hiérarchiques.

- **Communication/information à la population**

À qui ?

- À la population desservie par l'établissement.

Sur quoi ?

- La situation épidémiologique des infections (données de surveillance);
- les mesures prises pour contrôler la situation.

Par qui ?

- Le porte parole chargé des relations avec les médias ou toute autre personne désignée par la direction de l'établissement.

AIDE-MÉMOIRE – Volet 6 : La gestion des éclosions

Étapes et choix en cas d'une éclosion d'infections dans un établissement de santé

- Confirmer l'éclosion :
 - réviser l'information existante;
 - 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 (taux d'incidence);
 - mettre en place les mesures de contrôle nécessaires s'il y a lieu.
- Mettre en place les mesures organisationnelles pour la gestion de l'éclosion :
 - nommer un maître d'œuvre de la gestion de l'éclosion;
 - former un comité de gestion de l'éclosion;
 - dégager les ressources humaines et techniques nécessaires, et les réajuster au besoin;
 - rédiger un journal quotidien des activités réalisées.
- Collecter les données significatives sur les cas :
 - temps (début et durée des symptômes)s
 - lieu (unité de soins)s
 - personne : s
 - données démographiquess
 - maladies sous-jacentes,
 - expositions possibles,
 - traitements et manœuvres effractifs;
 - résultats de laboratoire.
- Tracer la courbe épidémique :
 - répartir le nombre de cas selon le temps et l'espace.
- Émettre une première hypothèse sur les causes de l'éclosion :
 - cibler l'agent étiologique, la source de l'éclosion et le mode de transmission probables.
- Instaurer les mesures de contrôle en fonction de l'hypothèse.
- Valider l'hypothèse :
 - identifier les facteurs de risque au regard de l'analyse statistique.

- 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 contrôle et de prévention.
- Poursuivre la surveillance afin de s'assurer de l'efficacité des mesures en place.
- Rédiger et diffuser le rapport :
 - résumer les faits, les constations et les actions entreprises;
 - émettre des recommandations.

Liste des abréviations

BLSE	Entérobactéries avec une bêta-lactamase à spectre étendu
BMR	Bactérie multirésistante
CCIP	Cathéter central intraveineux périphérique (PICC line)
C. DIFFICILE	<i>Clostridium difficile</i>
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CM	Conseil multidisciplinaire
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CVC	Cathéter veineux central
DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
DGSP	Direction générale de la santé publique (MSSS)
DGCFE	Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement (MSSS)
DRSP	Direction régionale de santé publique
ETC	Équivalent temps complet
ERV	<i>Enterococcus</i> résistant à la vancomycine
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPCI	Infirmière en prévention et contrôle des infections
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAV	Pneumonie associée à la ventilation mécanique
PCI	Prévention et contrôle des infections
RMMUU	Réutilisation du matériel médical à usage unique
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
SPIN-CD	Surveillance provinciale des infections nosocomiales à <i>Clostridium difficile</i>
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère



www.msss.gouv.qc.ca

