

# LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES



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

Document sommaire 2017



Document produit par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de Horacio Arruda.

Travaux effectués en étroite collaboration avec la Table nationale de prévention des infections nosocomiales sous la présidence de monsieur François Lamothe.

#### Coordination des travaux

Madeleine Tremblay

#### Rédaction de l'édition 2006

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

#### Rédaction de l'édition 2016

Geneviève Anctil  
Lucie Beaudreau  
Nathalie Bégin  
Daniel Bolduc  
Valérie Dancause  
Charles Frenette  
Lise-Andrée Galarneau  
Renée Paré  
Nathalie Pigeon  
Ramona Rodrigues  
Patrice Savard  
Georgiana Titeica  
Claude Tremblay  
Madeleine Tremblay

#### Contribution

Caroline Duchesne (2e partie)  
Michèle Dupont (section 8.7)  
Nathalie Gauthier (2e partie)  
Louise Valiquette (2e partie)

Édition :

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

Le présent document est disponible seulement en version électronique à l'adresse :  
**www.msss.gouv.qc.ca**, section **Documentation**, rubrique **Publications**

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-79529-2 (version PDF)

Tous droits réservés. La reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec.

#### Relecture

Georgiana Titeica  
Louise Valiquette  
Isabelle Rouleau (chapitre 1)

#### Personnes et organismes consultés

- Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN)
- Comité ministériel sur les infections nosocomiales
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)
- Directeurs de santé publique
- Coordonnateurs en maladies infectieuses des directions de santé publique
- Présidents d'associations professionnelles ou leurs représentants (AMMIQ, AIPI, IPAC)
- Directrices et directeurs des soins infirmiers de la Table nationale de coordination en soins et services infirmiers
- Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, MSSS
- Direction des communications, MSSS
- Direction de l'éthique et de la qualité, MSSS
- Direction des équipements, de la logistique et de la conservation des infrastructures, MSSS
- Direction de l'expertise et de la normalisation, MSSS
- Direction générale adjointe de la gestion financière et politique de financement du réseau, MSSS
- Direction générale du personnel réseau et ministériel, MSSS
- Direction générale des services sociaux, MSSS
- Direction nationale de soins et services infirmiers, MSSS

#### Révision linguistique

Jonathan Aubin

#### Secrétariat

Mélanie Léger

# Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	1
INTRODUCTION .....	3
La problématique (définition) .....	3
Le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales .....	3
PRÉAMBULE .....	5
PREMIÈRE PARTIE .....	7
Les activités du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales .....	7
CHAPITRE 1 : La surveillance .....	9
CHAPITRE 2 : Les politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales .....	10
CHAPITRE 3 : L'éducation et la formation .....	10
CHAPITRE 4 : L'évaluation du programme et l'amélioration continue de la qualité .....	11
CHAPITRE 5 : La communication et l'information .....	11
CHAPITRE 6 : La gestion des éclosions .....	12
CHAPITRE 7 : La gestion des risques .....	12
DEUXIÈME PARTIE .....	13
La structure organisationnelle du programme, les rôles et les responsabilités .....	13
CHAPITRE 8 : Composantes structurelles propres à la PCI .....	16
Équipe de PCI .....	16
Service de PCI .....	17
La Table clinique de prévention et contrôle des infections (TC-PCI) .....	17
Comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) .....	18
Table régionale de prévention des infections nosocomiales .....	19
CHAPITRE 9 : Responsabilité du président-directeur général et du conseil d'administration de l'établissement .....	19
Le président-directeur général .....	19
Le conseil d'administration .....	20
Attentes envers les administrateurs et les équipes de PCI au regard de la structure organisationnelle .....	21
AIDE-MÉMOIRE .....	23
AIDE-MÉMOIRE – VOLET 1 : La surveillance .....	25
AIDE-MÉMOIRE – VOLET 2 : Les politiques, procédures et mesures de soutien de l'établissement en matière de PCI .....	26
AIDE-MÉMOIRE – VOLET 3 : Les activités d'éducation et de formation .....	28
AIDE-MÉMOIRE – VOLET 4 : Les activités d'évaluation .....	30
AIDE-MÉMOIRE – VOLET 5 : Les activités de communication et d'information .....	31
AIDE-MÉMOIRE – VOLET 6 : Prise en charge d'une éclosion d'infections dans un établissement de santé et de services sociaux .....	32
AIDE-MÉMOIRE – VOLET 7 : Étapes de la gestion des risques .....	33



## Liste des abréviations

<b>BMR</b>	Bactérie multirésistante
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b><i>C. DIFFICILE</i></b>	<i>Clostridium difficile</i>
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CIBC</b>	Certification Board of Infection Control and Epidemiology
<b>CII</b>	Conseil des infirmières et infirmiers
<b>CINQ</b>	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CM</b>	Conseil multidisciplinaire
<b>CMDP</b>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
<b>CSF</b>	Conseil des sages-femmes
<b>CS-PCI</b>	Comité stratégique de PCI
<b>DACD</b>	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
<b>DGSP</b>	Direction générale de la santé publique (MSSS)
<b>DQEPE</b>	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
<b>DSI</b>	Directeur des soins infirmiers
<b>DSP</b>	Directeur des services professionnels
<b>DSPublique</b>	Direction de santé publique
<b>DST</b>	Directeur des services techniques
<b>EPC</b>	Entérobactéries productrices de carbapénémases
<b>EPE</b>	Ensemble de pratiques exemplaires
<b>ETC</b>	Équivalent temps complet

<b>ERV</b>	<i>Enterococcus</i> résistant à la vancomycine
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>MADO</b>	Maladie à déclaration obligatoire
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
<b>RDM</b>	Retraitement des dispositifs médicaux
<b>RMMUU</b>	Réutilisation du matériel médical à usage unique
<b>SAPA</b>	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
<b>SARM</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
<b>SARV</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
<b>SI-SPIN</b>	Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales
<b>SPIN</b>	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
<b>TC-PCI</b>	Table clinique de PCI
<b>TRPIN</b>	Table régionale de prévention des infections nosocomiales

# Introduction

Le présent document est un sommaire de la mise à jour du Cadre de référence sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec. Il facilite une prise de contact rapide avec le contenu du document principal et permet aux gestionnaires et intervenants d'avoir un portrait succinct de la raison d'être du programme et de ses principales activités.

Le sommaire reprend le préambule du document principal, celui-ci présentant le contexte législatif, organisationnel, clinique et professionnel justifiant la mise à jour du cadre de référence en PCI édité en 2006.

Comme le sommaire s'adresse principalement aux gestionnaires et aux administrateurs, nous avons cru pertinent de limiter le contenu sur les activités du programme (1<sup>re</sup> partie du cadre de référence) aux attentes envers les gestionnaires et les équipes de PCI. Cependant, afin que le lecteur puisse avoir un portrait succinct des activités d'un programme, nous avons reproduit les aide-mémoires spécifiques à chacun des volets d'activités.

Les éléments structuraux du programme, 2<sup>e</sup> partie du document, seront brièvement abordés. Les responsabilités du président-directeur général et du conseil d'administration de l'établissement tirés du document principal sont reproduites intégralement dans ce sommaire.

---

Ce cadre de référence ainsi que le Plan d'action ministériel<sup>A</sup> sur les infections nosocomiales constituent les bases d'une action concertée et harmonisée afin de lutter efficacement contre les infections nosocomiales dans l'ensemble du réseau de santé québécois.

---

## LA PROBLÉMATIQUE (DÉFINITION)

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.

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

Le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) doit couvrir les sept volets d'activités du programme tel que présenté dans le cadre de référence. Il doit être approuvé et appuyé par la direction générale de l'établissement et entériné par son conseil d'administration.

---

A Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001039/>.





## Préambule

Les changements législatifs et organisationnels découlant de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015, ont influencé l'organisation de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales. La création d'établissements à mission élargie et, avec l'abolition des agences régionales, l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques ont une incidence considérable sur la gestion de la PCI. Les éléments structuraux et organisationnels favorables à l'application efficiente d'un programme de PCI tel que présenté dans le *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, édité en 2006, devaient être redéfinis pour s'harmoniser au nouveau contexte organisationnel. La lutte contre les infections nosocomiales ne peut être efficace que si elle est effectuée de façon concertée et coordonnée!

Au-delà des aspects organisationnels, l'évolution des connaissances cliniques en PCI au cours des dix dernières années et l'expérience québécoise acquise dans le domaine ont justifié une révision des activités d'un programme de PCI (première partie du document). L'évaluation des programmes implantés ici et ailleurs est riche d'enseignements cliniques et d'un savoir-faire qu'il importe de généraliser à l'ensemble des établissements québécois. Bien que ce document s'appuie sur une imposante revue de la documentation spécialisée, les auteurs ont eu à cœur de dégager des orientations et des façons de faire qui respectent l'organisation et l'expérience des établissements du réseau québécois de la santé.

Les équipes de PCI s'étant consolidées au cours de la dernière décennie, les rôles et fonctions de leurs membres devaient aussi être revus afin d'assurer la complémentarité des compétences des infirmières et des microbiologistes infectiologues qui se consacrent à la PCI (officiers de PCI). On peut signaler notamment la reconnaissance du rôle important que jouent les officiers de PCI qui collaborent avec les gestionnaires responsables de la PCI dans le cadre de la cogestion clinico-administrative du programme PCI et la création, en 2011, d'une nouvelle spécialité infirmière en PCI dont l'implantation doit être soutenue par les gestionnaires des établissements et qui nécessite de préciser le partage des rôles entre l'ICS-PCI (infirmière clinicienne spécialisée) et l'infirmière conseillère en PCI.

Ce cadre de référence s'adresse particulièrement aux gestionnaires du réseau, aux équipes de PCI, aux comités de PCI (Table clinique et Comité stratégique) ainsi qu'au comité de gestion des risques des établissements de santé et de services sociaux. Il a pour but premier de les soutenir dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Il a été conçu afin 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 la concrétisation ou à l'actualisation d'un tel programme. Cela va de soi que les activités du programme, la mise en place des structures essentielles à son bon fonctionnement ainsi que le partage des rôles et responsabilités doivent prendre en compte les caractéristiques de l'établissement et de ses installations. Les missions, la taille, les services offerts, l'étendue du territoire à desservir et la disponibilité des ressources médicales et infirmières affectées à la PCI sont parmi les éléments importants à prendre en considération dans la mise en place d'un programme de PCI. À ces égards, nous convenons que le programme de PCI peut différer de façon assez importante selon qu'il s'agit, par exemple, d'un centre hospitalier universitaire ou d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Le cadre de référence est divisé en deux grandes parties. La première (les chapitres 1 à 7) 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 du programme et l'amélioration continue de la qualité;
- la communication et l'information;
- la gestion des éclosions;
- la gestion des risques.

À la fin de chacun des chapitres, un aide-mémoire permet aux utilisateurs d'avoir un aperçu de la démarche et des activités à cibler dans chacun des champs d'activité.

La seconde partie se rapporte aux composantes structurelles du programme, soit :

- l'Équipe de PCI;
- la Table clinique de PCI (TC-PCI);
- le Comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI);
- la Table régionale de PCI;
- les agents multiplicateurs;
- les groupes de travail thématiques;
- les autres services et collaborateurs (hygiène et salubrité, retraitement des dispositifs médicaux, laboratoire, entité responsable de la lutte à la résistance aux antibiotiques, conseils professionnels, syndicats, comités d'usagers, santé et sécurité du travail et direction de santé publique.

Les responsabilités du président-directeur général et du conseil d'administration sont aussi abordées dans cette 2<sup>e</sup> partie.

La réflexion du groupe de travail et des instances consultées a permis de dégager des attentes en lien avec les activités du programme et la structure organisationnelle. Ces attentes visent à assurer une mise à niveau des activités de PCI dans l'ensemble du réseau de la santé. Tenant compte des progrès réalisés, elles consolident les assises en PCI ou guident les équipes et les gestionnaires vers de nouvelles avenues reconnues importantes pour implanter une réelle culture de PCI et favoriser la qualité et l'efficacité du programme. Bien que ce dernier touche l'ensemble des gestionnaires et des intervenants d'un établissement, les attentes sont adressées soit aux équipes de PCI, soit aux gestionnaires, ces deux parties jouant un rôle primordial dans l'implantation et l'application du programme. Ainsi, 30 attentes ciblent les équipes de PCI et 23 autres s'adressent aux gestionnaires.

La mise à jour du cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux doit s'accompagner d'activités d'appropriation auprès des différents acteurs en PCI. Chaque équipe de PCI et de gestion ainsi que les comités de PCI doivent faire une lecture approfondie du document et amorcer la réflexion menant aux modifications qui s'imposent dans le programme de PCI de l'établissement. Ce cadre de référence ainsi que le Plan d'action ministériel<sup>B</sup> sur les infections nosocomiales constituent les bases d'une action concertée et harmonisée dans l'ensemble du réseau de santé québécois.

Afin de faciliter la démarche d'appropriation du cadre de référence, ce dernier est accompagné d'un document sommaire destiné à répondre aux besoins d'information des décideurs et des autres partenaires moins touchés par les aspects cliniques du programme.

B Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001039/>.



## Première partie

### LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES



# Attentes du MSSS envers les GESTIONNAIRES et les équipes de PCI au regard des activités du programme

Ces attentes visent à assurer une mise à niveau des activités de PCI dans l'ensemble du réseau de la santé, à consolider les assises en PCI et à guider les équipes et les gestionnaires vers de nouvelles avenues reconnues importantes pour implanter une réelle culture de PCI et favoriser la qualité et l'efficacité du programme. Bien que le programme touche l'ensemble des gestionnaires et intervenants d'un établissement, les attentes sont adressées soit aux équipes de PCI, soit aux gestionnaires, ces deux parties jouant un rôle primordial dans l'implantation et l'application du programme. Ainsi, 30 attentes ciblent les équipes de PCI et 23 autres s'adressent aux gestionnaires.

---

Chaque équipe de PCI ainsi que les comités de PCI (TC-PCI et CS-PCI) doivent faire une lecture approfondie du document complet et amorcer la réflexion menant aux modifications qui s'imposent au programme de PCI de l'établissement.

---

---

Le CS-PCI de l'établissement, dont les membres sont des individus en position d'autorité dans l'organisation, doit s'assurer qu'une révision du programme est effectuée pour prendre en compte les nouvelles connaissances et orientations.

---

## CHAPITRE 1 : LA SURVEILLANCE

### Attentes envers les équipes de PCI

1. Adhérer au volet obligatoire des programmes de surveillance provinciaux qui s'appliquent à l'installation et répondre à leurs exigences telles que définies dans les protocoles.
2. Assurer la mise en place des recommandations du CINQ et du Comité stratégique de PCI (CS-PCI) découlant de l'analyse des données issues des programmes locaux et provinciaux de surveillance.
3. Assurer la mise en place des recommandations du CINQ sur les indications de dépistage relatives aux agents infectieux transmissibles (SARM, ERV, EPC).
4. Participer aux sessions de formation offertes par l'INSPQ sur les programmes provinciaux de surveillance afin d'assurer l'application standardisée des définitions et de la validation des cas.

### Attentes envers les gestionnaires

1. Entériner les priorités de surveillance et soutenir le plan d'action annuel émanant des résultats de surveillance des infections et des processus.
2. S'assurer de connaître, grâce aux programmes de surveillance, les coûts annuels et l'impact des infections et des éclosions sur l'organisation des services, et ce, pour chaque installation afin de prévoir les investissements nécessaires à la prévention et au contrôle des infections.

## CHAPITRE 2 : LES POLITIQUES, PROCÉDURES ET MESURES DE SOUTIEN EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

### Attentes envers les équipes de PCI

5. Connaître, au sein de l'équipe de PCI ainsi qu'aux comités de PCI (CS-PCI et Table clinique de PCI), tous les avis et lignes directrices diffusés par le CINQ et le MSSS, et en discuter, pour en circonscrire les limites et les modalités d'application et faire les recommandations appropriées à la direction de l'établissement.
6. Travailler en collaboration avec les décideurs pour établir des mesures relatives à l'organisation des lieux physiques et d'ingénierie ainsi que des mesures administratives et organisationnelles nécessaires pour répondre aux besoins de la PCI.
7. S'assurer que toutes les politiques et procédures en lien avec la PCI, quel que soit le service ou la spécialité d'où elles émergent, fassent l'objet d'une approbation au CS-PCI.
8. Assurer la mise en place des politiques et procédures jugées prioritaires pour tous les établissements (section 2.2.2) et évaluer leur application par des audits.
9. Soutenir de façon concertée et coordonnée l'implantation et le suivi des ensembles de pratiques exemplaires (EPE) dans tous les milieux de soins et services où elles s'appliquent (Programme québécois de sécurité des soins).

### Attentes envers les gestionnaires

3. Recevoir les recommandations du CS-PCI découlant des avis et des lignes directrices diffusés par le CINQ et le MSSS et formuler une réponse à ces recommandations.
4. Assurer la mise en place d'une approche structurée dans le cadre de la hiérarchisation des mesures afin de répondre aux exigences en PCI, notamment au regard de l'organisation des lieux et d'ingénierie (ventilation, équipement technique, chambres individuelles, etc.) et des mesures administratives (allocation de ressources matérielles et humaines suffisantes, etc.).
5. Soutenir la mise en œuvre des ensembles de pratiques exemplaires en PCI en y attirant une direction responsable possédant des leviers en matière de qualité des pratiques et de gestion des risques afin d'assurer une coordination adéquate et favoriser la mobilisation et la concertation des directions concernées par l'implantation des EPE.

## CHAPITRE 3 : L'ÉDUCATION ET LA FORMATION

### Attentes envers les équipes de PCI

10. Travailler en collaboration avec le service de développement des ressources humaines, les gestionnaires des secteurs concernés, les comités professionnels (CII, CM, CMDP) et les syndicats pour l'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation en PCI :
  - a. pour l'équipe de PCI;
  - b. pour le personnel de l'établissement.
11. Recommander et soutenir la mise en œuvre des activités de formation en PCI incluses dans le répertoire national de « formation continue partagée » répondant aux besoins du personnel de l'établissement.
12. Former des agents multiplicateurs ou des champions en PCI aptes à diffuser la formation de base auprès de leurs pairs.
13. Évaluer la qualité du programme de formation des employés dans le domaine de la PCI et apporter les modifications au besoin.

#### Attentes envers les gestionnaires

6. Assurer un développement professionnel des membres de l'équipe de PCI en y adoptant une norme minimale de 35h liée à la formation continue afin qu'ils puissent exercer leur rôle d'expert-conseil dans l'établissement.
7. Identifier des mesures telles que la conciliation travail-études afin d'intéresser et de soutenir les infirmières dans l'obtention d'une formation de 2<sup>e</sup> cycle menant à la certification d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI pour assurer une expertise adéquate dans l'ensemble du réseau de la santé
8. Envisager l'exigence d'une formation scolaire donnée par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur dans les critères d'embauche des nouveaux employés en hygiène et salubrité ainsi qu'en RDM.

## CHAPITRE 4 : L'ÉVALUATION DU PROGRAMME ET L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

#### Attentes envers l'équipe de PCI

14. Entreprendre et réaliser, avec la collaboration de toutes les directions concernées, l'évaluation du programme de PCI.
15. Identifier les indicateurs à inscrire au tableau de bord de l'établissement et au tableau de bord du service ainsi que les résultats attendus en collaboration avec la TC-PCI, le CS-PCI et les autres instances et directions concernées.
16. Assurer le suivi des résultats des indicateurs selon la fréquence établie et rapporter les progrès réalisés au CS-PCI et aux directions concernées.

#### Attentes envers les gestionnaires

9. Entériner le choix des indicateurs à inscrire au tableau de bord de l'établissement et assurer le suivi aux différents paliers de gestion.
10. Soutenir concrètement les directions concernées dans leurs actions pour améliorer les pratiques ou corriger les situations problématiques identifiées par les indicateurs (octroi de ressources, restructuration, etc.).

## CHAPITRE 5 : LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION

#### Attentes envers les équipes de PCI

17. Collaborer avec la direction des communications à l'élaboration des stratégies de communication propre à la PCI.
18. Diffuser en temps opportun les données de surveillance, l'analyse en découlant et les mesures à entreprendre en lien avec cette analyse.
19. Produire un rapport annuel présentant un bilan de l'ensemble des activités du programme et les résultats qui y sont associés, permettant de suivre l'évolution et de dégager les modifications qui doivent être apportées au programme de PCI.

#### Attentes envers les gestionnaires

11. Intégrer d'office un représentant de la direction des communications au CS-PCI de l'établissement.
12. Établir avec les équipes de PCI une ligne de communication claire ainsi que des mécanismes permettant de relayer l'information provenant du MSSS ou des partenaires du réseau.
13. Faire preuve de transparence concernant les résultats de surveillance des infections et des processus.

## CHAPITRE 6 : LA GESTION DES ÉCLOSIONS

### Attentes envers l'équipe de PCI

20. Informer rapidement les personnes en autorité dans l'établissement, au moment de la survenue d'une éclosion, selon le protocole établi.
21. Établir un plan d'action avec un échéancier précis et un responsable pour chacune des mesures retenues et en assurer un suivi régulier ou statutaire auprès des services et des directions touchés ainsi que de l'équipe de gestion des éclosions.
22. Prévoir un mécanisme d'activation de l'équipe de gestion des éclosions avec la haute direction en cas d'éclosion persistante ou majeure ou de situation exceptionnelle.
23. Documenter les événements survenus et les mesures posées pendant la gestion d'une éclosion avec la production d'un journal quotidien.
24. Faire des simulations dans le cadre de mesures préparatoires à la gestion des éclosions de pathogènes virulents ou émergents.

### Attentes envers les gestionnaires

14. Afin de faciliter la gestion d'une d'éclosion, établir les « règles » entourant l'imputabilité des responsables des unités de soins ou de services (ex. : laboratoire, hygiène et salubrité), y compris l'obligation de moyens notamment au regard de l'affectation de ressources additionnelles en temps opportun;
15. Former une équipe clinico-administrative pour la gestion des éclosions majeures ou persistantes (équipe de gestion des éclosions) afin de faciliter la prise de décision et d'assurer, en temps opportun, les leviers nécessaires à la mise en œuvre des mesures recommandées (section 6.1).
16. Signaler au directeur régional de santé publique toute situation présentant une menace à la santé des personnes qui fréquentent une installation (ex. : éclosion persistante ou majeure).

## CHAPITRE 7 : LA GESTION DES RISQUES

### Attentes envers les équipes de PCI

25. S'approprier les différentes composantes du processus de la gestion des risques pour être en mesure d'objectiver les risques relatifs à la PCI auprès des gestionnaires et des administrateurs.
26. S'assurer que la prise de décision au regard d'un risque est partagée avec tous les services et directions concernés afin d'en faciliter la gestion.
27. Obtenir le soutien du « gestionnaire de risque » afin de mettre en place une démarche qui s'inscrit adéquatement dans un cadre d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### Attentes envers les gestionnaires

17. Favoriser l'implication du gestionnaire de risque pour soutenir le processus de gestion des risques infectieux.





## Deuxième partie

### LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU PROGRAMME, LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS



# La structure organisationnelle du programme, les rôles et les responsabilités

## Composantes structurelles

Les composantes structurelles sont essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI). Ces composantes consistent en une équipe de PCI, un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) et une ou plusieurs tables cliniques de PCI (TC-PCI) selon les besoins. Dans les régions comptant plusieurs établissements s'ajoutera une table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN). De plus, ces structures devraient pouvoir compter sur des agents multiplicateurs ou des groupes de travail thématiques si nécessaire.

Outre les composantes structurelles spécifiques à la PCI, les rôles des divers services, directions et comités ayant des activités et une influence importante sur la PCI sont abordés dans le document principal. Ainsi, les rôles des services d'hygiène et salubrité, du retraitement des dispositifs médicaux, des laboratoires, de la direction de Santé publique, des conseils d'établissement (CII, CMDP, CM, CSF), des comités des usagers et des résidents, du secteur de la santé et de la sécurité du travail, de l'entité responsable de lutte à la résistance aux antibiotiques sont présentés succinctement dans le document principal.

## Gestion du programme

La gestion du programme est sous la responsabilité de l'officier de PCI « désigné » et de l'infirmière gestionnaire du service (cogestion).

## Autorité fonctionnelle et autorité hiérarchique

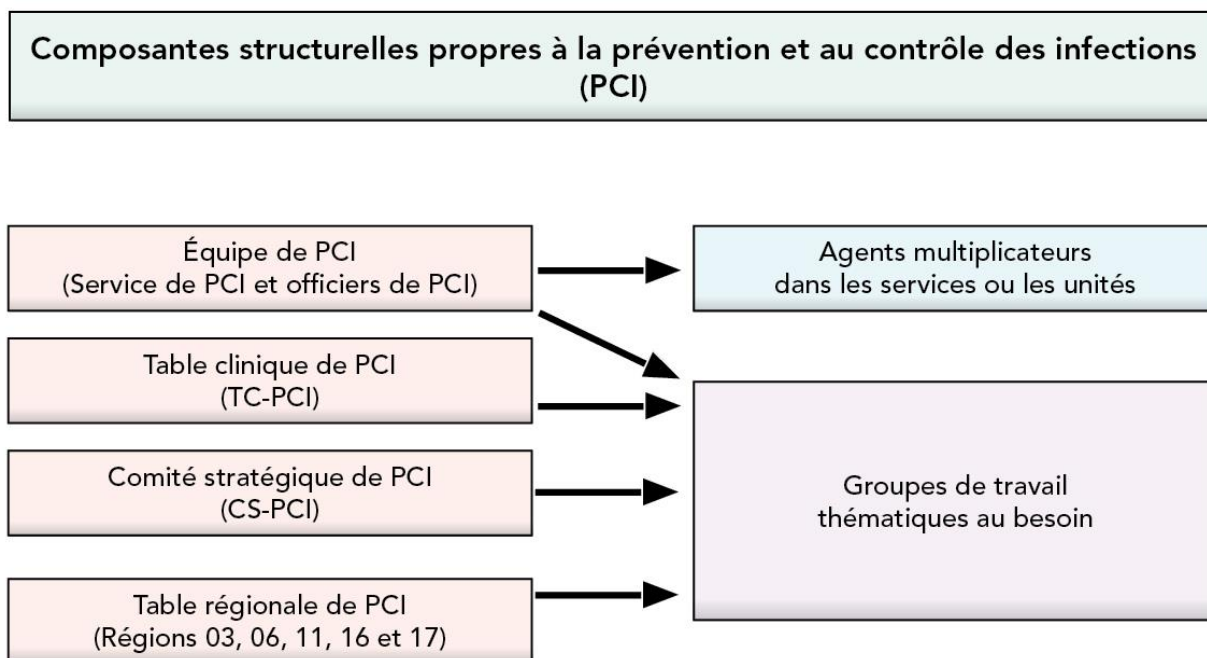
L'équipe de prévention et de contrôle des infections doit se voir accorder, par la direction, l'autorité et les ressources que requiert l'exercice de ses fonctions.

Afin d'atteindre les objectifs du programme, la direction de l'établissement doit reconnaître au gestionnaire du programme (officier, gestionnaire du service de PCI et autres infirmières désignées) des pouvoirs d'action<sup>C</sup> :

- Le droit et le pouvoir d'intervenir, en fonction de son champ d'expertise, auprès de tout détenteur d'autorité hiérarchique dans l'établissement, de faire des recommandations et d'obtenir une réponse (autorité fonctionnelle);
- Le droit d'être consulté lorsque des décisions risquent d'avoir une incidence sur les infections nosocomiales, les responsables des divers secteurs ayant l'obligation stricte de procéder à ces consultations;
- La possibilité d'agir dans des situations d'urgence, grâce à une autorité hiérarchique d'exception lui permettant d'interrompre des activités pouvant mettre en danger la sécurité des personnes.

C AUCOIN, L. et, autres (2005). *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*. Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 44.

## CHAPITRE 8 : COMPOSANTES STRUCTURELLES PROPRES À LA PCI



### Équipe de PCI (section 8.1 du cadre de référence en PCI)

L'équipe de PCI comprend le service de PCI et les officiers de PCI.

Elle est composée des membres suivants :

- un gestionnaire du service qui assure la cogestion du programme avec l'officier de PCI de l'établissement;
- un officier de PCI soit un médecin microbiologiste infectiologue assurant la cogestion du programme. Ce médecin est désigné « officier de PCI de l'établissement » ou 1<sup>er</sup> officier par ses pairs en collaboration avec la direction;
- des infirmières-cliniennes spécialisées en PCI (ICS-PCI);
- des infirmières conseillères formées en PCI<sup>D</sup>;
- des médecins microbiologistes infectiologues désignés « officier de PCI », ceux-ci pouvant agir dans une ou plusieurs installations selon la taille, la mission ou autres caractéristiques de celles-ci<sup>E</sup>;
- une ressource ou plus de secrétariat;
- autres professionnels et collaborateurs, selon l'ampleur et la nature des activités (ex. un employé de la gestion des systèmes d'information, etc.).

D Infirmières ayant suivi le cours d'introduction à la PCI ou ayant un CIC (cible 17, Plan d'action 2015-2020).

E Advenant un nombre de microbiologistes infectiologues insuffisant pour couvrir les besoins en PCI, la fonction autre que celle de « 1<sup>er</sup> officier » pourrait, sur délégation, être assumée en intérim par un médecin d'une autre spécialité ou un omnipraticien qui offre des services dans l'installation et qui a démontré des intérêts et un leadership dans le dossier de la PCI.

Les établissements qui ne comptent pas de microbiologiste infectiologue parmi leur équipe médicale doivent établir une entente avec un autre établissement afin qu'un microbiologiste infectiologue puisse soutenir l'équipe PCI.

L'équipe de PCI étant constituée de différents professionnels, le document *Rôles et fonctions des infirmières et des médecins affectés à l'équipe de PCI* a été élaboré afin de faciliter l'interdisciplinarité (cf annexe 8 du document principal).

### **Service de PCI (section 8.1 du cadre de référence en PCI)**

Sur le plan administratif, on comptera un seul service par établissement<sup>F</sup>.

Le service de PCI doit compter un nombre suffisant d'infirmières. Un ratio du nombre d'infirmières requis selon le nombre de lits par mission a été établi.<sup>G</sup> Ce ratio se doit d'être évolutif et à cet effet peut être modifié par le MSSS pour répondre aux besoins du réseau. L'atteinte des ratios dans chacun des établissements du réseau est suivie et fait l'objet d'un indicateur de gestion. L'indicateur peut être consulté sur le web à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/programmes-services/sante-publique>.

#### *Encadrement du service de PCI*

Le service de PCI étant un service dont les enjeux de gestion sont principalement liés à l'application du programme, l'encadrement clinico-administratif du service de PCI devrait relever d'une ICS-PCI ou d'une infirmière détenant un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle et ayant une expertise clinique en PCI. Compte tenu de la taille importante des établissements de santé et de services sociaux, notamment depuis la réforme administrative du réseau en avril 2015, la gestionnaire du service ne doit pas être comptabilisée dans le calcul des ratios d'infirmières en PCI.

#### *Rattachement du service*

La direction des soins infirmiers (DSI) est indiquée pour prendre en charge ce service. Cependant, selon la conjoncture administrative et l'expérience de l'établissement, il est possible de rattacher le service à une autre de direction, telle la DSP, si ce rattachement s'est révélé fonctionnel au cours des ans.

### **La Table clinique de prévention et contrôle des infections (TC-PCI) (section 8.2 du cadre de référence en PCI)**

La TC-PCI veillera à la prise en charge concertée des activités de PCI en fonction de la mission et des caractéristiques de la clientèle qui reçoit des soins et services dans ses installations. En général, un établissement comptera une seule TC-PCI. Cependant, compte tenu des différentes missions inhérentes aux établissements et du nombre d'installations, il pourrait être judicieux de constituer un maximum de trois TC-PCI afin d'assurer une réponse adéquate et efficace aux multiples besoins des différentes installations.

F Le service de PCI inclut les employés de l'équipe de PCI rémunérés par l'établissement (gestionnaire, infirmières, secrétaire, etc.).

G Au moment de l'édition (2017), les ratios à respecter sont de :

- Un ETC infirmière pour 133 lits de soins généraux et spécialisés
  - Un ETC infirmière pour 250 lits d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
  - Un ETC infirmière pour 100 lits de SGS dans les établissements ayant une désignation CHU, CAU ou IU.
  - Un ETC infirmière pour 250 lits de soins psychiatriques (SP)
  - Un ETC infirmière pour 133 places en unité de réadaptation physique.
- Pour plus de précision, consulter l'indicateur de gestion à l'adresse indiquée dans le texte.

La TC-PCI effectue une analyse des besoins découlant des particularités des missions et des installations et propose des modalités d'intervention pour être en mesure d'atteindre les objectifs du programme organisationnel. Elle contribue à l'adaptation des pratiques proposées par le service de PCI et les autres services concernés pour répondre aux particularités des installations tout en assurant une cohérence et une harmonisation des pratiques de PCI à l'intérieur de l'établissement. La TC-PCI assure le lien entre les installations et le CS-PCI.

COMPOSITION	RATTACHEMENT
Coprésidents : Gestionnaire du service Officier de PCI  Officiers de PCI de chacune des installations Infirmières de l'équipe de PCI (nombre à déterminer par l'établissement) Chef de service en hygiène et salubrité Représentant de la Table des chefs médicaux Représentant du CII, du CM et du CMDP Membres ad hoc et agents multiplicateurs (DST, DSPublique, etc.)	À la direction responsable de la PCI

### Comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (section 8.3 du cadre de référence)

L'établissement doit se doter d'un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections nosocomiales à qui l'on confiera le mandat général de déterminer les objectifs du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ainsi que les priorités d'action. Le comité est soutenu dans ses travaux par la ou les tables cliniques de PCI et l'équipe de PCI.

Il est essentiel que les membres du CS-PCI soient des individus en position d'autorité dans l'organisation afin que les recommandations émanant du comité aient une portée réelle sur l'organisation.

COMPOSITION	RATTACHEMENT
Président : Officier de PCI (1 <sup>er</sup> officier) Vice-président : Directeur ou directrice responsable du service de PCI  PDG ou son représentant Directeur des services professionnels ou directeur des soins infirmiers dans le cas où ces derniers n'assument pas déjà la vice-présidence Directeur des services techniques Directeur responsable des laboratoires Gestionnaire du service de PCI Représentants des TC-PCI, de la SST, du RDM, du comité de coordination clinique de l'établissement, de la DQEPE, de la Direction des communications, de la direction responsable du SAPA Représentant de la DSPublique dans les régions qui n'ont pas de TRPIN	PDG  Le CS-PCI doit relever d'une structure décisionnelle et non pas d'une structure consultative afin de faciliter le suivi administratif des recommandations.

## Table régionale de prévention des infections nosocomiales (section 8.9 du cadre de référence en PCI)

Dans les régions sociosanitaires comptant plus d'un établissement (les régions 03, 06, 11, 16 et 17), le directeur de santé publique doit mettre en place une instance régionale de concertation pour faciliter l'harmonisation des pratiques et le suivi de la situation épidémiologique régionale. Les modalités de fonctionnement de cette instance consultative doivent être adaptées à la réalité et aux besoins de chaque région concernée.

COMPOSITION	RATTACHEMENT
<p>Coprésidents :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Officier de PCI (cogestionnaire du programme dans un établissement)</li><li>Directeur de santé publique ou son représentant</li></ul> <p>Représentants des établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Officiers de PCI des établissements</li><li>Gestionnaires en PCI</li><li>Infirmières en PCI (nombre à déterminer)</li><li>Représentant de la DSPublique</li></ul>	<p>Table régionale des PDG pour les régions qui ont cette instance.</p> <p>Dans les régions où il n'y a pas de Table régionale des PDG, la TRPIN pourrait être rattachée à une autre entité régionale convenue avec les établissements participants (ex. : Directeur de santé publique).</p>

## CHAPITRE 9 : RESPONSABILITÉ DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT

### Le président-directeur général

Étant donné les fonctions habituellement dévolues à un président-directeur général, on doit s'attendre à ce qu'il assume les responsabilités suivantes dans le dossier de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales :

- Promouvoir une culture de la qualité, de la sécurité et de la prévention des infections auprès de tout le personnel et des professionnels de l'établissement;
- Sensibiliser les membres de l'organisation au fait que la prévention et le contrôle des infections nosocomiales constituent un élément essentiel de la qualité et de la sécurité des soins et représentent une priorité incontournable pour l'établissement;
- S'assurer d'un climat organisationnel favorisant la déclaration d'incidents ou d'accidents ainsi que l'application de la politique de divulgation à un usager lorsque se produit un tel événement;
- Mandater le CS-PCI, en collaboration avec le service de PCI, pour lui soumettre un plan d'action annuel dans lequel sont précisés les objectifs à atteindre, les ressources requises et les indicateurs de résultats cliniques et de gestion;
- Présenter ces objectifs et priorités au comité de vigilance et de la qualité et, enfin, au conseil d'administration pour adoption;
- S'assurer que le comité de gestion des risques, comme prévu à l'art. 183.2 de la LSSSS, intègre dans ses préoccupations la problématique des infections nosocomiales et suit l'évolution des indicateurs sur les infections nosocomiales qui lui sont soumis par le CS-PCI;
- Prévoir, au moment de la planification du budget de fonctionnement, un budget suffisant pour permettre la mise en œuvre du programme dans tous les secteurs de l'organisation;

- Assurer la mise en place d'une approche structurée dans le cadre de la hiérarchie des mesures afin de répondre aux exigences en PCI, notamment au regard de l'organisation des lieux et d'ingénierie (ventilation, équipement technique, chambres individuelles, etc.) et des mesures administratives (allocation de ressources matérielles et humaines suffisantes, etc.);
- S'assurer que les différentes directions et les différents départements et services, dans l'analyse des décisions de gestion, prennent en considération les effets de ces décisions sur l'incidence des infections nosocomiales;
- S'assurer de l'atteinte des objectifs de PCI retenus par le conseil d'administration;
- Déterminer les objets à communiquer au directeur de santé publique ainsi qu'aux autres établissements de la région et prévoir les mécanismes de liaison et de communication en plus de s'assurer de leur bon fonctionnement, en collaboration avec les instances concernées. Il s'agit ici des objets que l'établissement souhaite communiquer en dehors des responsabilités qui lui sont dévolues dans le cadre de la LSP;
- S'assurer de l'atteinte des cibles associées aux indicateurs portant sur les infections nosocomiales dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité.

### Le conseil d'administration

En vertu des responsabilités qui lui sont confiées par la loi à l'égard de la qualité et de la sécurité des soins, le conseil d'administration doit :

- reconnaître la prévention et le contrôle des infections nosocomiales comme un élément incontournable de la qualité et de la sécurité des soins;
- s'assurer que toutes les décisions budgétaires et d'organisation des services offerts prennent en considération leurs effets potentiels sur les mesures de PCI et la transmission des infections;
- adopter le programme de prévention et de contrôle des infections soumis par le président-directeur général;
- recevoir chaque année un bilan de réalisation des activités du programme et les commentaires du comité de vigilance et de la qualité sur ces sujets;
- entériner un plan d'action annuel en PCI basé sur les priorités du programme de PCI et les recommandations accompagnant le bilan annuel;
- demander d'être régulièrement informé de l'évolution de la situation relative aux infections nosocomiales ainsi que de toute problématique singulière et obtenir l'avis du comité de vigilance et de la qualité sur ces situations;
- spécifier, conformément à l'art. 235.1 de la LSSSS, les règles relatives à la divulgation de toute information nécessaire à un usager atteint d'une infection nosocomiale et des mesures de soutien, y compris les soins appropriés, mises à la disposition de cet usager.



## ATTENTES ENVERS LES ADMINISTRATEURS ET LES ÉQUIPES DE PCI AU REGARD DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

### Attentes envers les équipes de PCI

28. S'assurer d'obtenir la collaboration et entretenir les liens nécessaires avec les services et conseils jouant un rôle essentiel en PCI (hygiène et salubrité, laboratoire, RDM, service de santé, CII, CM, CMDP, comité des usagers, santé publique, etc.).
29. Assurer une complémentarité des rôles et des responsabilités au sein de l'équipe en fonction des compétences des infirmières et des microbiologistes infectiologues de l'équipe.
30. Participer activement aux travaux de la Table clinique en PCI, du Comité stratégique de PCI et à la TRPIN, le cas échéant.

### Attentes envers les administrateurs

18. Mettre en place les composantes structurelles essentielles au bon fonctionnement du programme (équipe PCI, Comité stratégique de PCI, Table clinique de PCI, contribution à la Table régionale de PCI lorsque présente).
19. Favoriser une cogestion du programme de PCI par l'officier de PCI désigné (1<sup>er</sup> officier) et la gestionnaire du service.
20. Faire connaître au sein de l'établissement, notamment auprès du comité de direction, les rôles et fonctions du ou des officiers de PCI et du gestionnaire du service.
21. Désigner de façon claire et personnalisée les membres de l'équipe chargés d'exercer une autorité fonctionnelle dans l'ensemble des services de l'établissement et une autorité hiérarchique d'exception lors de situation d'urgence.
22. Faire en sorte que le Comité stratégique de PCI relève d'une structure organisationnelle, et non d'une structure consultative.
23. Soutenir la participation des gestionnaires en hygiène et salubrité aux instances régionales, suprarégionales et provinciales afin de favoriser le partage et l'harmonisation des meilleures pratiques de ce secteur d'activités.







## AIDE-MÉMOIRE – VOLET 1 : LA SURVEILLANCE

Tous les établissements du Québec doivent :

- effectuer la surveillance des éclosions et signaler les situations présentant une menace à la DSPublique;
- déclarer les maladies à déclaration obligatoire (MADO) à la DSPublique;
- participer aux programmes de surveillance provinciaux obligatoires qui s'appliquent à leurs installations;
- 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);
  - Cibler les microorganismes pour lesquels la surveillance de la résistance est requise : SARM, SARV, ERV, EPC, autres.
- Déterminer le type de surveillance (globale versus ciblée, passive versus active) pour atteindre les objectifs.
- Adopter et utiliser une définition standardisée des infections surveillées précisant les critères cliniques et de laboratoire ainsi que 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, telles que 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.
- Diffuser les résultats.
- Assurer un suivi des recommandations.

## AIDE-MÉMOIRE – VOLET 2 : LES POLITIQUES, PROCÉDURES ET MESURES DE SOUTIEN DE L'ÉTABLISSEMENT EN MATIÈRE DE PCI

L'élaboration des politiques et les procédures en matière de PCI relèvent du service pour lequel elles sont élaborées. L'équipe de PCI collabore au besoin et s'assure de leur conformité avec les principes de prévention des infections.

Les politiques et procédures doivent être approuvées par le CS-PCI.

- 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;
  - les ensembles de pratiques exemplaires (EPE) s'appliquant à la mission et aux usagers de l'établissement.
- Déterminer et élaborer des politiques et procédures en fonction des caractéristiques des usagers, 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 :
  - bactéries multirésistantes (BMR) : SARM, SARV, ERV, bâtonnets Gram négatif multirésistants (y compris EPC) ou autres;
  - diarrhée associée au *C. difficile* (DACD);
  - gastroentérite d'allure virale;
  - influenza.
- Élaborer et réviser les 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.
- Élaborer et réviser les politiques et procédures relatives aux services de soutien technique et d'hygiène et salubrité :
  - nettoyage de l'environnement de soins;
  - nettoyage, désinfection et stérilisation du matériel médical et de soins;
  - prévention des infections associées aux travaux de construction, de rénovation et d'entretien;
  - gestion des déchets biomédicaux.

- 
- Soutenir et rendre disponible l'expertise en PCI aux groupes de travail et aux comités :
    - gestion des risques;
    - gestion de l'environnement;
    - 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 consolider l'application des politiques et protocoles :
    - tournée des unités et services;
    - audit;
    - communications régulières avec le laboratoire de microbiologie;
    - communications régulières avec le Service de santé et sécurité du travail;
  
  - Privilégier les stratégies suivantes pour l'application des politiques et protocoles :
    - Travailler en partenariat avec tous les membres de l'organisation et reconnaître les éléments favorables à l'implantation des meilleures pratiques;
    - Être à l'écoute des facteurs qui constituent des barrières à l'application des mesures de PCI, rechercher et mettre en place les solutions permettant de les éliminer;
    - Faire des formations théoriques et pratiques adaptées;
    - Assurer une communication fluide et régulière dans toute l'organisation avec le personnel et les médecins au cours des tournées quotidiennes.

## AIDE-MÉMOIRE – VOLET 3 : LES ACTIVITÉS D'ÉDUCATION ET DE FORMATION

La responsabilité au regard du plan de formation et de ses activités est une responsabilité partagée entre la direction des ressources humaines (secteur développement), l'équipe de PCI, les comités de PCI (TC-PCI, CS-PCI) le personnel d'encadrement, les responsables de secteurs, les comités professionnels (CII, CM, CMDP) et les syndicats.


### 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 :
    - Notions d'épidémiologie hospitalière;
    - Stage de résidence dans le domaine.
  - Infirmières et infirmiers (Plan d'action 2015-2020, cible 17) :
    - Conseillère en PCI : cours d'introduction à la PCI durant la première année de titularisation ou une certification CBIC obtenue dans les deux années suivant la titularisation;
    - ICS-PCI : selon les exigences scolaires requises pour la certification.
- Formation continue et développement professionnel de l'infirmière en PCI :
  - Définir les besoins individuels des membres de l'équipe de PCI;
  - Déterminer les activités et les moyens à privilégier pour répondre aux besoins : documentation spécialisée (volumes et périodiques), formation en ligne, activités de transfert des connaissances de l'INSPQ, accès à des experts, à des forums de discussion, à des clubs de lecture, à des groupes régionaux, à des congrès, à des symposiums, à du soutien à la formation universitaire de 2e cycle en PCI.
  - Durée proposée : minimum 35 h de formation par année par ETC en PCI.

### Éducation et formation du personnel de l'établissement

- Évaluer les besoins de formation des employés, des médecins, des bénévoles et des gestionnaires.
- Établir les buts et les objectifs de la formation à l'embauche et en cours d'emploi.
- Élaborer le plan de formation à l'embauche et en cours d'emploi pour tous les employés.
- Déterminer qui donnera la formation.
- Déterminer les éléments de formation requis pour chacune des catégories d'emploi et déterminer le seuil de réussite.
  - Formation à l'embauche : voir le tableau 4;
  - Formation en cours d'emploi :
    - selon les besoins soulevés par le personnel, les gestionnaires et les syndicats;
    - selon les besoins apparus au cours des activités de surveillance et des audits;
    - selon les besoins de mise à jour sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, les sujets d'actualité, une problématique particulière.



- 
- Adapter les stratégies pédagogiques en fonction des objectifs et des clientèles ciblées.
  - Évaluer la qualité des activités offertes sur une base régulière, mesurer la proportion du personnel rejoint et le taux de réussite des participants.
  - Effectuer une mise à jour annuelle du plan de formation pour s'assurer qu'il contribue à l'atteinte des objectifs du programme de PCI de l'établissement.

### **Éducation des usagers (patients et famille, visiteurs)**

- Établir les buts et objectifs.
- Déterminer les objets :
  - modalités et indications concernant l'hygiène des mains;
  - précautions additionnelles appliquées à la condition du patient;
  - étiquette respiratoire;
  - consignes relatives aux visiteurs présentant des symptômes infectieux;
  - etc.
- Choisir l'approche :
  - individuelle;
  - de groupe (usagers ciblés : patients diabétiques, dialysés, etc.).
- Définir les moyens :
  - campagne de sensibilisation;
  - affiches et autres documents remis à l'admission;
  - séances d'information.

## AIDE-MÉMOIRE – VOLET 4 : LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION

### Évaluation du programme proprement dit

- Révision annuelle des résultats des indicateurs.
- Modification du plan d'action annuel en fonction des résultats des indicateurs afin d'atteindre les objectifs du programme.

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

- Choix des indicateurs à insérer dans le tableau de bord du programme de PCI :
  - Description;
  - Résultats attendus;
  - Périodicité du recueil des données;
  - Fréquence des analyses;
  - Responsables;
  - Destinataires des résultats.
- Choix des indicateurs devant faire l'objet d'une reddition d'information au CA de l'établissement.
- Choix des indicateurs à rendre publics.



## AIDE-MÉMOIRE – VOLET 5 : LES ACTIVITÉS DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION

- Principes recommandés pour bâtir une communication
  1. Déterminer les publics cibles et prendre en compte leurs besoins.
  2. Adapter le format du produit selon le public.
  3. Déterminer les meilleurs canaux et les moments de diffusion à privilégier.
  4. Effectuer un suivi auprès des publics cibles pour vérifier l'appropriation et la pertinence du produit.
  
- Éléments d'un modèle générique d'un plan de communication
  1. Le contexte : l'historique et la situation générale de l'établissement au regard de la PCI
  2. Les enjeux
  3. Les objectifs de communication
  4. Les publics visés
  5. Les stratégies de communication
  6. Les moyens proposés (choix des techniques, médias, supports)
  7. Le budget
  8. Échéancier ou calendrier
  9. Évaluation

## AIDE-MÉMOIRE – VOLET 6 : PRISE EN CHARGE D'UNE ÉCLOSION D'INFECTIONS DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Confirmer l'éclosion :

- 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.
- Convenir de la 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.

Mettre en place les mesures organisationnelles pour la gestion de l'éclosion :

- Nommer un responsable de la gestion de l'éclosion.
- Demander au laboratoire de conserver les souches, le cas échéant.
- Mobiliser l'équipe de gestion de l'éclosion en cas d'éclosion majeure.
- Établir un plan d'action avec un échancier et un responsable pour chacune des mesures.
- Dégager les ressources humaines et techniques nécessaires, et les modifier au besoin.
- Rédiger un journal quotidien des activités réalisées.
- Envisager rapidement la mise en place d'une cohorte en cas d'éclosion majeure ou persistante, en particulier avec un pathogène ciblé (ex. : EPC-KPC).
- Prévoir des mécanismes afin de déterminer et de communiquer rapidement les mesures à mettre en place autour des patients porteurs (ou présumés porteurs) au moment de leur inscription à l'urgence, de leur admission, de leur transfert ou de leur suivi après leur congé, le cas échéant.

Communiquer les renseignements et les consignes :

- Transmettre à la direction et au personnel les données recueillies de même que les consignes.
- Réaliser de brèves rencontres de formation ou d'information avec les équipes des unités et des services concernés.
- Informer les partenaires du réseau de l'état de situation, notamment au moment de transferts de patients ou de réception de résultats à la suite du congé.
- Informer les patients et les visiteurs de la situation et des mesures à appliquer.

Rédiger et diffuser le rapport :

- Résumer les faits, les constatations et les mesures entreprises.
- Formuler des recommandations et collaborer à leur réalisation dans le plan d'action du programme PCI de l'établissement.

## AIDE-MÉMOIRE – VOLET 7 : ÉTAPES DE LA GESTION DES RISQUES

Les éléments de communication et d'éthique doivent être présents dans toutes les étapes de la gestion des risques.

1. Établir le contexte :
  - Réviser les informations disponibles : signalements, taux d'infection, rapports.
  - Consigner les risques détectés.
  - Désigner les parties prenantes et indiquer leur rôle dans le processus de gestion de risque.
  - Établir un plan de travail.
2. Évaluer le risque, caractériser et établir le niveau du risque :
  - Déterminer les composantes biologiques et physiologiques du risque.
  - Déterminer les composantes organisationnelles, politiques, économiques, sociales (environnement physique, pratiques, guides, procédures, formation).
  - Considérer les différentes perceptions relatives au risque établi.
  - Estimer le niveau de risque (faible, modéré, élevé) en fonction de ses conséquences et de la probabilité de sa survenue.
3. Établir l'acceptabilité du risque et les options de gestion :
  - Situer le risque : acceptable, tolérable ou intolérable.
  - Considérer les options de gestion en fonction de différents critères : qualité et validité des données, facteurs contextuels, efficacité, efficience, faisabilité, pérennité, bénéfiques, inconvénients, etc.
4. Décision et mise en œuvre :
  - Déterminer l'option de gestion : éliminer le risque, diminuer ou mieux gérer le risque (établir des standards ou des limites), remplacer la source de risque, assumer le risque, transférer le risque à un tiers, statu quo.
  - Établir le plan de mise en œuvre de l'option choisie : mesures, rôles et responsabilités, modalités de suivis.