

Norme des programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Une norme nationale élaborée par
Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada)



Décembre 2016

Norme des programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI)

*Une norme nationale élaborée
par*

Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada)

**fruit des travaux du
groupe de travail de PCI Canada
pour la
Norme des programmes de PCI et
l'outil d'audit des programmes de PCI (PAT®)**

Copyright 2016, IPAC Canada/PCI Canada

Groupe de travail du PAT©

Coprésidentes :

Karen Clinker, M. Éd., B. Sc. Inf., CIC,
CCOHN/CM, conseillère en contrôle des
infections – Nord-Ouest de l’Ontario
(2006-2014)
Santé publique Ontario
Dryden (Ontario)

Shirley McDonald, ART, CIC
Rédactrice médicale/conseillère en PCI
(2005-2014)
Agence ontarienne de protection et de
promotion de la santé et
Santé publique Ontario
Bath (Ontario)

Membres :

Brenda Dyck, B. Sc. Inf.
Conseillère en prévention et en contrôle
des infections
Winnipeg (Manitoba)

Karen Hope, M. Sc., B. Sc., directrice de la
PCI, zone de Calgary, Alberta Health
Services
Calgary (Alberta)

Jim Gauthier, technologue de laboratoire
médical, CIC
Principal conseiller clinique, Prévention
des infections
Sealed Air Diversey Care
Kingston (Ontario)

Ramona Rodrigues, inf., B. Sc., M. Sc. A.,
CIC, directrice, ICS-PCI, Service de
prévention et de contrôle des infections –
établissements pour adultes
Centre universitaire de santé McGill
Montréal (Québec)

Bernice Heinrichs, inf. autorisée,
M. Sc. Inf., CIC, professionnelle de la
prévention et du contrôle des infections,
équipe des normes et des projets, Alberta
Health Services
Edmonton (Alberta)

Marion Yetman, M. Sc. Inf., B. Sc. Inf., CIC
Infirmière provinciale spécialisée dans la
prévention et le contrôle des infections
(2006-2015)
Gouvernement de Terre-Neuve-et-
Labrador – ministère de la Santé et des
Services communautaires
St. John’s (Terre-Neuve-et-Labrador)

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier PCI Canada d’avoir facilité l’élaboration de la présente Norme des programmes de PCI et de l’outil d’audit des programmes (le PAT©). Nos remerciements, également, à l’Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) pour la précieuse formation des membres du comité dans l’évaluation critique de la littérature médicale et les autres formes de soutien technique apportées.

Citation suggérée

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI) CANADA. « Norme des programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) », *Can J Infect Control*, vol. 30, suppl. (décembre 2016), p. 1-97.

Supplément

Une annexe décrivant la méthodologie utilisée pour produire la présente norme de PCI, ainsi que la stratégie de recherche documentaire, l’évaluation critique et le processus d’examen par les parties intéressées peut être obtenue sur demande auprès de PCI Canada.

Partenariats

Le partenaire suivant appuie les principes directeurs de la
présente

Norme des programmes de prévention et de contrôle des infections :



Table des matières

Abréviations.....	7
Glossaire	8
Résumé	13
A. Introduction	15
Contexte.....	15
But du programme de PCI.....	16
Norme des programmes de PCI	17
Audit du programme de PCI.....	19
B. Norme des programmes de PCI	20
1.0 Culture de sécurité en matière de PCI dans l'organisation de soins de santé	21
1.1 Culture de PCI	21
1.2 Mission, vision et valeurs du programme de PCI	22
1.3 Champions et modèles de comportement du programme de PCI	23
1.4 Culture d'apprentissage en matière de PCI dans l'organisation.....	24
1.5 PCI sur le plan travail-vie.....	24
1.6 Sécurité des patients	25
2.0 Portée du programme de PCI.....	27
2.1 Effets du programme de PCI, collaboration et engagement dans le cadre du programme	27
2.2 Éducation à la PCI	30
2.3 Programme de surveillance de la PCI	37
2.4 Gérance des antimicrobiens.....	44
2.5 Programme d'hygiène des mains.....	45
2.6 Flux des patients.....	48
2.7 Gestion des éclosions	49
2.8 Urgences, catastrophes et incidents majeurs	53
2.9 Rôle de la santé au travail dans le programme de PCI.....	58
2.10 Protocoles et procédures du programme de PCI	65
2.11 Initiatives de recherche du programme de PCI	73
3.0 Structure fondamentale du programme de PCI	74
3.1 Gouvernance et leadership du programme de PCI	74
3.2 Administration du programme de PCI.....	78

3.3 Gestion du rendement en matière de PCI	92
3.4 Mesure et évaluation du programme de PCI	95
Résumé des normes des programmes de PCI.....	98
SECTION 1 : CULTURE DE SÉCURITÉ EN MATIÈRE DE PCI DANS L'ORGANISATION DE SOINS DE SANTÉ.....	98
SECTION 2 : PORTÉE DU PROGRAMME DE PCI.....	99
SECTION 3 : STRUCTURE FONDAMENTALE DU PROGRAMME DE PCI	103
Références	106

Abréviations

DMBA	Désinfectant pour les mains à base d'alcool
APIC	Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (États-Unis)
OA	Organisme antibiorésistant
PGA	Programme de gérance des antimicrobiens
ICD	Infection à Clostridium difficile
PDG	Président-directeur général
CIC ^{MD}	Titulaire de la certification en contrôle des infections
MCJ	Maladie de Creutzfeldt-Jacob
ICSP	Institut canadien sur la sécurité des patients
CSA	Association canadienne de normalisation
CGU	Comité de gestion des urgences
PMU	Plan de mesures d'urgence
ÉTP	Équivalent temps plein
IASS	Infection associée aux soins de santé
TS	Travailleur de la santé
CVC	Chauffage, ventilation et climatisation
PPCI	Professionnel de la prévention et du contrôle des infections
PCI	Prévention et contrôle des infections
CPCI	Comité de prévention et de contrôle des infections
ISQua	International Society for Quality in Health Care
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (R.-U.)
SST	Services de santé au travail
EGE	Équipe de gestion des éclosions
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
PICNet	Provincial Infection Control Network (Colombie-Britannique)
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (Ontario)
EPI	Équipement de protection individuelle
SENIC	Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America (États-Unis)
FFPM	Forces, faiblesses, possibilités, menaces
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Glossaire

Précautions supplémentaires (PS) : Précautions (contre les contacts, les gouttelettes et la transmission par voie aérienne) nécessaires en plus des pratiques de base afin de se protéger contre certains pathogènes ou certaines présentations cliniques. Ces précautions sont fondées sur la méthode de transmission (p. ex., contact, gouttelettes, voie aérienne).

Mesures administratives : Mesures mises en place pour réduire les risques d'infection du personnel ou des patients (p. ex. protocoles et procédures de prévention et de contrôle des infections, éducation et formation).

Précautions contre la transmission par voie aérienne : Précautions utilisées en plus des pratiques de base pour les patients que l'on sait être atteints d'une maladie transmise par voie aérienne (p. ex., par de petits noyaux de gouttelettes qui demeurent en suspension dans l'air et peuvent être inhalés par d'autres personnes) ou que l'on soupçonne de l'être.

Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) : Préparation à base d'alcool (par exemple, éthanol, isopropanol) sous forme de liquide, de gel ou de mousse, utilisée pour réduire le nombre de micro-organismes présents sur les mains dans des situations cliniques où les mains ne sont pas visiblement sales.

Organisme antibiorésistant (OA) : Micro-organisme qui présente une résistance à l'action de plusieurs agents antimicrobiens et qui revêt une importance clinique ou épidémiologique spéciale (p. ex. BLSE, SARM, ERV).

Audit : Voir *Audit en PCI*.

Champion : Dans la prévention et le contrôle des infections, guides d'opinion donnant l'exemple par l'adoption du bon comportement.

Certification en retraitement : Réussite d'un cours de certification reconnu dans les pratiques de retraitement administré par un organisme accrédité, comme l'Association canadienne de normalisation (CSA).

Clostridium difficile (C. difficile) : *Clostridium difficile* cause des colites associées aux antibiotiques ou colites pseudomembraneuses. Il s'agit de la plus importante cause de diarrhée infectieuse associée aux soins de santé. *C. difficile* produit des spores vigoureuses qui résistent à la destruction par de nombreux agents chimiques utilisés pour le nettoyage et la désinfection. Les spores sont excrétées dans les selles, vivent dans l'environnement durant une longue période et pourraient être transférées par les mains des travailleurs de la santé.

Précautions contre les contacts : Précautions utilisées en plus des pratiques de base pour les patients que l'on sait ou soupçonne être atteints d'une infection transmissible par contact direct ou indirect.

Sous-traitant : Personne ou employeur embauché à titre contractuel pour la fourniture de matériel ou de services à une autre personne ou un autre employeur. Aux fins du présent document, les sous-traitants sont considérés comme faisant partie du *personnel*.

Culture de sécurité en matière de PCI : Engagement commun et valeurs, attitudes et actions des dirigeants et du personnel d'une organisation de soins de santé appuyant la conviction selon laquelle l'environnement de travail devrait prévenir l'acquisition et la transmission d'infections.

Dénominateur : En épidémiologie, population à risque.

Précautions contre l'exposition aux gouttelettes : Précautions utilisées en plus des pratiques de base pour les patients que l'on sait ou soupçonne être atteints d'une infection transmissible par de grosses gouttelettes infectieuses.

Plan de mesures d'urgence (PMU) : Approche coordonnée de la préparation en vue de catastrophes et de situations d'urgence.

Mesures techniques : Mesures mécaniques mises en place pour réduire le risque d'infection du personnel ou des patients (p. ex. système de chauffage, de ventilation ou de climatisation, conception des chambres, installation de lavabos réservés au lavage des mains).

Essai d'ajustement : Méthode qualitative ou quantitative destinée à évaluer l'ajustement d'une marque, d'une taille et d'un modèle précis de respirateur N95 sur une personne. Un essai d'ajustement doit être effectué périodiquement, au moins tous les deux ans et lorsque l'on change de masque de respirateur ou en présence de changement de l'état physique de l'utilisateur qui pourrait nuire à l'ajustement du respirateur.

Buts : Aboutissements désirés dans le développement organisationnel. Les buts peuvent être à court ou long terme, ou intermédiaires.

Programme de soins des mains : Élément essentiel de l'hygiène des mains comprenant l'évaluation des soins des mains, la formation des travailleurs de la santé et la fourniture de produits hydratants pour les mains ainsi que d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool qui contient un émollient.

Hygiène des mains : Terme général désignant toute action de nettoyage des mains. L'hygiène des mains fait référence au processus utilisé pour éliminer la saleté visible des mains et pour enlever ou tuer les microorganismes transitoires qui se trouvent dessus. L'hygiène des mains peut être accomplie à l'aide d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool ou avec du savon et de l'eau courante.

Lavage des mains : Élimination physique de micro-organismes se trouvant sur les mains avec du savon (ordinaire ou antimicrobien) et de l'eau courante.

Infection associée aux soins de santé (IASS) : Infection associée à la prestation de soins de santé qui n'était pas présente avant réception de ces soins.

Installation de soins de santé : Ensemble d'éléments relatifs à l'infrastructure physique soutenant la prestation de services liés à la santé (c.-à-d. « le bâtiment »). Le domicile d'un patient n'est pas considéré comme une installation de soins de santé.

Organisation de soins de santé : Toute installation, toute société, tout organisme, toute association, tout consortium ou toute entreprise où des soins de santé sont dispensés. Comprend les organisations qui dispensent des soins d'urgence, les hôpitaux, les établissements prestataires de soins complexes de longue durée, les hôpitaux de réadaptation, les foyers de soins de longue durée, les établissements de santé mentale, ceux qui offrent des consultations externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires, les établissements de santé indépendants, les lieux situés hors des hôpitaux, les cabinets d'autres professionnels de la santé, les cliniques de santé publique et les soins à domicile.

Travailleur de la santé : Personne qui travaille dans une organisation de soins de santé et entretient des contacts directs avec des patients, y compris, sans s'y limiter, une infirmière, un médecin, un dentiste, une infirmière praticienne, un ambulancier paramédical et, parfois, un premier intervenant en cas d'urgence, un professionnel paramédical, un travailleur de la santé non réglementé, un instructeur clinique, un étudiant, un membre du personnel d'entretien ou un bénévole. Les bénévoles sont des personnes qui travaillent sans être rémunérées et font partie de l'équipe de prestation des programmes d'une organisation. Les travailleurs de la santé assument divers degrés de responsabilité associés au travail qu'ils effectuent, en fonction de leur niveau de scolarité et de leurs responsabilités/leur emploi exacts.

Soins à domicile : Prestation d'un vaste éventail de services de soins de santé et de soutien à des clients/patients pour le rétablissement, la promotion de la santé, son maintien, la relève, la palliation et la prévention/la réduction des délais dans l'admission aux soins de longue durée en établissement. Les soins à domicile sont dispensés là où résident les clients/patients (p. ex. chez eux, dans des foyers pour personnes âgées, des foyers de groupe et des centres de soins palliatifs).

Prévention et contrôle des infections (PCI) : Discipline concernée par la prévention des infections associées aux soins de santé.

Prévention et contrôle des infections (PCI) Canada : Organisation professionnelle de personnes engagées dans des activités de PCI en contexte de soins de santé. PCI Canada compte parmi ses membres des professionnels de la prévention et du contrôle des infections issus de différentes spécialités connexes parmi lesquelles les soins infirmiers, l'épidémiologie, la médecine, les technologies de laboratoire et la santé publique, ainsi que l'industrie. Le site Web de PCI Canada est situé au : <http://www.ipac-canada.org>.

Audit interne : Audit mené par des personnes travaillant dans l'organisation de soins de santé.

Audit en PCI : Évaluation complète et objective de la conception et de l'efficacité du programme de PCI d'une organisation de soins de santé par rapport à une norme approuvée.

Programme de PCI : Unité de l'organisation de soins de santé se spécialisant dans la prévention et le contrôle des infections, administrée par une équipe de personnes ayant une formation et une expertise en la matière.

Norme de PCI : Exigence générale par rapport à un attribut particulier du programme de PCI.

Leadership : État ou position du dirigeant d'un groupe de personnes ou d'une organisation, ou capacité à en assumer la direction.

Gestionnaire/cadre : Personne responsable de l'administration ou de la supervision des affaires opérationnelles d'une organisation de soins de santé ou en position d'autorité par rapport au personnel.

Objectifs mesurables : Étapes précises mesurables pouvant être suivies pour atteindre un but.

***Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)** : Souche de *Staphylococcus aureus* résistant aux antibiotiques bêta-lactamines, comme la cloxacilline et les céphalosporines.

Respirateur N95 : Dispositif de protection individuelle porté sur le visage, qui couvre le nez et la bouche afin de réduire les risques d'inhalation de particules en suspension dans l'air pour la personne qui le porte. Un respirateur N95 homologué par le NIOSH filtre les particules de la taille d'un micron, présente une efficacité de filtration de 95 % et offre une étanchéité faciale laissant pénétrer moins de 10 % de contaminants.

Numérateur : Chaque événement survenant au sein d'une population à risque (le dénominateur) pour l'événement sous surveillance.

Services de santé au travail (SST) : Services préventifs et thérapeutiques dispensés en milieu de travail par des professionnels qualifiés de la santé au travail, p. ex. infirmières, hygiénistes, médecins.

Équipe de gestion des éclosions (EGE) : Comité multidisciplinaire ayant le pouvoir de mettre en œuvre des changements dans la pratique ou d'adopter d'autres mesures nécessaires pour contrôler une éclosion.

Surveillance des résultats : Surveillance servant à mesurer les résultats attribuables aux soins dans une organisation de soins de santé (p. ex. les infections associées aux soins de santé). Un exemple de surveillance des résultats liée au programme de PCI serait la surveillance des taux d'infection.

Patient : Aux fins du présent document, le terme « patient » comprend les clients, les patients, les résidents et les autres personnes recevant des soins.

Indicateur de rendement : Mesure quantifiable qui reflète les facteurs de réussite critiques d'une organisation de soins de santé. Les indicateurs de rendement sont liés aux buts ou aux objectifs du programme de PCI et fournissent un moyen d'assurer un suivi du rendement par rapport à ces buts ou objectifs, dans une perspective d'amélioration.

Équipement de protection individuelle (ÉPI) : Vêtement ou matériel portés pour se protéger des dangers.

Politique : Principes documentés par lesquels une organisation de soins de santé est guidée dans la gestion de ses affaires.

Surveillance des processus : Surveillance servant à évaluer ou à mesurer les processus (actions effectuées sur un client/patient/résident ou pour lui lors de son passage dans le système de soins de santé). Dans le cadre du programme de PCI, il pourrait s'agir de l'évaluation de la conformité aux procédures et aux normes de pratique, p. ex. par la réalisation d'audits planifiés.

Fondement : En parlant d'une norme de PCI, analyse scientifique, données probantes, pratiques exemplaires ou directives l'étayant ou la validant.

Risque : Menaces ou résultats négatifs liés à la PCI à prévoir si une opération ou pratique donnée ne satisfait pas à la norme (c.-à-d. n'est pas effectuée, ou est effectuée incorrectement).

Portée : Aux fins du présent document, étendue du programme de PCI, tant pour le secteur qu'en termes de sujet, de public cible et de parties intéressées.

Personnel : Toute personne effectuant des activités rémunérées au sein d'une organisation de soins de santé, y compris, sans s'y limiter, les travailleurs de la santé et les employés contractuels. Voir aussi *travailleurs de la santé*.

Superviseur : Toute personne dirigeant le travail d'un autre employé.

Capacité d'intensification : Capacité suffisante ou ressources appropriées pour les activités quotidiennes, et capacité à rediriger les ressources en cas de besoin.

Analyse FFPM : Méthode de planification structurée utilisée pour évaluer les forces, les faiblesses, les possibilités et les menaces inhérentes à un projet ou à un programme.

Surveillance syndromique : Détection des signes et des symptômes de maladies infectieuses discernables avant que des diagnostics confirmés soient posés en laboratoire.

Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) : Souches d'*Enterococcus faecium* ou d'*Enterococcus faecalis* résistant à la vancomycine ou contenant le gène de résistance vanA ou vanB.

Visiteur : Toute personne, dans l'organisation de soins de santé, ne se trouvant pas sous le contrôle direct de l'employeur.

Travail-vie : Pratique de prestation d'initiatives visant à créer un environnement de travail favorable plus souple, permettant au personnel de se concentrer sur ses tâches tandis qu'il se trouve au travail.

Résumé

Les infections associées aux soins de santé (IASS) sont définies comme des infections survenant en association avec la prestation de soins de santé, ou liées à cette prestation. En font notamment partie les infections du sang, les infections postopératoires, les infections urinaires et la pneumonie liée à l'utilisation d'un ventilateur. Dans les dernières années, de nouvelles maladies infectieuses et des maladies infectieuses importées telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et l'influenza H1N1 pandémique ont aussi été transmises au sein d'organisations de soins de santé canadiennes et ont alors été classifiées comme des IASS.

Les IASS sont souvent associées à une morbidité et à une mortalité accrues, contribuant à environ un tiers des décès imprévus dans les hôpitaux. Elles demeurent un important problème pour la sécurité des patients et la qualité, constituant un résultat indésirable important des soins de santé. Tant dans les soins actifs que dans les soins de longue durée, les éclosions entraînent des dépenses significatives pour les organisations de soins de santé.

On estime que jusqu'à 70 % des IASS seraient évitables. Dans le cadre de l'étude phare *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC)*, il a été estimé que le tiers des IASS pourraient être prévenues si les hôpitaux mettaient en place les composantes essentielles d'un programme de prévention et de contrôle des infections (PCI). Les programmes de PCI qui disposent de l'expertise et des ressources appropriées soutiendront l'organisation et l'aideront à améliorer la sécurité des patients par la protection de ces derniers, des travailleurs de la santé, des visiteurs et des autres personnes contre les IASS, ayant aussi pour avantage de réduire les coûts pour le système de soins de santé. Un programme de PCI adéquatement pourvu en ressources et fonctionnant efficacement est essentiel à l'amélioration de la sécurité des patients et des travailleurs de la santé.

En 2010, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a décrit dans ses grandes lignes le fardeau humain et économique des IASS, démontrant la raison d'être et l'utilité de ressources appropriées et adéquates pour les programmes de PCI. De récentes données, cependant, indiquent que les programmes de PCI au Canada et dans d'autres pays ne disposent pas des ressources et composantes essentielles à leur efficacité.

La Norme des programmes de PCI a pour objectif de décrire la culture, la portée et la structure fondamentale nécessaires à la mise sur pied d'un programme de PCI fructueux, synthétisant les pratiques exemplaires, les lignes directrices et les recommandations d'organismes canadiens (nationaux et provinciaux) et internationaux et intégrant d'importantes constatations issues de la littérature scientifique actuelle. Les recommandations des organismes suivants ont servi à étayer les normes individuelles :

- Agrément Canada
- Association canadienne de normalisation (CSA)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)
- Provincial Infection Control Network (PICNet)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC)

- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- International Society for Quality in Health Care (ISQua)
- Lois et règlements nationaux/provinciaux/territoriaux

Avec une voix nationale représentant les professionnels de la PCI dans tous les secteurs des soins de santé à l'échelle de l'ensemble des provinces et territoires, PCI Canada est un chef de file dans la promotion des pratiques exemplaires en ce qui concerne les programmes de PCI et se trouve dans une position unique pour élaborer et promouvoir une norme nationale s'y rapportant.

La présente Norme des programmes de PCI est une ressource destinée aux hauts dirigeants engagés dans le programme de PCI de l'organisation de soins de santé et au personnel du programme :

- pour l'établissement de priorités et l'élaboration de leur programme de PCI;
- en tant que moyen d'obtenir le soutien de la haute direction pour le programme de PCI;
- pour assurer la cohérence dans les éléments de programme recommandés, dans l'ensemble des milieux de soins de santé du Canada;
- pour s'engager dans des activités de planification stratégique pour le futur.

La présente norme a été mise au point par un comité PCI Canada, avec l'apport de dirigeants provinciaux et nationaux. Le document a pour objectif de réunir les éléments des programmes de PCI d'organismes nationaux et provinciaux ainsi que les preuves à l'appui de la littérature actuelle en matière de PCI en une norme unique qui puisse être utilisée par les professionnels de la PCI dans l'élaboration et la gestion de leur programme de PCI.

Le présent document a été rigoureusement examiné par des autorités de prévention et de contrôle des infections de tout le continuum de soins – y compris le comité des normes et des lignes directrices de PCI Canada et celui des programmes et projets – et cadre avec les exigences d'Agrément Canada. Il est possible d'obtenir, sur demande, un supplément à la norme fournissant de la documentation sur le processus d'élaboration de cette dernière, y compris les recherches documentaires, les processus d'examen par les parties intéressées et le processus d'évaluation du risque rattaché aux normes.

A. Introduction

Contexte

Les infections associées aux soins de santé (IASS) sont définies comme des infections survenant en association avec la prestation de soins de santé, ou liées à cette prestation. En font notamment partie les infections du sang, les infections postopératoires, les infections urinaires et la pneumonie liée à l'utilisation d'un ventilateur. Les IASS demeurent un problème pour la sécurité des patients et représentent un important effet indésirable du système de soins de santé¹⁻⁶.

Les IASS influent sur le système de soins de santé en termes de coûts, de morbidité et de mortalité.

On estime que de 3 à 20 % des patients hospitalisés contracteraient une infection après avoir été admis à l'hôpital⁷⁻⁸. Il a aussi été démontré que les patients qui avaient une IASS demeuraient à l'hôpital plus longtemps, en moyenne, que les patients sans infection^{9, 10}.

Les IASS sont souvent associées à une morbidité et à une mortalité accrues, contribuant à environ un tiers des décès imprévus dans les hôpitaux¹¹. À partir des estimations américaines en matière d'infections, de l'incidence observée des IASS et du nombre moyen de congés des hôpitaux, il a été estimé que 220 000 incidents d'IASS surviendraient chaque année au Canada, entraînant plus de 8 000 décès¹².

Les IASS exercent une incidence significative sur les dépenses en matière de soins de santé, en raison de la prolongation des séjours à l'hôpital^{9, 10, 13}, de réadmissions et d'un accroissement de la consommation de coûteuses ressources^{7, 9, 10}. Des estimations donnent à penser que les infections par des OA ajouteraient entre 39 et 52 millions de dollars CAD, annuellement, au coût des hospitalisations au Canada¹⁴.

Dans les soins de longue durée, les éclosions engendrent des coûts importants pour l'organisation¹⁵⁻¹⁸. Les taux d'IASS dans les foyers de soins de longue durée se chiffreraient, selon les estimations, entre 1,8 et 13,5 par millier de jours de soins aux patients¹⁹, ce qui est comparable aux taux observés en milieu hospitalier²⁰.

But du programme de PCI

On estime que jusqu'à 70 % des IASS seraient évitables^{12 21-25}. De nombreuses études en ont décrit le fardeau humain et économique, démontrant la raison d'être et l'utilité de ressources appropriées et adéquates pour les programmes de PCI. Un programme de PCI efficace peut réduire le fardeau associé aux IASS^{26, 27}, diminuant leur nombre²⁸⁻³² et écourtant le séjour à l'hôpital¹³ tout en réduisant la résistance antimicrobienne³³ et les coûts associés au traitement des infections³⁴.

Il a été démontré que les programmes de PCI efficaces engendraient une diminution des taux d'IASS.

Les tendances changeantes dans les soins de santé ayant mené à la prestation de traitements complexes hors du milieu de soins actifs (p. ex. soins ambulatoires, en cabinets de médecins, soins de longue durée et à domicile), il faut des programmes de PCI qui s'étendent à l'ensemble du continuum des organisations de soins de santé. Dans les soins de longue durée, un sondage remontant à 2005 a montré que les ressources et programmes de PCI ne concordaient pas du tout avec les suggestions des experts canadiens et américains³⁵.

Pour améliorer la sécurité dans les soins de santé et accroître le rapport coûts-efficacité, il faut absolument que des programmes de PCI adéquatement pourvus en ressources en viennent à constituer une norme de pratique³⁶. Les programmes de PCI qui disposent de l'expertise et des ressources appropriées soutiendront l'organisation et l'aideront à améliorer la sécurité des patients par la protection de ces derniers, des travailleurs de la santé, des visiteurs et des autres personnes contre les IASS, ayant aussi pour avantage de réduire les coûts pour le système de santé^{5, 7, 21}.

Norme des programmes de PCI

Il n'y a que peu de publications récentes qui fournissent des preuves solides pouvant servir à déterminer quels sont les éléments essentiels aux programmes de PCI en termes d'efficacité dans la réduction du risque d'infection à l'échelle nationale ou à l'échelle locale (celle de l'organisation de soins de santé). Il n'existe pas, par ailleurs, de consensus par rapport aux composantes essentielles d'un programme de PCI³⁷. Des publications de sociétés scientifiques, d'organismes provinciaux ou d'autres groupes d'experts fournissent des suggestions de composantes fondées sur l'expertise ou sur d'autres bases.

En voici quelques exemples :

Pourquoi avons-nous besoin d'une norme des programmes de PCI?

En quoi consiste le rôle d'Agrément Canada et d'autres organismes dans l'élaboration de la présente Norme des programmes de PCI?

- Agrément Canada : *Prévention des infections*, accessible à l'adresse suivante : <https://accreditation.ca/fr/pr%C3%A9vention-des-infections>.
- Agence de la santé publique du Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins (2013)*, accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/summary-sommaire/tihs-tims-fra.php>.
- Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (Ontario) : *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé*, accessible à l'adresse suivante https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_IPAC_in_Ontario_2012_FR.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé : *Principaux volets des programmes de lutte contre l'infection*, accessible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70229/1/WHO_HSE_EPR_2009.1_fre.pdf.
- Health Care Health and Safety Association of Ontario: *HCHSA – Protecting Health Care Workers from Infectious Diseases: A Self-Assessment Tool*, accessible à l'adresse suivante : <http://www.osach.ca/products/resrcdoc/rinfe345toc.pdf>.

Une distinction pourrait être établie entre les rôles respectifs des programmes nationaux et locaux, afin de déterminer les composantes essentielles des programmes de PCI³⁷ :

- L'autorité nationale est responsable de l'élaboration et de la diffusion de lignes directrices techniques nationales, utilisant, pour l'ensemble de lignes directrices de base, les meilleures données probantes disponibles. L'organisation de soins de santé adapte et met en œuvre les lignes directrices techniques nationales à l'échelle locale.
- L'autorité sanitaire nationale doit, directement ou par délégation, réglementer, dispenser des conseils et promouvoir et superviser l'observation des règlements.
- À l'échelle locale (organisation de soins de santé), les soins doivent être dispensés d'une façon sécuritaire et efficiente pour les patients, le personnel et les autres.
- Les composantes des programmes de PCI aux échelles nationale et locale devraient être alignées et cohérentes.

Les normes sont des énoncés autorisés qui reflètent les attentes, les valeurs et les priorités de la profession³⁸. Lorsqu'elle s'applique à une personne, une norme est un niveau de rendement attendu et atteignable par rapport auquel le rendement réel peut être comparé³⁹. Les professions autoréglementées sont caractérisées par des normes de pratiques, fondées sur les valeurs de la profession.

Pourquoi PCI Canada devrait-elle diriger l'élaboration d'une Norme des programmes de PCI?

Très peu d'organismes professionnels au Canada sont adéquatement positionnés ou possèdent l'expertise nécessaire pour élaborer et promouvoir une norme nationale des programmes de PCI. Avec une voix nationale représentant les professionnels de la prévention et du contrôle des infections dans tous les secteurs des soins de santé à l'échelle de l'ensemble des provinces et territoires, PCI Canada est un chef de file dans la promotion des pratiques exemplaires de PCI, capable de cerner les normes faisant partie des programmes de PCI efficaces.

La Norme des programmes de PCI rassemble les ressources, les études scientifiques, les lignes directrices et les recommandations disponibles au Canada par rapport à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de PCI dans l'ensemble du continuum de soins. La mise en œuvre des normes de programme de PCI Canada contribuera au maintien de pratiques sécuritaires en matière de soins des patients et de PCI au Canada.

Audit du programme de PCI

L'audit d'un programme de PCI est une évaluation complète et objective de la conception et de l'efficacité du programme de PCI d'une organisation de soins de santé par rapport à une norme approuvée. Il constitue une occasion d'évaluer la culture de PCI, la portée et des éléments du programme dans l'organisation, de mettre en œuvre des changements et d'adopter des mesures correctives en collaboration avec différents départements et services⁴⁰.

Le personnel et les gestionnaires engagés qui participent activement au programme de PCI parviendront à améliorer les processus de PCI et à réduire les IASS⁴¹. Les résultats des activités d'audit qui sont réacheminés aux gestionnaires et au personnel donneront lieu à des améliorations et au développement du travail d'équipe^{42, 43}.

Les données issues des audits peuvent servir à orienter les buts et les objectifs annuels du programme de PCI. Elles aideront aussi à répondre aux besoins de l'organisation en ce qui a trait aux normes de PCI et à des pratiques de soins plus sécuritaires. La modification de la pratique et la démonstration subséquente de l'amélioration dans les processus et résultats de la PCI viennent « boucler la boucle » de l'audit. Ce cycle est répété jusqu'à ce que les critères choisis soient remplis et que les résultats soient satisfaisants⁴⁴. Le professionnel de la prévention et du contrôle des infections (PPCI) qui effectue les audits agira comme modèle de comportement et agent de changement⁴⁵.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, au Canada, de ressource qui fournisse aux professionnels de la prévention et du contrôle des infections un outil d'audit de leur programme de PCI. L'outil d'audit des programmes de PCI (*PAT*[®]) de PCI Canada (préparé en conjonction avec le présent document) évalue si les normes des programmes de PCI ont été satisfaites. Le *PAT*[®] a été publié sous la forme d'un document distinct accompagné d'une annexe d'audit, *Auditing the Infection Prevention and Control (IPAC) Program*. L'outil et son annexe peuvent être trouvés sur le site Web de PCI Canada à l'adresse suivante : <http://www.ipac-canada.org/AuditToolkit/toolkithome.php>.

B. Norme des programmes de PCI

La Norme des programmes de PCI a été élaborée en trois sections : culture de PCI, portée du programme de PCI et structure fondamentale du programme de PCI. Chaque section porte sur des aspects fondamentaux de la prévention et du contrôle des infections, comme il l'est illustré ci-dessous.

POURQUOI

le programme de PCI
est-il important?



CULTURE DE PCI

QUI

le programme de PCI
touche-t-il?



**PORTÉE DU
PROGRAMME
DE PCI**

COMMENT

le programme de PCI
est-il dispensé?



**STRUCTURE
FONDAMENTALE
DU
PROGRAMME
DE PCI**

1.0 Culture de sécurité en matière de PCI dans l'organisation de soins de santé

Une culture de sécurité en matière de PCI dans l'organisation de soins de santé est l'engagement commun et les valeurs, attitudes et actions des dirigeants et du personnel de l'organisation qui appuient la conviction selon laquelle l'environnement de soins de santé devrait prévenir l'acquisition et la transmission d'infections.

1.1 Culture de PCI

L'organisation de soins de santé mobilise le personnel, les médecins et les bénévoles dans la promotion, en son sein, d'une culture de PCI^{38, 46-49}. Il a été démontré qu'un des importants facteurs prédictifs de l'adhésion aux pratiques de PCI consiste en la participation active et en l'engagement de l'administration supérieure en matière de sécurité⁵⁰. L'établissement de partenariats et la collaboration avec des parties intéressées internes sont essentiels à l'élaboration et à la diffusion de lignes directrices et de pratiques exemplaires dans une organisation de soins de santé. L'équipe de PCI travaille avec ses partenaires à mettre en œuvre des activités de PCI, une éducation et des campagnes de sensibilisation, comme la participation à des activités pour la Semaine du contrôle des infections.

Une culture de PCI est imbriquée au sein de l'organisation lorsque la vision pour un environnement de soins de santé exempt de risque et la réduction connexe des IASS est communiquée à l'ensemble des parties intéressées et au personnel par un leadership efficace^{51, 52}, avec une communication ouverte entre tous les fournisseurs de soins par rapport aux initiatives de PCI⁵³. La responsabilité partagée a été cernée comme critique pour un changement de culture organisationnelle soutenu en ce qui concerne les programmes de PCI⁵⁴. Lorsque la responsabilité à l'égard du processus de PCI est collective, la culture de PCI est manifeste⁵⁵. Les dirigeants communiquent les exigences de santé et de sécurité associées à la PCI dans l'ensemble de l'organisation et prêchent par l'exemple. Quand la prévention des infections en vient à faire partie de la culture, le risque d'infection est réduit et la sécurité des patients s'en trouve améliorée⁵².

CULTURE DE PCI...

- *Le programme de PCI est-il important pour l'organisation?*
- *Est-il soutenu par la haute direction?*
- *Le programme de PCI peut-il être « ressenti » au sein de l'organisation de soins de santé?*

NORME N° 1

Les dirigeants et le personnel de l'organisation de soins de santé doivent communiquer, donner l'exemple et s'investir et s'engager activement dans l'élaboration et le maintien d'une culture de prévention des infections dans l'ensemble de l'organisation.

Fondement logique

ASPC, CCPMI, OMS, vérificateur général de l'Alberta, Friedman

1.2 Mission, vision et valeurs du programme de PCI

La prévention des infections chez les patients représente une vision et un objectif communs pour tous ceux qui travaillent dans les soins de santé. Holmes⁵⁶ fait valoir que l'ensemble du personnel doit comprendre son rôle en ce qui concerne le programme de PCI, appuyé par un vaste engagement multidisciplinaire, avec un message clair à l'effet duquel tous, au sein de l'organisation, comptent, et la prévention des infections est l'affaire de chacun. Cette finalité commune est appuyée par le conseil d'administration et la haute direction, qui en assurent le leadership⁵⁶.

Le programme de PCI a une vision claire et un but ou une mission :

- cadrant avec la mission, la vision et les valeurs de l'organisation;
- fournissant des assises pour sa propre planification et son orientation;
- communiqués aux parties intéressées;
- régulièrement révisés.

L'organisation est administrée de façon responsable afin d'atteindre les buts et objectifs définis pour son programme de PCI. Le conseil d'administration considère le programme de PCI comme critique dans le plan stratégique de l'organisation pour améliorer la qualité et la sécurité des patients. Des plans opérationnels annuels appuient la réalisation du plan stratégique et des buts et objectifs du programme de PCI et guident les activités quotidiennes. Il règne une culture d'acceptation et de responsabilisation, par le soutien administratif et celui offert par le conseil d'administration à l'égard des buts et priorités du programme de PCI dans l'organisation⁵⁷.

NORME N° 2

Il doit y avoir une vision claire et le soutien du conseil d'administration à l'égard du programme de PCI dans l'organisation de soins de santé.

Fondement logique

Jarvis, Holmes

*Le fondement logique de la norme est l'organisme provincial, national ou international ou la preuve scientifique qui l'appuie ou l'étaye. Des références sont intégrées au texte. Les abréviations peuvent être trouvées dans le glossaire.

1.3 Champions et modèles de comportement du programme de PCI

Les champions et les modèles de comportement sont des guides d'opinion qui donnent l'exemple par l'adoption du bon comportement. Il a été prouvé que la conformité du personnel est grandement influencée par le comportement des autres travailleurs de la santé⁵⁸⁻⁶⁰, y compris celui du personnel médical embauché comme champions du programme de PCI. En servant de modèles dans l'adoption de pratiques exemplaires, ces champions en prennent personnellement la responsabilité et tiennent les autres responsables dans le cadre du système de responsabilité interne d'une organisation⁴⁷. Des champions particuliers précis sont utilisés, en fonction de la nature de l'initiative et de l'endroit où elle se déroule (p. ex. unité hospitalière, service)⁶¹.

Une fois les principales croyances cernées, la communication persuasive peut être efficace pour susciter un changement de comportement^{62, 63}, comme il l'a été démontré dans les dernières années par des stratégies d'hygiène des mains appliquées à l'échelle de l'organisation. Une composante essentielle à la réussite d'un programme d'hygiène des mains efficace est la promotion de l'hygiène des mains par des champions et des modèles de comportement⁶⁴⁻⁶⁸ au sein de l'organisation de soins de santé. Il a été prouvé que d'avoir des champions et des modèles de comportement en matière d'hygiène des mains influencerait positivement sur la motivation du personnel et pourrait réduire les taux d'infection^{66, 69, 70}. Dans deux études publiées d'interventions visant à améliorer les pratiques de PCI, les auteurs ont signalé à la fois une amélioration soutenue dans les pratiques et une importante réduction subséquente des IASS^{71, 72}. Ces études mettaient toutes deux l'accent sur la modification de la culture et des attentes organisationnelles et comprenaient l'obtention du soutien de leaders d'opinion, qui se sont fait les champions des interventions en milieu de travail.

NORME N° 3

Des activités de programme de PCI et des campagnes de sensibilisation doivent être mises sur pied par l'établissement de partenariats et la collaboration avec des intervenants clés.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, OMS, Boyce

NORME N° 4

Une culture de PCI doit être promue, au sein de l'organisation de soins de santé, par l'engagement du personnel, des médecins, des bénévoles, de champions et de modèles de comportement.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, OMS, Boyce

1.4 Culture d'apprentissage en matière de PCI dans l'organisation

L'organisation encourage une culture d'apprentissage par rapport au programme de PCI et veille à ce que le personnel ait le temps de participer à la formation et à l'éducation en matière de PCI^{47, 73}. Une organisation applique adéquatement ses stratégies travail-vie (voir la section 1.6, ci-dessous) lorsque des ressources sont fournies au personnel pour effectuer son travail et que la compétence continue est appuyée par l'éducation⁷⁴. Lorsqu'il suit les pratiques exemplaires et les protocoles de PCI recommandés tels qu'ils sont enseignés, le personnel tire fierté de l'intégration de bonnes pratiques de prévention et de contrôle des infections à sa routine quotidienne⁴⁷. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la formation (compétences et programme) des professionnels de la PCI et des travailleurs de la santé comme une priorité⁴⁸.

Pour de plus amples renseignements concernant l'éducation en matière de PCI, voir la section 2.2., *Éducation à la PCI*.

NORME N° 5 *Il doit y avoir, dans l'organisation de soins de santé, une culture d'apprentissage qui favorise l'éducation des gestionnaires, du personnel et des bénévoles en matière de PCI.*

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, OMS, NICE

1.5 PCI sur le plan travail-vie

Le travail-vie se définit comme « la pratique de prestation d'initiatives visant à créer un environnement de travail favorable plus souple, qui permette aux employés de se concentrer sur leurs tâches tandis qu'ils se trouvent au travail⁷⁵ » [traduction]. L'efficacité travail-vie consiste en un ensemble précis de pratiques, de protocoles et de programmes organisationnels et en une philosophie recommandant le soutien dynamique des efforts de toutes les personnes cherchant à réussir, tant au travail qu'à la maison⁷⁶. Elle implique un ferme engagement de la direction à l'égard de la qualité organisationnelle du travail-vie⁷⁴; rendre la culture organisationnelle plus favorable aux activités destinées à améliorer la sécurité au travail⁷⁴; ajouter des programmes pour satisfaire les besoins associés aux événements de la vie; veiller à ce que des politiques donnent au personnel le plus de contrôle possible sur sa vie; utiliser des pratiques de travail souples comme stratégie pour répondre tant aux besoins du personnel qu'à ceux du milieu de travail.

Il apparaît de plus en plus clairement que la qualité des soins dépend de la santé et de la sécurité de la main-d'œuvre et de l'environnement. Une organisation de soins de santé qui appuie l'équilibre travail-vie accordera une grande importance à la sécurité du personnel. Un environnement de travail sain et sécuritaire constitue une priorité stratégique⁷⁴.

Les programmes de santé et de mieux-être travail-vie comprennent de nombreuses initiatives de programme de PCI pour la prévention de la maladie et des blessures chez le personnel :

- Des protocoles et procédures de programme de PCI conformes aux lois pertinentes sont en place pour protéger le personnel.
- Les travailleurs de la santé sont formés à l'évaluation du risque et à l'utilisation d'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que d'autre équipement de sécurité suivant les besoins (p. ex. casques de protection et bottes lors de l'inspection d'un chantier de construction).
- Il est possible d'accéder à des recherches et à de l'information sur les pratiques exemplaires liées à la sécurité du personnel.
- Des ressources sont en place pour protéger le personnel des maladies infectieuses (p. ex. EPI, matériel pour l'hygiène des mains, programmes d'immunisation, initiatives de sécurité visant les objets pointus ou tranchants).
- Il existe des protocoles pour la gestion de l'exposition du personnel, advenant une telle exposition.
- Les incidents font l'objet d'une enquête en vue d'éviter qu'ils se reproduisent (enquête sur les incidents).
- Des mesures sont adoptées en cas de problème de non-conformité au programme de PCI.

NORME N^o 6

L'organisation de soins de santé doit démontrer un engagement à l'égard de stratégies travail-vie, pour la prévention des infections chez le personnel.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada

1.6 Sécurité des patients

La sécurité des patients constitue une priorité stratégique pour l'organisation de soins de santé. Le rôle critique du programme de PCI est reconnu par les organismes d'agrément, dont l'objectif en matière de sécurité des patients consiste à réduire le risque d'IASS et l'incidence de ces infections dans l'ensemble du continuum de soins⁷⁷.

La qualité clinique et la sécurité des patients sont désormais dans la mire des conseils d'administration des organisations de soins de santé au Canada⁷⁸. L'organe directeur est au bout du compte responsable de la qualité et du caractère sécuritaire des services de l'organisation. Il joue un rôle important dans la promotion d'une culture organisationnelle améliorant la sécurité des patients⁷⁹. Les organisations sont plus susceptibles de faire de l'amélioration de la sécurité et de la qualité un élément central si l'organe directeur est conscient des questions liées à la sécurité des clients et dirige les efforts d'amélioration de la qualité⁷⁹. Dans les organisations où l'organe directeur est activement engagé vis-à-vis la sécurité des patients, les résultats et les processus de soins se trouvent améliorés⁷⁴.

De nombreux éléments du programme de PCI sont vus comme des indicateurs de la qualité des soins⁸⁰. Les procédures d'hygiène des mains et de nettoyage, désinfection et stérilisation de l'équipement médical sont des exemples de pratiques qui pourraient entraîner des infections si l'on dérogeait aux pratiques exemplaires. Les taux d'infection et les résultats des audits des processus de PCI sont des indicateurs clés à fournir, de sorte que le conseil d'administration et la haute direction de l'organisation puissent vérifier si les soins s'améliorent.

Le rôle du programme de PCI dans la sécurité des patients concerne autant les patients eux-mêmes que les membres de leur famille et les visiteurs de l'organisation. Les interventions des programmes de PCI liées à la sécurité des patients comprendraient par exemple :

- le dépistage et l'évaluation des risques à l'admission et à l'entrée (pour déterminer le placement, les besoins en équipement de protection individuelle [EPI], le cas échéant, les exigences en termes de précautions supplémentaires, etc.);
- la fourniture d'information par rapport aux pratiques de base, aux précautions supplémentaires, à l'hygiène des mains et à l'EPI, dans un format facile à comprendre (p. ex. fiches de renseignements, brochures, directives individuelles);
- l'accès à des ressources d'hygiène des mains et à de l'EPI, suivant les besoins.

S'il y a lieu, les patients peuvent se voir offrir l'occasion de participer à la planification des activités d'amélioration de la qualité liées au programme de PCI et à la prise de décisions les concernant⁸¹. Ce pourrait être fait au moyen d'un ombudsman des patients, par des sondages effectués auprès de ces derniers ou à partir des commentaires qu'ils auront formulés lors des enquêtes sur les éclosions et d'analyses des causes fondamentales.

NORME N° 7

La sécurité des patients en ce qui a trait au programme de PCI doit constituer une priorité stratégique pour l'organisation de soins de santé.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

2.0 Portée du programme de PCI

La portée du programme de PCI peut être définie comme l'ampleur de ce dernier et l'étendue de la population ciblée ou des parties intéressées qu'il touche.

2.1 Effets du programme de PCI, collaboration et engagement dans le cadre du programme

2.1.1 PARTIES INTÉRESSÉES DU PROGRAMME DE PCI

Le programme de PCI répond aux besoins et aux exigences de parties intéressées internes et externes. Chaque programme détermine qui sont ces parties et comment répondre à leurs besoins, afin de s'y adapter⁴⁷. Les processus de prise de décisions sont fondés sur l'examen des tendances actuelles en matière de population (p. ex. mutation démographique), des populations se trouvant ciblées aux fins d'intervention préventive⁷⁴. Les données épidémiologiques sont aussi analysées pour guider les processus et pratiques du programme de PCI liés aux tendances et aux changements dans le profil démographique de l'organisation.

PROGRAMME DE PCI PARTIES INTÉRESSÉES...

- *QUI le programme de PCI atteint-il?*
- *QUELLES sont les limites internes et externes du programme de PCI?*

Il existe un processus permettant de cerner, de mesurer et d'évaluer les besoins des parties intéressées, tant au sein de l'organisation qu'en dehors, en ce qui concerne le programme de PCI. Les parties intéressées internes et externes sont celles qui sont touchées par les enjeux liés à la PCI. Des procédures et des protocoles écrits pour toutes les fonctions et tous les processus clés du programme de PCI sont mis en place, avec la contribution des parties intéressées internes et externes, suivant les besoins, et servent à guider les travaux du programme de PCI⁸¹.

Les parties intéressées internes comprennent le personnel, les patients et les autres personnes fonctionnant au sein de l'organisation de soins de santé. L'évaluation des besoins de ces parties pourrait prendre la forme de questions posées avant et après les tests, de questionnaires ou de sondages auprès du personnel⁸², de résultats obtenus aux analyses environnementales ou d'études pilotes et d'examen visant à cerner les stratégies d'engagement et les besoins dans le cadre du programme^{83, 84}.

Le programme de PCI d'une organisation de soins de santé influe aussi sur d'autres organismes et organisations de soins comme les unités de soins ambulatoires, les unités de santé publique, les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les cabinets de médecin ou les soins de santé à domicile. Par exemple, la mise en œuvre d'un programme de surveillance des sites après l'octroi du congé, suivant une chirurgie, exige la collaboration avec des cabinets de médecins et des services de soins à domicile. Dans ces cas, des audits périodiques des pratiques (p. ex. sondages par téléphone

ou courriel) et une évaluation pourraient être utilisés pour mesurer la connaissance du programme de PCI et l'adhésion aux recommandations du programme dans la collectivité⁸⁵.

Les besoins des parties intéressées par le programme de PCI sont réévalués en fonction des exigences propres au territoire de compétence ou périodiquement, conformément à l'entente avec les parties en question, pour vérifier qu'ils sont toujours comblés. Une rétroaction et une communication continues sont importantes pour faire en sorte que le programme de PCI atteigne ses objectifs, établisse des relations efficaces et satisfasse les besoins des parties intéressées⁸⁶. Si possible, un système de mesure des améliorations dans les normes environnementales, la pratique clinique et la sensibilisation au programme de PCI est intégré parmi les parties intéressées d'une organisation de soins de santé^{51, 84}.

Il existe un processus permettant de fournir une rétroaction relativement au programme de PCI aux parties intéressées de l'organisation. Cela pourrait être effectué par des moyens officiels, des rapports d'audits et d'éclosions, ou par des bulletins informels et par l'intermédiaire de l'intranet de l'organisation.

NORME N° 8

Les besoins des parties intéressées internes et externes en ce qui concerne le programme de PCI sont cernés, mesurés, évalués et mesurés à nouveau sur une base régulière.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.1.2 LIAISON ET COLLABORATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PCI

Le programme de PCI entretient une relation avec tous les autres services dans l'organisation. Des relations optimales sont établies et maintenues en son sein et en dehors (p. ex. santé au travail, santé publique). Il existe un processus de communication englobant tant les communications internes (au sein de l'organisation) qu'externes (p. ex. santé publique, autres organisations de santé) par rapport aux questions associées à la PCI et à d'autres renseignements pertinents sur la santé³⁶. Toutes les données de surveillance pertinentes sont communiquées de façon transparente au personnel et aux patients.

Il y a une communication claire avec l'ensemble de personnel, des patients et des fournisseurs de soins, tout au long du plan d'intervention, relativement aux IASS, aux risques d'infection et à la marche à suivre pour prévenir les infections, afin d'en réduire les effets néfastes^{49, 81}. Des approches coordonnées régionales ou nationales des questions liées à la PCI donnent lieu à la normalisation des processus et permettent la comparaison des résultats, la validation des méthodologies et la référencement⁸⁷. Le programme de PCI de l'organisation sert d'important lien dans les systèmes régionaux⁸⁸.

Les questions liées au programme de PCI sont intégrées comme des points permanents à l'ordre du jour des autres comités⁴⁷. Là où les programmes de PCI chevauchent d'autres programmes, il pourrait y avoir un avantage mutuel à ce qu'un professionnel de la prévention et du contrôle des infections siège aux comités de l'autre service, et vice-versa. Des équipes de service multidisciplinaires telles que les soins intensifs^{53, 89, 90}, la pédiatrie⁹¹ et l'inhalothérapie⁹² peuvent bénéficier de la présence dans l'équipe d'un professionnel du contrôle et de la prévention des infections, ce qui améliorera la communication, contribuera au processus de prise de décisions et renforcera les initiatives du programme de PCI^{57, 89, 93}.

La collaboration entre les partenaires internes et externes est particulièrement importante lors d'éclosions ou d'événements de santé publique³⁶. La collaboration entre le programme de PCI et les services de santé publique locaux et provinciaux appropriés pour la déclaration des maladies à déclaration obligatoire facilite le contrôle des maladies infectieuses⁴⁷. La communication en temps

PROGRAMME DE PCI COLLABORATION...

- **COMMENT** le programme de PCI atteint-il les parties intéressées?
- **COMMENT** le programme de PCI travaille-t-il avec ses partenaires?

PROGRAMME DE PCI ENGAGEMENT...

- **COMMENT** les parties intéressées sont-elles touchées par le programme de PCI?

opportun aide les organisations à déterminer les priorités, à prévenir d'autres cas d'infection, à contrôler efficacement les grappes/éclosions et à atténuer, dans toute la mesure du possible, l'incidence de l'événement⁴⁷. Les organisations de soins de santé ont établi des procédures pour recevoir tous les avis de santé internationaux, nationaux, provinciaux, régionaux et locaux et y réagir adéquatement. D'importants avis de santé sont transmis promptement à l'ensemble du personnel responsable de la recherche et de la surveillance des cas, et des mises à jour sont fournies à intervalle régulier⁴⁷.

NORME N° 9

Le programme de PCI doit collaborer et établir une liaison avec des partenaires internes et externes.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

NORME N° 10

Le programme de PCI doit avoir un processus de communication pour la transmission des renseignements urgents ou critiques en matière de PCI aux partenaires internes et externes.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, CCPMI, ASPC

2.2 Éducation à la PCI

Une éducation et une formation sont offertes à l'échelle de l'organisation pour promouvoir et renforcer une culture de soins axés sur le client et la famille⁷⁴. L'éducation et la formation en matière de PCI concernant plus précisément la sécurité des patients sont dispensées au minimum tous les ans aux gestionnaires, au personnel et aux bénévoles^{36, 74}. Les patients sont plus susceptibles de contracter une grave infection dans les organisations sans programme d'éducation à la PCI structuré pour l'établissement d'attentes en matière d'apprentissage, la prestation d'une formation et la vérification de la conformité aux pratiques de PCI⁴⁶.

2.2.1 ÉDUCATION DU PERSONNEL RELATIVEMENT À LA PCI DANS L'ORGANISATION

On s'attend à ce que le personnel et les fournisseurs de services au sein de l'organisation de soins de santé aient les connaissances, les compétences et la formation nécessaires à la mise en œuvre cohérente de pratiques de PCI efficaces dans leur domaine de travail, suivant les besoins^{47,73,74}. L'approche aux multiples facettes de l'organisation par rapport au programme de PCI comprend un programme d'éducation adapté aux priorités dudit programme, à ses services et à sa population de patients^{49,63}, s'adressant à tous ceux qui y travaillent⁴⁷. Les programmes éducatifs concernant la PCI répondent aux besoins du public auquel ils sont destinés⁴⁷ et sont suffisamment souples pour procurer des expériences d'apprentissage à des gens aux acquis éducatifs très

QUELLE est la portée de l'éducation en matière de PCI?

QUAND l'éducation en matière de PCI est-elle dispensée?

diversifiés^{47, 73}, particulièrement ceux qui dispensent des soins directs aux patients⁹⁴. Le personnel qui ne participe pas à la prestation de soins aux patients bénéficiera d'une éducation sur les pratiques d'hygiène élémentaires, l'immunisation et les protocoles de gestion des présences en ce qui a trait à la maladie chez le personnel.

Le personnel qui travaille dans les secteurs cliniques se voit allouer du temps pour recevoir l'éducation nécessaire en matière de PCI⁷³. Certaines provinces exigent que tous les employés reçoivent une formation et une éducation périodiques à la PCI⁴⁷. Dans certains territoires de compétence, par ailleurs, la participation à l'éducation en matière de PCI est consignée et communiquée au gestionnaire, aux fins d'inclusion dans l'examen du rendement de la personne⁴⁷.

NORME N° 11 ***Un programme d'éducation en matière de PCI doit être offert annuellement et périodiquement suivant les besoins à l'ensemble du personnel travaillant dans l'organisation de soins de santé.***

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.2.2 CONTENU DU PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA PCI

Le contenu du programme d'éducation à la PCI varie en fonction des besoins de l'organisation et de la portée de ses services. En fonction des objectifs du programme de PCI, le programme d'éducation couvre des sujets comme les protocoles et procédures du programme, les compétences fondamentales pour le personnel en matière de PCI et les IASS courantes au sein de l'organisation⁴⁹. Le programme de PCI travaille aussi avec des partenaires de santé locaux (p. ex. la Santé publique) à capturer et à intégrer dans le programme d'éducation les leçons tirées de la gestion d'éclosions infectieuses majeures et d'autres incidents d'IASS⁷³.

*QUE comprend
l'éducation à la PCI?*

Le programme d'éducation à la PCI doit au minimum englober⁹⁵ :

- les compétences essentielles d'évaluation en matière de PCI/évaluation des risques;
- les normes de pratique élémentaires du programme de PCI (« compétences fondamentales »)^{95, 96} :
 - hygiène des mains pour le personnel, les fournisseurs de services et les bénévoles³⁶,
 - concepts de pratiques de base²¹,
 - concepts de précautions supplémentaires,
 - utilisation appropriée de l'EPI,
 - gestion sécuritaire des objets pointus ou tranchants,
 - vaccination des travailleurs de la santé,

- restrictions de travail en raison de maladies infectieuses,
 - nettoyage et désinfection/stérilisation du matériel⁹⁷,
 - nettoyage du milieu;
- la microbiologie élémentaire et la transmission des microorganismes;
 - la marche à suivre pour signaler des incidents, des blessures et des situations préoccupantes liées à la PCI, et le moment auquel le faire;
 - les IASS courantes dans l'organisation (p. ex., *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), infection à *Clostridium difficile* (ICD), infections associées à des dispositifs médicaux);
 - les autres ressources de PCI disponibles, tant au sein de l'organisation qu'en dehors.

Les employés sont également informés de leurs responsabilités exactes en matière de PCI, couvertes par leurs organismes professionnels, des lois, des pratiques exemplaires de leur territoire de compétence et des protocoles et procédures de leur service. Une éducation particulière est fournie pour des besoins précis, p. ex. lors d'éclousions, afin de fournir de l'information sur les nouvelles infections émergentes, ou lorsque cela s'avère nécessaire selon les résultats des audits⁴⁷. Tous les travailleurs de la santé sont mis au courant des innovations scientifiques dans le domaine de la PCI²¹.

Le programme d'éducation relativement à la PCI donne aussi accès à des ressources éducatives telles que des revues à comité de lecture portant sur la PCI et des liens avec des associations professionnelles en la matière (telles que PCI Canada).

NORME N° 12

L'éducation en matière de PCI doit cadrer avec les priorités du programme de PCI de l'organisation de soins de santé.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ISQua

STANDARD 13

Les programmes d'éducation en matière de PCI doivent comprendre les compétences fondamentales en PCI pour le personnel.

Fondement logique

ASPC, PICNet, Henderson

2.2.3 ÉLABORATION D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA PCI

Les programmes d'éducation par rapport à la PCI sont fondés sur des principes d'enseignement aux adultes^{21, 47}. L'équipe de PCI participe activement à l'élaboration, à la coordination et à la mise en œuvre des initiatives de formation à la PCI au sein de l'organisation^{21, 38}.

Le plan d'éducation organisationnel en ce qui concerne la PCI est élaboré^{38, 98} :

- en évaluant les besoins des apprenants;
- en établissant des buts clairs et des objectifs mesurables;
- en trouvant un contexte, un contenu, un format et du matériel pédagogique qui améliorent l'apprentissage;
- en établissant un climat propice à l'apprentissage;
- en préparant une évaluation;
- en mettant en œuvre, en évaluant et en examinant/révisant annuellement le programme.

Les méthodes d'enseignement utilisées tiennent compte de la langue, des origines culturelles et du niveau de scolarité⁴⁷. Le matériel pédagogique est uniformisé, en vue de faire en sorte qu'il soit facile à utiliser et cohérent⁶³. Les formats d'enseignement varient, par le recours à la vidéo et aux technologies informatiques, aux discussions de groupe avec des professionnels de la PCI et à des démonstrations pratiques. L'éducation à la PCI est simple, claire et pertinente par rapport aux politiques de l'organisation⁴⁷.

COMMENT *l'éducation en ce qui concerne la PCI est-elle dispensée?*

NORME N° 14

Les professionnels de la PCI doivent participer à l'élaboration des programmes d'éducation à la PCI de l'organisation de soins de santé, recourant pour ce faire aux principes de l'enseignement aux adultes et de l'apprentissage chez ces derniers.

Fondement
logique

ASPC, SHEA

2.2.4 ORIENTATION CONCERNANT LA PCI

Les programmes d'orientation aident le personnel à comprendre ses rôles et responsabilités par rapport à la mission de l'organisation, à ses buts et à ses valeurs. L'ensemble du personnel, des fournisseurs de services et des bénévoles ayant des rôles et des responsabilités liés à la PCI participent à des programmes d'orientation intégrant une composante de PCI^{47, 49}.

Les programmes d'orientation par rapport à la PCI comprennent :

- une introduction au programme de PCI de l'organisation de soins de santé, la présentation du personnel de PCI, ses coordonnées et les types de services et de ressources fournis par le programme de PCI;
- de l'information par rapport aux responsabilités de la personne en matière de PCI, en ce qui concerne la sécurité des patients et sa propre sécurité;
- de l'information par rapport aux attentes de l'organisation concernant l'hygiène des mains;
- de l'information sur les pratiques de base et les précautions supplémentaires, y compris l'emplacement de l'EPI et la reconnaissance de la signalisation utilisée, en matière de PCI, dans l'organisation.

Dans certaines organisations, des directives supplémentaires pourraient être données au nouveau personnel possédant des compétences précises. Par exemple :

- Le personnel des services environnementaux reçoit de l'information concernant les attentes de l'organisation en ce qui a trait au nettoyage, particulièrement les locaux devant faire l'objet de précautions supplémentaires.
- Le personnel responsable de la désinfection et de la décontamination de l'équipement pourrait recevoir une formation spécialisée⁸¹.
- Le personnel des unités chirurgicales se voit offrir une éducation sur la prévention des infections du site opératoire⁹⁸.

NORME N° 15 *Il doit y avoir un programme d'orientation en matière de PCI pour le nouveau personnel, les fournisseurs de services et les bénévoles qui effectuent des tâches liées à la PCI dans l'organisation de soins de santé.*

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.2.5 ÉVALUATION DE L'ORIENTATION EN MATIÈRE DE PCI ET ÉDUCATION ET APPRENTISSAGE CONTINUUS POUR GUIDER LA PRISE DE DÉCISIONS

L'apprentissage organisationnel est fondé sur un éventail de sources de renseignements et utilisé pour guider et alimenter les processus cliniques et processus de gestion du risque. Le cycle d'amélioration continue de la qualité est guidé par les conclusions tirées de méthodologies d'apprentissage robustes⁷³.

Il y a génération et communication régulières systématiques des apprentissages tirés par l'organisation de ses propres expériences en matière de PCI, y compris des bonnes pratiques et des événements indésirables. La rétroaction sert d'outil éducatif pour stimuler le changement dans les pratiques de soins et raffiner les programmes d'éducation à la PCI⁴⁷. Elle est activement recherchée (p. ex. par des sondages, des tests faisant suite à l'éducation, des évaluations de l'éducation, des boîtes de suggestions, des vérifications des processus) ou fondée sur des examens des procédures et des rapports organisationnels. Par exemple :

- Les résultats des audits de processus des pratiques et de la surveillance des pratiques de soins sont intégrés à l'éducation et peuvent servir à évaluer l'efficacité des interventions éducatives^{21, 47}.
- L'organisation surveille la conformité aux protocoles et aux procédures du programme de PCI et apporte des améliorations au programme d'éducation en fonction de ces résultats⁴⁹.
- La surveillance continue des pratiques de soins est nécessaire pour cerner les domaines de préoccupation constante et évaluer l'efficacité de l'intervention éducative²¹.
- Les enquêtes sur des incidents liés à la PCI (p. ex. exposition à du sang et à des liquides organiques) pourraient servir à orienter l'éducation en matière de PCI.

Le matériel pédagogique fait l'objet d'un examen périodique pour en vérifier la cohérence par rapport aux lignes directrices et aux pratiques exemplaires actuelles⁷³. Une rétroaction sur l'information et le matériel pédagogique est obtenue auprès des utilisateurs (y compris des patients) et utilisée pour réviser le matériel ou en produire du nouveau⁶³.

Des processus ont été mis en place pour apprendre des expériences hors de l'organisation en ce qui a trait au programme de PCI, ce qui comprend des preuves qu'un apprentissage s'effectue en continu⁷³.

NORME N^o 16

L'éducation à la PCI doit être régulièrement évaluée, et le programme d'éducation, révisé en conséquence.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, NICE

2.2.6 PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PCI

Des professionnels de la prévention et du contrôle des infections (PPCI) dirigent l'acquisition des connaissances, des compétences et des pratiques nécessaires à un programme de PCI efficace au sein de l'organisation³⁸. Ils travaillent avec d'autres pour intégrer la culture du programme de PCI à la main-d'œuvre²¹ par la mise sur pied de programmes éducatifs continus à l'intention du personnel et des autres personnes travaillant dans l'organisation. Les PPCI ont une formation en sciences de la santé et des compétences en enseignement, en résolution de problèmes et en communication ainsi que des compétences analytiques qui leur permettront de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer leurs programmes⁴⁷. Ils recourent continuellement à des occasions et à des solutions d'apprentissage et de perfectionnement pour améliorer le programme de PCI³⁸.

Le perfectionnement professionnel et l'apprentissage continus des PPCI sont appuyés par l'organisation^{47, 74}. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère la formation (compétences et programme) des professionnels de la PCI comme une priorité⁴⁸. Des besoins spécialisés en matière de formation des PPCI sont développés et satisfaits à mesure que le besoin s'en fait sentir⁴⁸.

L'éducation et la formation des PPCI comprennent^{38, 47} :

- une formation de base en PCI dans le cadre d'un cours reconnu (p. ex. cours de PCI certifiés par PCI Canada);
- le perfectionnement continu de leurs propres connaissances, compétences et pratiques par une formation continue officielle, la participation à des rencontres professionnelles, des ateliers et des séminaires;
- l'accès à de la documentation actuelle en matière de PCI, à des manuels, à des revues et à Internet;
- des ressources et des occasions de réseautage avec des pairs dans le domaine de la PCI.

L'organisation de soins de santé encourage et favorise la certification spécialisée en prévention et contrôle des infections (CIC[®]) une fois les exigences minimales de certification remplies. La préparation à la certification et à son renouvellement favorise l'apprentissage continu et le maintien de la compétence. La certification est maintenue dans le cadre des normes professionnelles des PPCI³⁸.

NORME N^o 17

L'organisation de soins de santé doit appuyer le perfectionnement professionnel continu et fournir des ressources pour l'apprentissage continu à l'intention des professionnels de la prévention et du contrôle des infections.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, OMS

2.2.7 ÉDUCATION DES PATIENTS ET DES VISITEURS EN MATIÈRE DE PCI

La prévention des IASS exige que les patients aient accès à de l'information exacte et à jour au sujet de ces infections, fournie dans un format convenable⁷³. Les patients qui contractent une IASS sont informés de leur infection, des implications pour leurs soins, du ou des traitements existants ainsi que des mesures de contrôle⁷³. Le personnel a accès à des ressources d'information pertinentes pour les patients et à des renseignements actuels sur la surveillance locale, de façon à pouvoir communiquer efficacement en ce qui concerne les IASS⁷³. Les PPCI peuvent aider le personnel dans l'éducation des patients et des visiteurs par l'élaboration ou la révision de matériel pédagogique tel que des feuilles d'information se rapportant aux IASS et à d'autres infections⁴⁷. L'information destinée aux patients est fondée sur les principes des connaissances et de l'apprentissage en santé^{99, 100}.

NORME N° 18 *L'organisation de soins de santé doit communiquer les renseignements pertinents en ce qui concerne l'atténuation des risques d'infection aux patients, aux fournisseurs de soins et aux visiteurs.*

Fondement logique ASPC, NICE

2.3 Programme de surveillance de la PCI

2.3.1 LE RÔLE DE LA SURVEILLANCE ET DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DANS LA RÉDUCTION DES IASS

Il a été démontré que la collecte, l'analyse et la diffusion de données de surveillance constituent d'importants facteurs dans la prévention des IASS²⁴. Des systèmes de surveillance de la PCI sont mis en place pour recueillir systématiquement des données concernant des infections pertinentes au sein de l'organisation de soins de santé, afin de surveiller l'efficacité de stratégies de PCI cadrant avec les buts et les objectifs de l'organisation et de guider la réponse de cette dernière aux IASS^{38, 47, 81}. Les taux d'IASS peuvent être réduits de beaucoup par des méthodes d'intervention appropriées dans les hôpitaux intéressés par des activités de gestion de la qualité. Par exemple, Haley a montré que d'informer les chirurgiens des taux d'infection constituait une composante essentielle de la surveillance pour réduire les infections du site opératoire²⁴. Les taux d'infection sont des indicateurs clés à fournir aux conseils d'administration, en tant qu'une des nombreuses mesures de résultats clés pour les patients^{78, 80}. L'établissement d'un programme de surveillance exige l'engagement des cadres supérieurs¹⁰¹.

Les gens qui visitent une organisation de soins de santé ou y sont traités s'attendent à ce que l'organisation surveille les taux d'infection et utilise cette information pour ajuster la pratique lorsque nécessaire¹⁰². Ceux qui travaillent, visitent ou reçoivent des soins dans une organisation de soins de santé peuvent s'attendre à ce que l'organisation collabore avec d'autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux locaux pour prévenir et réduire les effets néfastes des infections. Par exemple, il y aurait lieu pour une organisation de fermer des lits, de restreindre les activités ou de limiter les visites par suite d'une éclosion⁸¹.

Le programme de PCI joue un rôle important dans la sécurité des patients par son objectif général, qui consiste à réduire le risque d'IASS et l'incidence de ces dernières dans tout le continuum de soins⁷⁷. En effet, la réussite d'un programme de PCI est souvent définie par l'efficacité de l'organisation dans la prévention des IASS ou la limitation de leur propagation⁷⁸.

NORME N° 19 ***L'organisation de soins de santé doit avoir un programme de surveillance de la PCI ciblant sa population à risque.***

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, NICE

2.3.2 MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME DE SURVEILLANCE DE LA PCI

Un programme de surveillance de la PCI actif, continu et adéquatement pourvu en ressources pour la surveillance des IASS, conforme aux règlements applicables, aux exigences de déclaration obligatoire, aux données probantes et aux pratiques exemplaires, constitue une priorité pour l'organisation^{49,81}. Le programme de surveillance est fondé sur la ou les populations servies, les services dispensés et les données de surveillance antérieures. Les indicateurs et les modèles de surveillance reposent sur l'utilisation projetée des données. La surveillance de certains processus et résultats est adéquatement assurée en continu; d'autres pourraient faire l'objet d'une surveillance périodique⁴⁷. Le programme de surveillance est géré par du personnel de PCI hautement qualifié à qui l'on a alloué du temps pour mener à bien le programme¹⁰³.

Les protocoles et procédures du programme de surveillance de la PCI comprennent⁸¹:

- des objectifs de surveillance précis définis localement³⁷;
- des définitions de cas reconnues, normalisées et écrites pour les indicateurs (numérateur)^{37, 38, 47}
- l'identification et la description des sources de données⁴⁷;
- l'identification et la description de la population à risque (dénominateur)⁴⁷;
- des processus d'analyse, y compris de calcul des taux;
- des mécanismes de déclaration;
- des repères utilisés aux fins de comparaison⁴⁷;
- des stratégies permettant de cerner les lacunes et d'y remédier.

Dans la collectivité, la surveillance peut s'avérer difficile. Des services communautaires peuvent être appelés pour élargir les programmes des hôpitaux, tels que la surveillance des infections postopératoires chez les patients rentrés chez eux après avoir obtenu leur congé.

Pour de plus amples renseignements sur la mise en œuvre d'un programme de surveillance de la PCI, voir *Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé*, 3^e édition du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), accessible à l'adresse suivante : https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_Surveillance_of_HAI_2012_FR.pdf.

NORME N° 20

Le programme de surveillance doit être adéquatement pourvu en ressources et géré par du personnel qualifié qui se verra allouer du temps à cet effet et disposera d'outils appropriés pour son exécution.

Fondement logique

ASPC, CCPMI, Tsan

2.3.3 SURVEILLANCE DES RÉSULTATS

La surveillance des résultats est utilisée pour mesurer des résultats clés pour les patients attribuables à leurs soins dans une organisation de soins de santé¹⁰⁴, y compris ceux qui sont autrement difficiles à mesurer comme l'expertise technique et la compétence du fournisseur de soins¹⁰⁵.

La surveillance des résultats de la PCI a pour but de cerner des grappes et des éclosions (c.-à-d. des augmentations supérieures aux niveaux de base), de comparer les taux d'infection à des repères externes et de mesurer l'amélioration interne au fil du temps⁴⁷. Des indicateurs des IASS sont fournis au conseil d'administration de l'organisation de soins de santé.

La surveillance des résultats comprend :

- la détermination d'indicateurs de résultats mesurables desquels effectuer un suivi, qui pourraient comprendre les taux d'infection et les taux de mortalité associés⁴⁹;
- l'utilisation de définitions de cas normalisées pour les infections;
- la détermination des sources de données sur les infections;
- l'identification de la population à risque pour un résultat précis;
- la réalisation d'une analyse statistique appropriée;
- l'interprétation des résultats.

A. Indicateurs d'infection

Lors de la planification de la surveillance des résultats, une organisation de soins de santé évalue les types de patients qu'elle sert, les interventions et procédures médicales clés qu'ils subissent et les types d'infections qu'ils sont le plus susceptibles de contracter. Cette évaluation est effectuée en vue d'établir des priorités pour le système de surveillance¹⁰⁴. Les infections les plus importantes se voient accorder la priorité aux fins d'inclusion dans le système de surveillance.

Les éléments à prendre en compte lors du choix des indicateurs d'infection comprennent^{47, 49, 104} :

- maladies à déclaration obligatoire – il s'agit là d'exigences législatives applicables à toutes les organisations de soins de santé;
- déclaration obligatoire – l'organisation de soins de santé pourrait se voir confier le mandat de surveiller des infections précises pour satisfaire des exigences de déclaration provinciales;
- examen d'agrément – le suivi de certaines infections et l'établissement de tendances les concernant peuvent constituer une exigence d'agrément;
- OA telles que le SARM et les ERV;
- IASS importantes pour les services et les populations de patients de l'organisation en raison de leur fréquence, de leur transmissibilité, de la possibilité de les prévenir ou de leur incidence sur le système (p. ex., ICD, infections liées à des dispositifs ou à des procédures, grippe saisonnière, norovirus, infections urinaires et infections des tissus mous dans les soins de longue durée);
- indicateurs de surveillance syndromique – la surveillance syndromique des infections respiratoires et de la gastroentérite est universellement recommandée pour les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée dans certaines provinces¹⁰⁴ et a également pour avantage de permettre la détection d'importantes IASS, comme l'ICD.

NORME N^o 21

L'organisation de soins de santé doit suivre des indicateurs de résultats ciblés pertinents par rapport à ses services. Les exigences législatives doivent être satisfaites.

Fondement logique Exigence d'agrément Canada, ASPC, CCPMI

B. Collecte de données

Des méthodes de collecte de données sont en place pour procurer, dans le cadre du programme de surveillance, des données fiables sur les IASS dans l'organisation de soins de santé. Au nombre des importantes sources de données sur les infections figurent notamment les suivantes :

- Un laboratoire de microbiologie agréé contribue au plan de surveillance en signalant tous les isolats significatifs dans un format pratique et accessible, afin de faciliter l'identification des IASS par le personnel de PCI. Le laboratoire de microbiologie appuie l'organisation dans l'identification des IASS en assurant un accès rapide aux analyses de laboratoire, y compris des délais d'exécution rapides en ce qui concerne des microorganismes à haut risque comme *C. difficile*⁴⁹.
- Le personnel, les fournisseurs de services et les patients ayant obtenu leur congé signalent les IASS à l'équipe de PCI⁴⁹.
- D'autres secteurs ou services fournissent des données ou des indicateurs cliniques aux fins de surveillance, y compris par l'accès à des bases de données informatiques⁴⁷ (p. ex. données des pharmacies, registres des salles d'opération).

- Les données d'admission permettent de savoir quels patients ont été admis avec des maladies transmissibles, ont reçu un diagnostic d'OA et ont été réadmis pour des infections postchirurgicales/procédurales.

NORME N° 22

L'organisation de soins de santé doit avoir des méthodes de collecte de données pour détecter promptement les tendances en matière d'infections associées aux soins de santé.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

C. Définitions d'infections

Afin de comparer les taux d'infection, tant au sein d'une organisation de soins de santé que par rapport à des repères externes, on utilise des définitions normalisées des infections^{47, 49, 104}. Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales a par exemple publié des définitions des IASS actuellement sous surveillance à l'échelle du Canada, accessibles à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/projects/index-fra.php>.

La plupart des définitions de surveillance dans les soins actifs reposent sur le système National Healthcare Safety Network (NHSN), aux États-Unis, parce qu'il est utilisé depuis longtemps et en raison de sa fiabilité, de son caractère reproductible et de la publication de repères¹⁰⁶. De plus amples renseignements peuvent être trouvés à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/nhsn/>.

NORME N° 23

Des définitions normalisées des IASS doivent être utilisées pour la surveillance des résultats internes et aux fins de comparaison avec des repères externes.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.3.4 SURVEILLANCE DES PROCESSUS

La surveillance des processus est un audit de la pratique effectué pour vérifier que des procédures ou des normes sont suivies et qu'un plan d'action est en place pour améliorer la pratique⁴⁷. Les avantages de la surveillance des processus sont qu'elle est plus sensible aux différences dans la qualité des soins et constitue une mesure directe de la qualité¹⁰⁵.

Un audit de la PCI est une comparaison systématique quantifiée de la pratique en matière de PCI par rapport à des normes établies de pratique exemplaire actuelle, afin d'améliorer les soins aux patients et les résultats obtenus par ceux-ci. L'exigence d'audit dans les soins de santé a toujours été présente, mais est devenue critique dans les dernières années, puisque les programmes s'efforcent d'atteindre leurs buts en matière de sécurité des patients^{44, 49}.

Le processus d'audit vient combler le fossé entre la politique et la pratique. Les étapes de ce processus comprennent l'établissement de normes, l'évaluation de la pratique par rapport à ces normes, la fourniture de résultats et d'une rétroaction constructive aux personnes ayant fait l'objet de l'audit, la correction de la pratique lorsqu'elle laisse à désirer et de nouveaux essais, visant à vérifier que les normes sont maintenant satisfaites. Ce cycle est répété jusqu'à ce que les critères choisis soient remplis et que les résultats soient satisfaisants⁴⁴.

L'organisation de soins de santé détermine quelles mesures de rendement surveiller en fonction des priorités de son programme de PCI et des résultats en matière de santé⁴⁹. Par exemple, si la surveillance des résultats a révélé une augmentation du nombre d'infections liées à des procédures endoscopiques, un audit des pratiques de PCI au service d'endoscopie serait indiqué.

PCI Canada a mis au point plusieurs outils d'audit pour la surveillance de la pratique dans les soins actifs, les soins préhospitaliers, les soins de longue durée et les soins communautaires. Il est prévu que les équipes de PCI planifient et hiérarchisent l'utilisation des outils d'audit de la PCI en fonction d'un examen des buts et des objectifs de leur programme, de protocoles précis, et en réponse aux incidents cliniques⁴⁴.

La *Trousse d'audit* de PCI Canada est disponible auprès de l'organisme à l'adresse suivante : http://www.ipac-canada.org/inside_products.php#audittoolkit.

NORME N° 24

L'organisation de soins de santé doit suivre des indicateurs de processus ciblés pertinents pour elle. Les exigences législatives doivent être satisfaites.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.3.5 ANALYSE ET RÉFÉRENCIATION

Les résultats de la surveillance des processus et des résultats sont colligés, analysés et communiqués sous forme de rapports en temps opportun^{47, 107}. Le personnel de PCI applique des principes épidémiologiques et des méthodes statistiques parmi lesquels la stratification du risque pour cerner les populations ciblées, analyser les tendances et les facteurs de risque et concevoir et évaluer des stratégies de prévention et de contrôle⁹⁶. Un plan d'amélioration comprenant une responsabilisation organisationnelle est élaboré par le secteur ciblé de concert avec l'équipe de PCI, en fonction des résultats de la surveillance⁴⁷.

Une analyse efficace des données de surveillance comprend :

- la description des données en fonction des personnes, du lieu et du moment;
- le calcul des taux d'infection ajustés en fonction du risque (p. ex. taux d'infection du site opératoire en fonction de la catégorie de chirurgie)¹⁰⁴;
- la comparaison des taux d'infection à des données internes historiques et à des repères externes, lorsqu'on en dispose¹⁰⁴;
- l'étude de la source ou cause de l'IASS par une analyse épidémiologique, une analyse des causes fondamentales ou une analyse statistique⁴⁹;

- la consultation d'autres experts, y compris des spécialistes des maladies infectieuses, des microbiologistes médicaux, des infirmières, la santé publique ou d'autres professionnels⁴⁹;
- l'évaluation critique de l'importance de ces résultats et leur utilisation dans la formulation de recommandations pour l'amélioration³⁸.

Des repères externes peuvent être trouvés sur plusieurs sites Web, par exemple :

- En Ontario : les rapports de Qualité des services de santé Ontario, accessibles à l'adresse suivante : <http://www.hqontario.ca/Rendement-du-syst%C3%A8me/Rendement-du-secteur-des-soins-en-milieu-hospitalier>.
- Nationalement : les rapports du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, accessibles à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/projects/index-fra.php>.
- À l'échelle internationale : les rapports du National Healthcare Safety Network (NHSN) américain, accessibles à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/nhsn/datastat/index.html>.

Il existe des programmes de surveillance électronique pour aider à la collecte, à l'analyse et à la diffusion des données de surveillance.

De plus amples renseignements concernant l'analyse détaillée des données de surveillance, y compris la stratification des risques peuvent être trouvées dans les *Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé*, 3^e édition du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), accessibles à l'adresse suivante :

https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_Surveillance_of_HAI_2012_FR.pdf.

NORME N^o 25

L'organisation de soins de santé doit appliquer des principes épidémiologiques aux données de surveillance pour trouver la source/cause des IASS, cerner les facteurs de risque associés aux infections, analyser les tendances, déceler les grappes et les éclosions et formuler des recommandations d'améliorations fondées sur les résultats.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.3.6 DÉCLARATION DES RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE DE LA PCI

L'organisation de soins de santé établit des plans pour diffuser l'information de surveillance de façon appropriée et régulière, en temps opportun (p. ex. sous forme de rapports trimestriels à tous les services)^{49, 104}. En fonction des résultats du suivi des taux d'IASS, elle détermine quels renseignements de surveillance sont partagés, sous quel format ils sont rendus disponibles (p. ex. rapports imprimés, publication sur des sites Web) et qui recevra l'information (p. ex. l'organe directeur, la haute direction, le personnel, les fournisseurs de services). Certaines IASS doivent être signalées aux organismes de santé publique nationaux et provinciaux (p. ex. les infections à déclaration obligatoire, ou celles dont les provinces exigent la déclaration)⁴⁹.

L'organisation fait part des tendances en matière d'IASS à d'autres organisations, aux organismes de santé publique et à la collectivité⁴⁹. La fréquence et l'emplacement de certaines IASS doivent être signalés à des autorités comme les organismes de santé publique. Les exigences de déclaration varient en fonction du territoire de compétence.

NORME N° 26

L'organisation de soins de santé doit assurer, en temps opportun, une vaste diffusion de l'information de surveillance.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.4 Gérance des antimicrobiens

Les agents antimicrobiens, dont l'administration constitue une importante intervention en santé, pourraient avoir des conséquences non souhaitées parmi lesquelles la toxicité pour le patient, l'infection à *C. difficile* et le développement de microorganismes résistants à ces agents, susceptibles d'avoir une incidence considérable sur la santé et la sécurité des patients et sur les ressources de l'organisation de soins de santé³⁶.

Une gérance efficace des antimicrobiens comprend une sélection, un dosage, une voie d'administration et une durée de thérapie appropriés. L'objectif premier d'un programme de gérance des antimicrobiens consiste à optimiser l'utilisation d'antimicrobiens afin d'obtenir les meilleurs résultats possible pour les patients, de limiter le risque d'émergence d'une résistance antimicrobienne, de réduire les coûts de traitement et d'atténuer les effets indésirables liés aux médicaments, favorisant du même coup la sécurité des patients^{36, 108-110}. Des données sur l'utilisation des antimicrobiens sont utilisées par les hôpitaux pour mesurer les effets des stratégies de gérance des antimicrobiens et offrir une rétroaction aux fournisseurs⁵⁰.

Il a été démontré qu'une gérance efficace des antimicrobiens, combinée à un programme de PCI complet, limite l'émergence et la transmission des OA¹¹¹. Des études indiquent que les programmes de gérance des antimicrobiens sont économiques, permettant de réaliser des économies par la réduction des dépenses en médicaments et l'évitement de la résistance aux antibiotiques³⁶. La gérance des antimicrobiens devrait faire partie du programme d'amélioration de la qualité d'une organisation de soins de santé¹¹².

L'organisation met en œuvre un programme de gérance des antimicrobiens en collaboration avec

certaines parties intéressées dont le personnel de PCI, de pharmacie et de microbiologie^{36, 81}. Le programme de PCI joue un rôle important dans le programme de gérance des antimicrobiens d'une organisation. Le personnel de PCI^{111, 112} :

- appuie activement les comités du programme de gérance des antimicrobiens;
- assure la surveillance des OA et d'autres IASS, surveillant les tendances au fil du temps et produisant des rapports les concernant;
- utilise les données de surveillance pour guider l'évaluation du risque et la planification, aux fins de prévention de l'infection;
- interprète les données de surveillance et les taux d'infection pour le personnel et les administrateurs;
- comprend les principes d'utilisation prudente des antibiotiques, tels que :
 - le passage de la voie intraveineuse à la voie orale,
 - l'utilisation d'antibiotiques du spectre le plus étroit possible une fois les résultats de l'antibiogramme obtenus,
 - l'évitement des antibiotiques connus comme étant associés à l'émergence d'une résistance bactérienne^{113,114},
 - Une utilisation accrue des antimicrobiens que l'on croit réduire la fréquence des microorganismes multirésistants¹¹⁵,
 - la connaissance des lignes directrices du programme de gérance des antimicrobiens.

NORME N° 27

Le personnel de PCI doit appuyer activement la gérance des antimicrobiens dans l'organisation de soins de santé.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

2.5 Programme d'hygiène des mains

L'hygiène des mains, pratique de PCI élémentaire, protège les patients, le personnel et les visiteurs pour éviter qu'ils acquièrent et transmettent des microorganismes dans l'organisation de soins de santé. L'hygiène des mains est considérée comme la plus importante et efficace mesure de PCI pour prévenir la propagation des IASS^{65, 116}.

Une politique et une procédure organisationnelles d'hygiène des mains établissent des normes et des attentes claires pour la pratique de l'hygiène des mains, contribuent à prévenir la transmission de microorganismes et promeuvent la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs^{37, 66, 69, 116-118}. Les organisations de soins de santé créent et mettent en œuvre un programme d'hygiène des mains comprenant notamment des agents d'hygiène des mains fournis au point d'intervention dans les hôpitaux de soins actifs et facilement accessibles dans toutes les autres organisations de soins de santé^{49, 119}.

Le programme d'hygiène des mains comprend^{49, 65, 116, 117} :

- un engagement ferme de la part des cadres supérieurs;
- des procédures et des protocoles écrits concernant :
 - les obstacles à une hygiène des mains efficace (p. ex., ongles longs, produits d'ongles artificiels, bijoux portés aux bras et aux mains et entraves telles que des attelles, des pansements ou des vêtements de compression),
 - les indications pour l'hygiène des mains,
 - la participation du personnel de PCI et de santé au travail à la sélection du ou des agents d'hygiène des mains,
 - la gestion des contenants de savon (p. ex. pas de « remplissage » une fois le contenant ouvert),
 - l'utilisation de lotion pour les mains,
 - l'utilisation de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA);
- la fourniture d'éviers spécialement destinés au lavage des mains;
- l'accès facile à des agents d'hygiène des mains au point d'intervention;
- la fourniture de DMBA d'une concentration de 70 à 90 %;
- une éducation du personnel comprenant des indications pour l'hygiène des mains (p. ex. les *Quatre moments* du CCPMI, les *Cinq indications pour l'hygiène des mains* de l'OMS), les bonnes techniques d'hygiène des mains et les soins des mains appropriés;
- la fourniture d'information aux patients et aux visiteurs relativement à l'hygiène des mains;
- des rappels visibles des indications et de la technique à employer pour l'hygiène des mains;
- la promotion de l'hygiène des mains par des champions et des modèles de comportement;
- un programme de surveillance du respect de l'hygiène des mains comportant des audits des pratiques en la matière et une rétroaction individuelle aux employés, aux gestionnaires, aux chefs de service et au conseil d'administration par l'intermédiaire du comité de prévention et de contrôle des infections;
- un programme d'hygiène des mains.

Pour de plus amples renseignements sur la mise en œuvre d'un programme d'hygiène des mains :

- Les *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins de l'ASPC*, accessibles à l'adresse : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.640821/publication.html>.
- Les *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI, accessibles à l'adresse suivante : <http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf>.

- Les *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* de l’OMS, accessibles à l’adresse suivante :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1

Pour de plus amples renseignements sur l’évaluation de la conformité aux pratiques d’hygiène des mains :

- Les *Pratiques exemplaires d’hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI, accessibles à l’adresse suivante :
<http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf>.
- *Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges*, de la Joint Commission des États-Unis, accessible à l’adresse suivante :
http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf.

NORME N° 28 *L’organisation de soins de santé doit avoir un programme d’hygiène des mains organisationnel qui comprenne un leadership, des protocoles, des procédures et un soutien administratifs.*

Fondement logique ASPC, CCPMI, OMS

NORME N° 29 *Il doit y avoir une approche multidisciplinaire en ce qui concerne l’évaluation, la sélection et l’achat d’agents d’hygiène des mains.*

Fondement logique Exigence d’Agrément Canada, ASPC, CCPMI

NORME N° 30 *Des ressources d’hygiène des mains doivent être facilement disponibles et accessibles au point d’intervention.*

Fondement logique Exigence d’Agrément Canada, ASPC, CCPMI, OMS

NORME N° 31 *Une éducation à l’hygiène des mains doit être dispensée à toutes les personnes travaillant dans l’organisation de soins de santé.*

Fondement logique Exigence d’Agrément Canada, ASPC, CCPMI

NORME N° 32 *Il doit y avoir un processus pour mesurer la conformité en matière d’hygiène des mains qui comprenne à la fois surveillance et rétroaction.*

Fondement logique Exigence d’Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.6 Flux des patients

Les normes du programme de PCI relativement à l'endiguement et au contrôle des infections transmissibles sont satisfaites en ce qui concerne le placement, l'hébergement et le flux des patients au sein de l'organisation de soins de santé. Le personnel de PCI fait partie de l'équipe multidisciplinaire responsable du flux de patients, pour garantir la prise de décisions appropriées tenant compte des limites et des contraintes de l'installation, y compris lors d'événements de contagion inhabituels susceptibles d'avoir des répercussions sur le flux des patients (p. ex. des éclosions).

Les obstacles à un flux de patients optimal comprennent les situations dans lesquelles la demande en matière de services excède la capacité de prestation de l'organisation, ce qui nuit à la fluidité des transitions dans le continuum de soins aux patients⁷⁴. Du point de vue de la PCI, cela pourrait comprendre des situations dans lesquelles des chambres individuelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de microorganismes, mais on ne dispose pas d'un nombre suffisant de telles chambres, ce qui entraîne des retards dans le flux de patients. Le personnel de PCI travaille avec le personnel clinique et les services de placement pour trouver d'autres arrangements en matière d'hébergement, comme le regroupement en cohorte, qui libéreraient des lits et élimineraient les goulots d'étranglement.

Le personnel de PCI peut aussi être sollicité pour aider à l'amélioration du flux de patients lors d'éclosions et de situations d'urgence en lien avec des maladies infectieuses telles que les épidémies^{36, 74}. Voici quelques exemples :

- l'établissement de priorités pour les lits individuels;
- la création d'une capacité supplémentaire en termes de lits par le regroupement en cohorte de patients ayant le même microorganisme;
- la collaboration avec les services environnementaux pour améliorer les délais de nettoyage des lits;
- la facilitation du transfert d'information entre services;
- la liaison avec des organismes communautaires, pour faciliter l'octroi du congé aux patients atteints de maladies infectieuses.

NORME N° 33

Le personnel de PCI doit participer à la prise de décisions lorsque le placement des patients, leur hébergement et le flux de patients sont gênés par la présence d'une maladie infectieuse.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

2.7 Gestion des éclosions

L'organisation de soins de santé dispose de ressources appropriées pour gérer une éclosion. Une évaluation du risque organisationnel détermine les besoins du programme de PCI par rapport aux éclosions d'infections se propageant par différentes voies (p. ex. contact, gouttelettes, voie aérienne) et la capacité de l'organisation à mettre en œuvre les précautions requises pour chacune⁴⁷.

Les éclosions ou les grappes d'infection dans des organisations de soins communautaires peuvent être gérées par la santé publique lorsque les ressources internes de l'organisation ne sont pas suffisamment formées.

2.7.1 PROTOCOLES ET PROCÉDURES EN CAS D'ÉCLOSION

Il existe des protocoles et des procédures pour la détection et l'identification des éclosions, les enquêtes les concernant, la réponse à leur égard et leur contrôle. Les protocoles en cas d'éclosion sont fondés sur des pratiques exemplaires et cadrent avec les règlements locaux, provinciaux ou fédéraux applicables. Les protocoles et procédures de l'organisation traitent de la marche à suivre pour gérer des organismes émergents, rares ou problématiques y compris les OA, ainsi que les éclosions d'origine alimentaire⁴⁹.

NORME N° 34

L'organisation de soins de santé doit avoir des protocoles et des procédures pour la détection et l'identification des éclosions, les enquêtes les concernant, la réponse à leur égard et leur contrôle.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

2.7.2 DÉTECTION D'UNE ÉCLOSION

Une éclosion est une augmentation supérieure au taux habituel ou attendu dans la survenue d'une complication ou d'une maladie⁹⁸. Une éclosion peut consister en un épisode unique d'une affection rare (p. ex. la maladie du charbon) ou de nombreux épisodes d'une affection courante (p. ex. le SARM). Une intervention précoce visant à prévenir les éclosions ou à limiter la propagation des infections une fois qu'une éclosion a été détectée interrompra la transmission de la maladie, diminuant ses effets sur la santé des patients, les soins et les coûts⁴⁷.

La plupart des éclosions dans des organisations de soins de santé sont détectées dans le cadre de la surveillance régulière, qui décèle les augmentations des taux d'infection supérieures à la norme pour une période donnée. Les éclosions de maladies infectieuses qui ne sont pas comprises dans la surveillance de routine sont cernées par d'autres moyens, comme la reconnaissance de grappes d'infections similaires par le personnel infirmier/médical ou l'examen des rapports de microbiologie⁹⁸.

L'organisation de soins de santé possède un programme capable de détecter, en temps opportun, l'apparition de grappes ou d'éclosions de maladies infectieuses^{21, 49, 120}. Le programme comprend^{47, 98} :

- la surveillance continue de l'incidence des IASS pour cerner les augmentations supérieures à la norme;
- des mécanismes permettant au personnel clinique de signaler les grappes ou éclosions potentielles au programme de PCI;
- l'examen en temps opportun des rapports de microbiologie pour détecter les grappes inhabituelles ou l'incidence anormalement élevée de certains microorganismes;
- la reconnaissance rapide des organismes sentinelles (p.ex. maladie du charbon, tuberculose).

NORME N° 35 ***L'organisation de soins de santé doit détecter les éclosions de maladies infectieuses, y compris les organismes sentinelles, de façon opportune.***

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, Mayhall

2.7.3 RÉPONSE AUX ÉCLOSIONS ET CONTRÔLE

Les incidents de maladie infectieuse et les éclosions sont gérés dans les hôpitaux par la mise en œuvre d'une équipe de gestion des éclosions multidisciplinaire^{47, 81, 107}. L'équipe est convoquée par le comité de PCI ou l'équipe de PCI qui enquête sur l'éclosion. Dans les foyers de soins de longue durée et les organismes communautaires, les éclosions peuvent être gérées par la santé publique.

Les membres de l'équipe de gestion des éclosions sont choisis en fonction de la nature et du lieu de l'éclosion, de sorte que les services et fonctions appropriés soient représentés^{47, 107}. L'équipe réunit au minimum des représentants des principales parties intéressées parmi lesquelles le programme de PCI, les directeurs des soins infirmiers, de la médecine/chirurgie, de la microbiologie, de la santé au travail, des services environnementaux, des relations publiques, du comité mixte d'hygiène et de sécurité et l'administration⁴⁷. D'autres membres sont ajoutés en fonction de l'emplacement de l'éclosion, de ses caractéristiques et de ses implications.

L'équipe de gestion des éclosions (EGE) a le pouvoir d'instituer des changements dans la pratique ou d'adopter d'autres mesures nécessaires pour contrôler une éclosion, parmi lesquelles⁴⁷:

- déplacer des patients;
- regrouper en cohorte des patients et des membres du personnel;
- confiner des patients à leur chambre;
- restreindre les admissions et les transferts;
- restreindre les visites;
- communiquer des renseignements urgents;

- intensifier le nettoyage de l'environnement sur les lieux de l'éclosion⁴⁹;
- obtenir des cultures supplémentaires, suivant les besoins.

L'équipe de PCI participe à la gestion de l'éclosion, du stade initial de la détection à la production du rapport final et au stade de l'évaluation. Pour enquêter de façon approfondie sur une éclosion et cerner tous les cas possibles tout en tentant d'en trouver la source, le personnel de PCI a accès à tous les renseignements nécessaires sur les patients, y compris les dossiers médicaux et administratifs, ceux des soins infirmiers et les dossiers de laboratoire⁴⁷.

Les PPCI peuvent diriger l'une ou l'autre des initiatives suivantes, voire l'ensemble d'entre elles, ou y participer¹⁰⁷ :

- analyse de l'information disponible sur l'éclosion et recherche de toute preuve supplémentaire nécessaire pour en établir la nature et l'étendue, à partir de principes épidémiologiques (c.-à-d. caractérisation en termes de personne, de lieu et de temps)⁴⁹;
- notification et mobilisation de collègues et d'organismes partenaires pertinents, en temps opportun;
- élaboration, avec les collègues, les organismes partenaires et d'autres entités, de messages clairs, exacts et opportuns tout au long de l'éclosion;
- établissement d'une entente sur les mesures de contrôle à adopter pour limiter l'exposition aux dangers et réduire les risques tout en prévenant la propagation ou les expositions secondaires ou à plus grande échelle;
- vérification de la disponibilité des ressources pour mettre en œuvre les mesures de contrôle pendant toute la durée de l'éclosion;
- vérification de la tenue de documents exacts relativement à l'enquête et à la gestion de l'éclosion tout au long du processus;
- éducation du personnel, suivant les besoins;
- retour sur l'enquête et la gestion de l'éclosion et modification des mesures suivant les besoins;
- évaluation de l'éclosion et formulation de recommandations pour l'amélioration future⁴⁹.

Les rôles et responsabilités de l'équipe de PCI ainsi que d'autres membres du personnel (p. ex. infirmiers, services environnementaux) sont clairement définis dans les protocoles et procédures d'éclosion⁴⁹. Des protocoles définissent les pouvoirs du PPCI lors d'une éclosion, y compris la mise en œuvre de mesures de gestion de l'éclosion comme la fermeture de l'unité touchée⁴⁷.

Une capacité appropriée en termes de laboratoires de microbiologie est essentielle à la détection des éclosions et aux enquêtes les concernant. Lors d'une éclosion, le laboratoire de microbiologie est capable de fournir des résultats en temps opportun à l'équipe de gestion de l'éclosion et, lorsque nécessaire, a accès à des méthodes d'évaluation de la clonalité (similarité) des organismes qui en sont à l'origine⁴⁷.

NORME N° 36 *Les éclosions dans l'organisation de soins de santé doivent être gérées par une équipe multidisciplinaire comprenant des représentants du programme de PCI et la direction de l'organisation.*

Fondement logique CCPMI, ASPC, Burnett

NORME N° 37 *Des professionnels de la prévention et du contrôle des infections doivent être mobilisés dans l'analyse et l'évaluation des éclosions au sein de l'organisation de soins de santé.*

Fondement logique CCPMI, ASPC, Burnett

NORME N° 38 *Lors d'une éclosion, il faut pouvoir accéder à des rapports de laboratoire de microbiologie produits en temps opportun.*

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

2.7.4 COMMUNICATION ET COLLABORATION LORS D'UNE ÉCLOSION ET PAR LA SUITE

L'organisation de soins de santé a une politique et des procédures de communication et de déclaration internes, pour le personnel, et externes, pour les autres organismes de santé ainsi que la collectivité lors d'une éclosion⁴⁹. Une personne est désignée comme la source des communications au sein de l'organisation.

L'information par rapport aux éclosions est résumée, examinée et communiquée dans l'organisation de soins de santé aussitôt que possible une fois l'éclosion détectée, et en continu jusqu'à ce qu'elle soit terminée. Les recommandations émanant de l'analyse et de l'examen de l'éclosion sont transmises au personnel, aux médecins, à la haute direction et à l'organe directeur⁴⁹.

L'organisation de soins de santé collabore avec des partenaires tels que les organismes de santé publique lors des éclosions⁴⁹, pour communiquer de l'information exacte en temps opportun et coordonner des stratégies d'atténuation du risque. L'information est signalée aux autorités compétentes conformément aux règlements applicables pour la région⁴⁹. Suivant une éclosion, un rapport sommatif comprenant des renseignements généraux, les détails de l'enquête, les résultats et des recommandations sont mis à la disposition des partenaires, d'autres organisations et de la collectivité⁴⁹.

L'expertise et les ressources d'autres installations sont obtenues au besoin⁴⁷:

- auprès des unités de santé publique;
- dans le cadre d'accords de consultation officiels avec des experts des maladies infectieuses ou de l'épidémiologie dans les soins de santé (p. ex. services contractuels);
- auprès de réseaux régionaux/provinciaux de contrôle des infections;
- auprès de centres des sciences de la santé universitaires;
- par des liens avec d'autres organisations (p. ex. sections régionales de PCI Canada).

NORME N° 39

Il doit y avoir, lors d'une éclosion, une stratégie de communication comprenant la diffusion d'information en temps opportun et le statut de l'éclosion, en interne et à l'externe.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

2.7.5 SUIVI ET ÉVALUATION POST-ÉCLOSION

Par suite d'une éclosion, l'organisation de soins de santé revoit ses protocoles et procédures et y apporte des améliorations, suivant les besoins, pour éviter que la situation se reproduise⁴⁹. Cela peut comprendre des recommandations de ressources supplémentaires (matérielles ou humaines), l'éducation, ou des changements aux protocoles ou au matériel du programme. L'organisation de soins de santé travaille aussi avec des partenaires de santé locaux pour examiner et améliorer la gestion d'éclosions majeures⁸¹.

NORME N° 40

L'organisation de soins de santé doit utiliser les résultats des enquêtes sur les éclosions pour apporter des améliorations.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, NICE

2.8 Urgences, catastrophes et incidents majeurs

Le programme de PCI a un rôle à jouer dans la réponse efficace aux urgences, aux catastrophes et aux incidents majeurs liés à la prévention et au contrôle des infections lorsque les systèmes de l'organisation se trouvent confrontés à d'importantes difficultés qui pourraient entraîner des changements dans l'infrastructure (p. ex. pénuries en eau, pannes de courant), l'afflux imprévu de patients (p. ex. catastrophes naturelles, intervention d'urgence en réponse à des incidents survenant dans la collectivité) ou lorsque des capacités de soins élargies sont nécessaires, sur une période prolongée, pour la gestion des incidents causés par des maladies infectieuses (p. ex. pandémie, pathogènes inhabituels, bioterrorisme).

2.8.1 PLANIFICATION EN VUE DES SITUATIONS D'URGENCE, DES CATASTROPHES ET DES INCIDENTS MAJEURS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PCI

L'organisation se prépare pour les catastrophes et les situations d'urgence, y compris ceux qui touchent le programme de PCI, en élaborant et en mettant en œuvre un plan de mesures d'urgence (PMU)⁷⁴. Le PMU détermine les mesures immédiates à adopter pour réagir aux catastrophes et aux situations d'urgence de façon coordonnée. Il définit les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe, y compris ceux du personnel de PCI, et établit des voies hiérarchiques. Les rôles et les responsabilités varieront en fonction de la forme que prend l'urgence ou la catastrophe⁷⁴. La planification en prévision de pandémies fait partie du plan global de l'organisation pour les catastrophes et les urgences⁴⁹.

Le PMU prévoit les événements catastrophiques et traite de tous les dangers cernés dans le cadre d'une vaste consultation par les dirigeants de l'organisation, y compris le personnel de PCI, de l'évaluation des risques et des plans d'action établis à partir d'audits de l'état de préparation aux situations d'urgence. Les résultats de l'analyse et des comptes rendus faisant suite aux exercices servent aussi à orienter les procédures du PMU et procédures d'urgence suivant les besoins⁷⁴.

Le PMU est harmonisé avec ceux des organisations partenaires, des administrations locales et régionales et du gouvernement provincial, afin de faciliter une réponse coordonnée à grande échelle si nécessaire⁷⁴.

Le rôle du programme de PCI dans le plan de mesures d'urgence comprend, sans s'y limiter^{49, 74, 121-124}.

- **Dotation en ce qui a trait à la PCI** : Le personnel de PCI est disponible, au besoin, en cas de problèmes liés à la prévention et au contrôle des infections. L'émergence de nouvelles maladies infectieuses telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a accentué la nécessité d'une capacité d'intensification dans les programmes de PCI, ainsi que dans d'autres services de soins de santé. Le concept de capacité d'intensification repose sur une capacité suffisante ou des ressources appropriées pour les activités quotidiennes, et la capacité à rediriger les ressources en cas de besoin¹²⁵.
- **Surveillance** : Des documents exacts relativement à l'incidence et à la transmission des infections sont tenus par le personnel de PCI et utilisés pour aider à guider les mesures de contrôle. Le personnel de PCI élabore des formulaires de liste permettant d'effectuer un suivi des cas.
- **Placement des patients** : Le personnel de PCI supervise le mouvement et l'hébergement des patients présentant des infections (ou ayant été exposés à des patients infectés), à l'intérieur de l'organisation et en dehors. Il pourrait aussi y avoir restriction des visites.
- **Affectation du personnel** : Le personnel est regroupé en cohortes pour des groupes sélectionnés de patients ayant la même infection, en vue de réduire le risque de transmission à d'autres patients/membres du personnel.

- **Communications** : Le personnel de PCI aide à la diffusion de l'information essentielle concernant la prévention des infections au personnel et à d'autres parties intéressées internes clés; fournit des affiches pour éduquer et informer le personnel, les patients, les visiteurs et les sous-traitants; communique avec des organismes externes (p. ex. la santé publique) et la collectivité relativement aux questions de PCI; reçoit d'importants avis de santé, y répond et les communique promptement.
- **Éducation et formation du personnel** : Le personnel de PCI veille à ce que des messages et des renseignements cohérents en matière de PCI soient acheminés au personnel, particulièrement en ce qui concerne les nouveaux microorganismes. Il crée des formulaires et des modèles liés aux interventions de PCI et des réponses aux situations d'urgence, catastrophes et incidents majeurs, tels que les pénuries d'eau potable, les inondations, le refoulement des égouts et les pannes de courant.
- **Gestion du matériel** : Le personnel de PCI peut faciliter l'approvisionnement adéquat en DMBA, en EPI, en fournitures pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement, en fournitures pour le retraitement de l'équipement et autres fournitures liées à la pratique de la PCI.
- **Services environnementaux** : Le personnel de PCI aide à la résolution de problèmes liés à l'acquisition et à la fourniture de grandes quantités de linge propre, ainsi qu'au stockage et à l'élimination de quantités accrues de déchets. Il pourrait arriver qu'une intensification du nettoyage de l'environnement s'impose (p. ex. lors d'inondations, de refoulements d'égout). Le personnel de PCI peut offrir son aide pour déterminer le nombre d'employés des services environnementaux à mobiliser en cas de pandémie ou d'incident lié à une nouvelle infection.
- **Services alimentaires** : Le personnel de PCI aide à la résolution des problèmes liés à la préparation, au stockage et à l'acheminement sécuritaires des aliments en cas de difficultés sur le plan de l'infrastructure comme des inondations ou une pénurie d'eau potable.
- **Installations sanitaires** : Le personnel de PCI aide à résoudre des problèmes liés à la perte de l'eau potable ou à une défaillance des égouts (p. ex. réserves d'eau en prévision des cas d'urgence, toilettes chimiques temporaires, agents d'hygiène des mains).
- **Soins post mortem** : Le personnel de PCI aide à la résolution des problèmes liés aux soins post mortem lorsque des agents hautement infectieux sont impliqués.

Le PMU est mis à l'essai afin de garantir une intervention d'urgence qui reconnaisse et englobe les questions prioritaires pour l'organisation ou en vertu de la loi, y répond et assure une communication les concernant; des exercices réguliers sont par exemple organisés aux fins de test par rapport aux questions de gestion des urgences, ou pour vérifier les procédures d'intensification de la capacité permettant de prendre en charge un nombre accru de patients sur une courte période, ou sur une période prolongée.

Il existe un plan distinct pour chaque installation/établissement, de même que pour les sites de soins temporaires associés à l'organisation, qui suivent les mêmes plans ou des plans similaires.

NORME N° 41

Il doit y avoir un plan d'intervention écrit auquel aura contribué le personnel de PCI pour remédier aux problèmes de PCI liés aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux incidents.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, APIC

2.8.2 COMMANDEMENT ET GESTION DES URGENCES, DES CATASTROPHES ET DES INCIDENTS MAJEURS

Il existe un comité de gestion des urgences/catastrophes (CGU) comportant une représentation du programme de PCI. Le rôle du membre du comité représentant la PCI touche les questions liées à l'incidence ou à la transmission d'infections et comprend^{74, 121, 123} :

- l'évaluation de la rigueur et de l'efficacité du programme de PCI existant de l'organisation par rapport aux urgences en matière de PCI, pour cerner les domaines dans lesquels des interventions supplémentaires en la matière seraient nécessaires;
- l'évaluation de l'information disponible sur l'urgence en matière de PCI et la recherche de données probantes supplémentaires, si nécessaire, pour en établir la nature et la portée; il pourrait s'agir d'une procédure ponctuelle (p. ex. dans le cas d'un reflux d'égout) ou continue (p. ex. dans le cas d'une pandémie);
- l'établissement de l'intervention appropriée en matière de PCI, au moyen de guides locaux de planification des situations d'urgence/catastrophes, ce qui pourrait comprendre la fermeture d'unités ou d'installations ou des restrictions des visites;
- la notification et la mobilisation de collègues et d'organismes partenaires pertinents, en temps opportun, suivant les besoins et conformément aux plans d'urgence/catastrophe;
- la communication aux collègues, aux organismes partenaires et à d'autres personnes, tant que perdurera la situation d'urgence/catastrophe, de renseignements clairs et exacts en temps opportun, d'une façon qui permette une gestion efficace du risque et favorise un travail d'équipe efficace;
- l'établissement d'une entente sur les mesures de PCI à adopter pour limiter l'exposition aux dangers liés à la PCI et réduire les risques tout en prévenant la propagation ou les expositions à plus grande échelle;
- la liaison avec d'autres experts en PCI dans la gestion des urgences, des catastrophes et des incidents majeurs;
- la compréhension des installations physiques de l'organisation (p. ex. disposition du bâtiment, systèmes de ventilation) et des limites et capacités du ou des bâtiments, de façon à pouvoir prendre des décisions judicieuses en ce qui concerne la PCI (p. ex. placement approprié des patients, regroupement en cohortes, adoption de précautions supplémentaires);
- la préparation ou la consultation relativement à la préparation de matériel éducatif à l'intention du personnel, des bénévoles, des patients, des visiteurs et d'autres personnes dans l'organisation;
- la participation aux évaluations servant à faire le point et la formulation de recommandations d'améliorations futures.

NORME N° 42

Le comité de gestion des urgences doit comporter une représentation du programme de PCI, pour le règlement de questions précises liées à la prévention et au contrôle des infections lors de situations d'urgence.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, APIC

2.8.3 FORMATION DE PRÉPARATION AUX URGENCES, AUX CATASTROPHES ET AUX INCIDENTS MAJEURS

Un processus permet au personnel de signaler rapidement les problèmes urgents associés à la PCI (p. ex. défaillance dans la stérilisation, dommages structuraux, inondations, refoulement d'égout). Une éducation liée à la PCI est dispensée pour appuyer le plan d'intervention d'urgence « tous risques », opérer une sensibilisation et améliorer les compétences nécessaires à l'élaboration, à la mise en œuvre, au maintien et à l'exécution du PMU⁷⁴.

L'éducation et la formation en PCI liées aux interventions d'urgence font en sorte que :

- le personnel sache quand et à qui signaler les urgences et les incidents majeurs relevant de la PCI;
- le personnel connaisse les procédures de déclaration associées aux maladies infectieuses;
- le personnel sache avec qui communiquer pour se procurer des fournitures supplémentaires liées à la PCI (p. ex. EPI, DMBA) en cas de pénurie;
- le personnel soit encouragé à assister aux exercices d'urgence planifiés (y compris pour les urgences liées à la PCI)⁷⁴;
- du personnel soit disponible pour renforcer la capacité de nettoyage de l'environnement au besoin⁴⁷.

NORME N° 43

Le plan de mesures d'urgence doit comprendre une formation et des exercices d'intervention appropriés par rapport aux responsabilités du personnel, en préparation aux situations d'urgence liées à la PCI; il faut également veiller à ce que des ressources adéquates soient disponibles pour la formation de l'ensemble du personnel.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

2.9 Rôle de la santé au travail dans le programme de PCI

L'organisation de soins de santé dispose manifestement de services de santé au travail (SST) proactifs et accessibles, ou a accès à des fournisseurs formés en santé au travail. Il existe notamment des preuves témoignant d'un haut niveau de compétence dans tous les domaines liés au programme de PCI, pour garantir le bien-être du personnel (y compris celui des employés temporaires et contractuels). Les SST mettent par ailleurs l'accent sur la prévention des infections transmises par le sang, de la tuberculose, des maladies pouvant être évitées par la vaccination et des infections respiratoires et gastro-intestinales aiguës⁸¹.

2.9.1 RELATION ENTRE LES PROGRAMMES DE PCI ET DES SST

Le programme de PCI favorise un environnement de travail sain et sécuritaire. Les dirigeants de l'organisation de soins de santé contribuent à définir comment il est intégré au sein de l'organisation en tant que priorité stratégique, et fournissent un soutien pour des activités d'amélioration de la sécurité dans l'environnement de travail. Le conseil d'administration est tenu au courant, par les dirigeants de l'organisation, des priorités liées à la PCI pour un environnement de travail sain et sécuritaire, ainsi que des progrès vers la réalisation des priorités organisationnelles⁴⁹.

Des représentants du programme de PCI siègent au comité mixte d'hygiène et de sécurité de l'organisation de soins de santé, et les questions de PCI influant sur les services de santé au travail figurent à l'ordre du jour du comité⁴⁷. Les membres du personnel de PCI pourraient agir en tant qu'experts en réponse à des incidents, des plaintes et des réclamations. Inversement, les services de santé au travail sont représentés au sein des comités de PCI.

NORME N° 44

Les dirigeants de l'organisation de soins de santé doivent faire du soutien aux exigences de santé et de sécurité liées à la PCI une priorité stratégique au sein de l'organisation et s'assurer que les protocoles et procédures du programme de PCI soient intégrés au tissu de l'environnement de travail.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

2.9.2 POLITIQUES ET PROCÉDURES DES SST EN CE QUI CONCERNE LE PROGRAMME DE PCI

Les personnes qui travaillent dans les soins de santé sont fréquemment exposées à des maladies infectieuses. Si elles contractent une maladie transmissible, elles pourraient présenter un risque pour les patients et le personnel. Les responsables des programmes des SST et de PCI travaillent ensemble à élaborer des protocoles et des procédures pour le personnel de soins de santé exposé, comme des évaluations en vue du placement, des programmes pour un milieu de travail sain, des programmes d'immunisation et des protocoles de suivi de l'exposition^{1, 22, 61, 89}.

Les dirigeants de l'organisation de soins de santé veillent à ce que le programme des SST de l'organisation comporte des protocoles et des procédures de santé et de sécurité à jour pour le personnel, y compris les employés contractuels et les bénévoles⁴⁹. Une évaluation du risque organisationnel est utilisée pour formuler des stratégies visant à réduire les problèmes liés à la PCI pour le personnel, en tenant compte des lois et des lignes directrices publiées pertinentes. Les activités à haut risque comprendraient par exemple l'exécution de procédures médicales produisant des aérosols, la manipulation d'objets pointus ou tranchants, le nettoyage d'écoulements de liquides organiques et l'exposition à de l'équipement médical et à des déchets contaminés. Dans les organisations de santé communautaires, les questions de santé au travail pourraient être renvoyées à la santé publique ou à un médecin de famille.

Parmi les protocoles et procédures du programme des SST qui intègrent des éléments du programme de PCI figurent notamment :

- l'évaluation de la transmissibilité de la maladie au sein du personnel, dont un programme d'immunisation;
- la prise en charge des travailleurs de la santé ayant été exposés à des maladies infectieuses, y compris la prophylaxie post-exposition, les protocoles de gestion des présences et les indications de restrictions au travail;
- la manipulation sécuritaire des objets pointus ou tranchants et du matériel biologique dangereux;
- l'éducation et la formation relativement aux pratiques de base et à l'utilisation correcte de l'EPI, y compris un programme de protection respiratoire;
- la mise en œuvre d'un programme de soins des mains.

NORME N° 45

Les protocoles de santé et de sécurité liés au programme de PCI sont conformes aux lois, aux lignes directrices et aux pratiques exemplaires pertinentes en matière de PCI.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

NORME N° 46

Le volet « PCI » du programme des services de santé au travail doit être développé conjointement par le personnel de ces services et celui de la PCI.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, CCPMI

2.9.3 ASPECTS DE L'ÉVALUATION DU PERSONNEL ET DU RISQUE LIÉ À L'EMPLOI RELEVANT DE LA PCI

Un processus est en place, dans l'organisation de soins de santé, pour cerner les risques en matière de PCI associés à l'emploi. L'organisation évalue les risques en matière de PCI inhérents au lieu de travail (p. ex. disponibilité de contenants pour les objets pointus ou tranchants, d'équipement d'hygiène des mains, caractère adéquat de la ventilation) et met en œuvre des mesures techniques convenables, lorsque cela s'avère possible, pour protéger le personnel. Le travailleur de la santé évalue les risques en matière de PCI liés aux tâches qu'il effectuera et prend des mesures pour éviter ou éliminer ces risques (p. ex. revêtir de l'EPI, se faire vacciner, enseigner l'étiquette respiratoire aux patients).

Dans le cadre de l'emploi, l'ensemble du personnel est évalué par les services de santé au travail par rapport aux conditions liées à des maladies transmissibles qui pourraient se propager ou être acquises dans l'organisation de soins de santé^{47, 49}. Sont notamment compris le statut d'immunisation, l'évaluation pour la tuberculose latente ou active et le dépistage sérologique des maladies évitables par la vaccination, lorsque cela est indiqué⁴⁷.

Pour de plus amples renseignements concernant l'évaluation des risques en matière de PCI et les mesures de contrôle, visitez :

- les *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI, accessibles à l'adresse suivante : https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf.

NORME N° 47

Il doit y avoir un processus d'évaluation des travailleurs de la santé pour détecter les maladies transmissibles au moment de l'embauche, suivant l'exposition et ultérieurement, au besoin. Ce processus comprendra un moyen de maintenir la consignation du statut immunitaire.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada

NORME N° 48

Il doit y avoir un processus permettant d'évaluer les risques associés à la PCI dans le milieu de travail et de faire en sorte que les mesures nécessaires à la gestion de ces risques soient en place.

Fondement logique

CCPMI, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

A. Immunisation

Toutes les organisations de soins de santé ont un programme d'immunisation en place aux fins de dépistage et d'administration des vaccins appropriés au personnel et aux médecins, pour les protéger des maladies transmissibles pertinentes en fonction de leur emploi⁴⁹. Ce programme pourrait être élargi aux bénévoles, au personnel contractuel et à d'autres personnes, s'il y a lieu. Les programmes d'immunisation suivent les lignes directrices provinciales et fédérales, comme celles produites par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), accessibles à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php>.

Des renseignements sur le statut d'immunisation des travailleurs de la santé sont facilement accessibles et conservés dans une base de données électronique confidentielle. Des ressources adéquates pour la mise en œuvre d'un programme annuel de vaccination contre la grippe sont en place. Dans certains territoires de compétence, le vaccin antigrippal annuel constitue une condition pour obtenir un emploi continu ou une affectation de travail dans l'organisation de soins de santé⁴⁷.

NORME N° 49

Il doit y avoir un protocole et une procédure de vaccination pour les travailleurs de la santé.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

B. Politiques de gestion des présences

L'organisation de soins de santé établit une attente claire en vertu de laquelle le personnel ne doit pas se présenter au travail lorsqu'il est malade, et étaye cette attente par des protocoles de gestion des présences appropriés^{47, 49}.

Les personnes qui travaillent dans des organisations de soins de santé sont exposées, au contact des patients de leur organisation, à de nombreux microorganismes. Des éclosons ont été signalées, dans le cadre desquelles les travailleurs de la santé ont été gravement touchés, comptant pour un grand nombre des cas déclarés¹²⁶⁻¹³⁰. Des restrictions relatives au travail empêchent le personnel atteint de maladies transmissibles, qui pourrait présenter un risque pour les autres, d'entrer en contact direct avec des patients, des aliments ou des fournitures, des dispositifs et de l'équipement stériles. Ces restrictions comprennent notamment la limitation des tâches et responsabilités et l'adoption de précautions telles que le port d'EPI.

L'organisation de soins de santé impose des restrictions relatives au travail conformes aux lignes directrices nationales et provinciales et à celles des SST au personnel, aux fournisseurs de services, aux bénévoles ou aux étudiants atteints d'infections transmissibles⁴⁹.

NORME N° 50

Il doit y avoir un processus ou un protocole et des procédures pour empêcher le personnel de travailler lorsqu'il contracte une maladie transmissible.

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, *Loi sur la santé publique*

C. Intervention et enquête par rapport aux blessures et expositions liées à la PCI

Les protocoles et les procédures des services de santé au travail traitent du suivi et de la prophylaxie post-exposition, lorsque ceux-ci sont indiqués⁴⁷, utilisant pour ce faire un cadre élaboré aux fins d'intervention et d'enquête à l'égard des blessures liées à la PCI (p. ex. piqûres d'aiguille, exposition à du sang et à des liquides organiques, violations de la pratique entraînant l'exposition à des agents infectieux).

Le personnel de PCI et celui des SST entretiennent une relation étroite en vue d'assurer une gestion adéquate de l'exposition et des éclosions, y compris la recherche des contacts du personnel⁴⁷.

NORME N° 51

L'organisation de soins de santé doit fournir des conseils, assurer un suivi et recommander des restrictions relatives au travail en cas de blessures liées à la PCI résultant en l'exposition à des agents infectieux.

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, *Loi sur la santé publique*

D. Manipulation d'objets pointus ou tranchants et de matériel biologique dangereux

L'organisation de soins de santé suit ses protocoles et procédures ainsi que les exigences prévues par la loi lors de la manipulation de matériel biologique dangereux⁴⁹. La *Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses* régleme le déplacement de matériel biologique dangereux au Canada¹³¹. *Manipulation des déchets de soins de santé*¹³², de l'Association canadienne de normalisation (CSA), fournit des directives pour la gestion des déchets de matériel biologique dangereux. La plupart des provinces ont aussi leur propre cadre de réglementation pour la manipulation et le transport du matériel biologique dangereux.

Les objets pointus ou tranchants contaminés (aiguilles, seringues, lames, verre clinique) posent le plus grand risque d'infections transmises par le sang pour le personnel. Des politiques favorisant la prévention et la prise en charge de ces blessures sont mises en œuvre dans toutes les organisations de soins de santé^{37, 47, 49, 133}. Les objets pointus ou tranchants sont éliminés et jetés au point d'intervention dans des contenants appropriés non perforables qui leur sont spécialement destinés⁴⁹.

Des dispositifs sécuritaires sont utilisés pour les objets pointus et tranchants et autres éléments matériels à haut risque⁴⁹. Dans certaines provinces, il s'agit là d'une exigence établie par la loi¹³⁴.

NORME N° 52

Il doit y avoir un programme de prévention des blessures causées par des objets pointus ou tranchants comprenant l'utilisation de dispositifs sécuritaires pour ces objets et les autres éléments matériels à haut risque.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

E. Équipement de protection individuelle (EPI)

L'organisation de soins de santé fournit de l'EPI facilement disponible et accessible et approprié pour la tâche¹³⁵. La qualité de l'EPI est évaluée avant l'achat.

Les travailleurs de la santé sont formés à sélectionner l'EPI en fonction d'une évaluation du risque au point d'intervention – le type d'exposition prévu, la durabilité, le caractère approprié par rapport à la tâche et l'ajustement¹³⁵.

Les organisations de soins de santé ont des protocoles et des procédures quant à la façon correcte de mettre et de retirer l'EPI pour éviter la contamination. Le personnel est formé à la sélection de l'EPI approprié, à son utilisation, à son retrait et à son élimination^{49, 135}. Il existe notamment une procédure écrite pour le retrait sécuritaire de l'EPI, destinée à prévenir la recontamination, qui s'inscrit dans le cadre de cette formation. L'EPI réutilisable (p. ex. les blouses) est éliminé et n'est pas réutilisé avant d'avoir été nettoyé.

Le personnel tenu de porter un respirateur N95 lors de la prestation de soins aux patients prend part à un programme de protection respiratoire tous les deux ans au minimum⁴⁷. Ce programme comprend¹³⁶ :

- une évaluation de la santé;
- un essai d'ajustement du respirateur N95, conformément aux normes de la CSA;
- une formation à l'utilisation d'un respirateur N95.

Le personnel de PCI a accès à des vêtements/de l'équipement de sécurité approprié, si nécessaire, pour s'acquitter adéquatement des tâches qui lui incombent (p. ex. casques de protection et bottes fermées à embout d'acier pour inspecter les chantiers de construction).

NORME N° 53

De l'équipement de protection individuelle (EPI) doit être facilement disponible et accessible.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, CCPMI, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

NORME N° 54

L'organisation de soins de santé doit dispenser une formation à la sélection, à l'utilisation, au retrait et à l'élimination appropriés de l'EPI.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, CCPMI, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

NORME N° 55

L'organisation de soins de santé doit avoir un programme de protection respiratoire.

Fondement logique

CSA, CCPMI, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

Programme de soins des mains

Il existe un programme de soins des mains proactif pour évaluer et maintenir l'intégrité de la peau des travailleurs de la santé qui observent une hygiène des mains assidue^{47, 116, 118}. Un programme de soins des mains à l'intention des travailleurs de la santé constitue un élément clé pour l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains, afin d'obtenir des pratiques efficaces et sécuritaires pour protéger travailleurs et patients des infections. Si l'intégrité de la peau d'un travailleur de la santé ne peut être maintenue, le travailleur se voit offrir des tâches modifiées n'exigeant pas une hygiène des mains aussi assidue⁴⁷.

Un programme de soins des mains comprend^{116, 117} :

- l'évaluation des soins des mains;
- l'aiguillage du personnel vers les services de santé au travail ou leur travailleur de la santé si l'intégrité de la peau est compromise;
- la fourniture de DMBA contenant des hydratants;
- des hydratants pour le soin des mains qui n'interféreront pas avec le DMBA ni n'endommageront les gants, et sont approuvés par l'organisation de soins de santé.

Le personnel de PCI et celui des SST sont consultés et mobilisés dans la sélection et les essais de tous les produits d'hygiène des mains dans l'organisation de soins de santé⁴⁷. Les produits choisis pour l'hygiène des mains comportent des bienfaits éprouvés pour la peau. Une lotion de soins des mains est facilement disponible au personnel, gratuitement, et les produits choisis ne nuisent pas à l'intégrité des gants ni n'interagissent avec tout autre produit d'hygiène des mains⁴⁷.

NORME N° 56***L'organisation de soins de santé doit avoir un programme de soins des mains pour son personnel.***

Fondement logique

ASPC, CCPMI, OMS, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

2.10 Protocoles et procédures du programme de PCI

2.10.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX POUR L'ÉLABORATION ET LE MAINTIEN DES PROTOCOLES ET PROCÉDURES DU PROGRAMME DE PCI

L'organisation maintient, dans le cadre du programme de PCI, des protocoles et procédures fondés sur les règlements applicables, les données probantes et les pratiques exemplaires. Les protocoles et procédures du programme de PCI sont conformes aux priorités organisationnelles et reposent sur l'évaluation du risque, en vue de cerner les activités à haut risque⁴⁹. Les évaluations du risque sont effectuées en collaboration avec le personnel de PCI et les autres services de l'organisation. Les activités à haut risque comprendraient par exemple l'exécution de procédures médicales produisant des aérosols, le nettoyage de liquides renversés, la manutention d'échantillons et d'objets pointus ou tranchants et l'exposition à de l'équipement/des dispositifs médicaux et à des déchets contaminés⁴⁹.

L'équipe de PCI travaille en partenariat avec d'autres dans l'organisation afin d'élaborer, pour le programme de PCI, des procédures et des protocoles robustes ne laissant aucune place à l'interprétation, qui soient^{47, 49, 107} :

- clairs et concis;
- pertinents pour l'organisation;
- pratiques à mettre en œuvre;
- accessibles à l'ensemble du personnel;
- rédigés avec l'apport du personnel, des patients et des familles, lorsqu'il y a lieu.

Les protocoles et procédures du programme de PCI doivent au minimum comprendre de l'information et des critères par rapport aux éléments clés d'un tel programme⁴⁹ :

- hygiène des mains;
- pratiques de base;
- précautions supplémentaires;
- technique aseptique lors de l'exécution de procédures invasives et de la manipulation de produits injectables.

Les protocoles et procédures sont pertinents et fondés sur des données probantes^{47, 49}. Ils cadrent avec les exigences réglementaires et prévues par la loi, les normes, les lignes directrices et les pratiques exemplaires nationales et provinciales, les données probantes issues de la littérature scientifique et les résultats de la surveillance menée par l'organisation elle-même, de ses audits internes et de ses rapports d'enquête. Le matériel ressource utilisé pour l'élaboration de protocoles et de procédures est exact, actuel, et appuie une pratique d'amélioration de bonne qualité.

Pour faire en sorte que les protocoles et procédures du programme de PCI demeurent à jour et pertinents, un processus est en place afin de garantir qu'ils soient régulièrement examinés et mis à jour^{21, 37, 47, 49, 107}, conformément au processus d'examen de l'organisation et à mesure que de nouvelles données probantes sont rendues disponibles (p. ex. annuellement, tous les trimestres, tous les trois ans). L'évaluation comprend la détermination de l'efficacité des protocoles existants, en vue de cerner les domaines laissant place à l'amélioration¹⁰⁷. Les changements dans les règlements applicables, les données probantes et les pratiques exemplaires sont aussi intégrés aux mises à jour des protocoles⁴⁹. Le personnel, les patients et les autres parties intéressées sont mobilisés dans le processus d'examen.

Le personnel, les fournisseurs de services et les bénévoles savent où trouver les protocoles et procédures du programme de PCI et ont facilement accès à des formats papier ou électronique^{47, 79}. La conformité aux protocoles du programme de PCI est surveillée, et des améliorations sont apportées en fonction des résultats^{47, 49, 73}. Ce processus comprend un mécanisme permettant au personnel, aux bénévoles, aux patients et aux familles de signaler le non-respect des protocoles et procédures du programme de PCI⁴⁹. La conformité du personnel peut être surveillée au moyen d'audits des processus (voir la section 2.3, *Surveillance*). PCI Canada a mis au point plusieurs outils d'audit, disponibles sur le site Web de l'organisme.

Les protocoles et procédures sont liés à des programmes éducatifs et à des plans d'action aux fins de mise en œuvre⁴⁷. L'équipe de PCI fournit un soutien consultatif spécialisé pour la mise en œuvre des protocoles de PCI au sein de l'organisation¹⁰⁷, et travaille en partenariat avec d'autres pour éduquer le personnel, lorsque nécessaire^{47, 107}.

NORME N° 57

Il doit y avoir, pour le programme de PCI, des protocoles et procédures s'étendant à l'ensemble de l'organisation qui soient actuels, fondés sur des données probantes, conformes aux priorités organisationnelles et accessibles à l'ensemble du personnel, des bénévoles, des étudiants et des autres personnes travaillant dans l'organisation de soins de santé.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, CCPMI, Burnett

NORME N° 58

Les protocoles et procédures du programme de PCI sont liés à des programmes d'éducation appuyés par l'organisation, avec des plans d'action et des responsabilités clairement définies en ce qui concerne la mise en œuvre.

Fondement logique ASPC, CCPMI

2.10.2 PROTOCOLES ET PROCÉDURES DES SERVICES

Le personnel de PCI contribue, à titre d'expert, à l'élaboration des protocoles et procédures des services¹⁰⁷. Le programme de PCI est consulté et formule des commentaires et suggestions lorsque tout service établit des protocoles ayant des répercussions pour lui. En plus des protocoles et procédures des SST se rapportant à des sujets liés à la PCI (p. ex. sécurité vis-à-vis des objets pointus ou tranchants, utilisation d'équipement de protection individuelle, immunisation), les autres protocoles et procédures des services élaborés à partir des commentaires et suggestions du personnel de PCI concernent, sans s'y limiter⁴⁷ :

- le CVC (systèmes de chauffage, ventilation et climatisation);
- la conception et la construction des installations;
- l'achat et l'acquisition d'équipement et de fournitures;
- le nettoyage et la désinfection de l'environnement;
- la buanderie et la manutention des déchets;
- le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux;
- les ententes avec les sous-traitants;
- les services alimentaires et la manipulation des aliments.

Lorsqu'un fournisseur externe est mandaté pour dispenser des services, l'organisation dispose d'un processus pour définir le rôle et les responsabilités de l'entrepreneur par rapport aux questions de PCI et veiller à ce que les normes organisationnelles soient satisfaites et à ce que des protocoles et procédures soient suivis⁴⁹. La mobilisation du personnel de PCI à l'étape des appels d'offres et de l'élaboration des contrats aidera à cerner et à atténuer les risques en matière de PCI.

A. L'environnement de soins de santé

Les surfaces de l'environnement sont à l'origine de la transmission d'IASS. Les organisations de soins de santé sont responsables de maintenir un milieu physique propre et sécuritaire^{49, 137-141}, ce qui implique un nettoyage efficace de l'environnement et une manutention sécuritaire des déchets. Des ressources adéquates – y compris humaines – sont consacrées au nettoyage de l'environnement, pour faire en sorte que la qualité du nettoyage satisfasse les pratiques exemplaires de PCI¹³⁸.

Une évaluation du risque environnemental peut être effectuée par le personnel de PCI, de concert avec celui des services environnementaux. L'évaluation du risque comprend de l'information sur les types de patients vus dans un secteur, l'affluence, les types d'activités exécutées sur place et le

risque d'être exposé à des liquides organiques. À partir de ces critères, une évaluation du risque que présente l'environnement physique peut être élaborée, sur la base du risque de transmission de microorganismes. C'est ainsi que sont déterminés la fréquence du nettoyage, le degré de désinfection et le nombre de membres du personnel requis pour maintenir le degré de propreté désiré^{49, 138}.

Les protocoles et procédures pour un nettoyage efficace de l'environnement dans une organisation de soins de santé comprennent :

- des procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des chambres de patients et de l'équipement partagé, comprenant elles-mêmes des normes et la fréquence des nettoyages quotidiens et faisant suite au congé^{49, 138};
- des procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des chambres de patients devant faire l'objet de précautions supplémentaires⁴⁹ (p. ex. en présence de SARM, d'ERV, de *C. difficile*);
- l'éducation et le perfectionnement continu – intégrant les principes du programme de PCI – du personnel de nettoyage^{49, 138};
- une capacité accrue pour la gestion des éclosions^{49, 138};
- l'examen continu des procédures, y compris la surveillance, les audits des processus et la rétroaction au personnel. La rétroaction est intégrée à l'examen du rendement de l'employé^{49, 138}.

Lorsque les services de nettoyage sont assurés par des fournisseurs externes, l'organisation de soins de santé établit et maintient, avec chaque fournisseur, un contrat exigeant des niveaux constants de qualité et l'adhésion à des normes de pratique de PCI acceptées. Elle surveille la qualité des services dispensés.

Pour de plus amples renseignements concernant l'évaluation de la propreté et le contrôle de la qualité ainsi que des exemples de procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement, voir les *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI, accessibles à l'adresse suivante :

https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012_FR.pdf.

Les déchets biomédicaux (qui comprennent les tissus humains, les liquides organiques et les objets pointus ou tranchants contaminés) représentent une petite proportion des déchets générés par les organisations de soins de santé et posent peu de risques s'ils sont gérés conformément aux normes^{49, 132}. Les protocoles et procédures concernant la manutention des déchets et les déchets biomédicaux⁴⁹ :

- sont conformes aux règlements locaux, régionaux, provinciaux et nationaux;
- comprennent l'apport du programme de PCI relativement aux questions de manutention des déchets.

Les draps contaminés sont manipulés avec précaution pour éviter la transmission de microorganismes au sein de l'organisation. Les draps propres sont transportés et entreposés de façon à éviter leur contamination par la poussière.

B. Nettoyage, désinfection et stérilisation d'équipement/de dispositifs médicaux

La littérature médicale regorge de cas documentés de transmission de personne à personne d'infections associées au retraitement inadéquat d'équipement et de dispositifs médicaux. L'organisation de soins de santé suit des protocoles de retraitement de l'équipement et des dispositifs médicaux réutilisables conformes aux recommandations du fabricant ainsi qu'aux normes actuelles et fondés sur un système de classification du risque^{37, 47, 49, 142-147}. Les protocoles et procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation de l'équipement/des dispositifs médicaux :

- sont élaborés avec l'apport de l'équipe de PCI, qui évalue les processus de décontamination de l'équipement et de l'environnement, les surveille et en examine l'efficacité^{107, 144};
- sont fondés sur un système de classification reconnu, comme les critères de Spaulding¹⁴⁸, qui classe les niveaux de retraitement selon le risque potentiel d'infection^{49, 144};
- suivent les directives du fabricant^{143, 144};
- respectent les protocoles et les pratiques exemplaires du programme de PCI¹⁴²⁻¹⁴⁴;
- sont conformes aux exigences prévues par la loi¹⁴³;
- définissent les étapes du spectre de retraitement dans son intégralité, y compris¹⁴²⁻¹⁴⁴ :
 - la manutention de l'équipement contaminé;
 - le nettoyage/trempe de l'équipement avant le transport;
 - la préparation de l'équipement en vue du transport;
 - le transport de l'équipement contaminé;
 - le démontage de l'équipement, si nécessaire;
 - le lavage de l'équipement (manuel ou automatisé);
 - le rinçage de l'équipement;
 - la désinfection ou la stérilisation de l'équipement, y compris l'utilisation de moniteurs des processus;
 - le séchage et le réassemblage de l'équipement;
 - l'inspection de l'équipement;
 - le stockage de l'équipement.

Les protocoles et procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation s'appliquent à toute personne effectuant le retraitement d'équipement ou de dispositifs médicaux dans l'organisation de soins de santé, y compris les cliniques, l'endoscopie, les salles d'urgence et l'imagerie clinique. Si les activités de retraitement sont confiées à des fournisseurs externes, l'organisation de soins de santé vérifie que chacun de ces fournisseurs suit des normes de pratique acceptées pour le retraitement et surveille la qualité des services dispensés^{49, 144}.

Il existe également des protocoles et procédures pour :

- la gestion de l'équipement/des dispositifs médicaux à usage unique¹⁴⁴;
- les dispositifs médicaux empruntés, partagés, consignés et loués y compris leur transport vers l'organisation et depuis cette dernière, et la manutention des dispositifs n'ayant pas fait l'objet d'un retraitement adéquat avant leur arrivée^{49, 144, 149};
- la compétence du personnel participant au retraitement et, idéalement, sa certification pour le retraitement des dispositifs médicaux, dans le cadre d'un programme de certification reconnu^{49, 143, 144};
- la gestion des défaillances dans les processus de désinfection et de stérilisation, y compris la capacité à assurer un suivi de l'ensemble de l'équipement/des dispositifs médicaux ayant fait l'objet d'un retraitement, de façon à ce qu'ils puissent être identifiés et à ce que des mesures de suivi puissent être adoptées à leur égard^{49, 144}.

C. Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

Des protocoles et procédures pour la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) sont indiqués pour les organisations de soins de santé qui dispensent des services neurochirurgicaux⁴⁹. Les protocoles et procédures comprennent :

- l'exécution d'une évaluation préalable à l'opération dans le cas de procédures chirurgicales à haut risque;
- l'exécution d'une évaluation préalable à l'opération pour les patients à haut risque;
- le fait de disposer soit :
 - d'un ensemble de dispositifs neurochirurgicaux, neuro-endoscopiques et orthopédiques pour la colonne vertébrale qui ne seraient utilisés que lorsque le diagnostic de MCJ est posé ou soupçonné avant l'opération;
 - d'équipement jetable placé en quarantaine immédiatement après la chirurgie et avant le retraitement, jusqu'à ce que le diagnostic postopératoire de MCJ soit validé ou écarté.

Pour de plus amples renseignements sur la MCJ, consulter :

- Les lignes directrices de l'ASPC pour *La maladie de Creutzfeldt-Jakob classique au Canada*, accessibles à l'adresse suivante :
http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071124034542/http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/cjd/cjd_f.html.
- Les conseils, les données et l'analyse de la Santé publique de l'Angleterre relativement à la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ), accessibles à l'adresse suivante :
<https://www.gov.uk/government/collections/creutzfeldt-jakob-disease-cjd-guidance-data-and-analysis>.

D. Conception, construction et entretien des établissements

Les conditions environnementales liées au CVC sont établies de façon à contenir les microorganismes et à en prévenir la transmission^{49, 150-153}. Un processus de validation est en place pour garantir que les chambres d'isolement de patients atteints d'infections transmises par l'air, les salles d'opération et les environnements de protection pour les greffes ou les patients particulièrement vulnérables satisfassent aux normes.

Les principes de PCI sont observés lors de la conception de nouveaux établissements ou du réaménagement d'établissements existants et lors des activités de construction, de rénovation ou d'entretien, jusqu'à la mise en service et y compris lors de cette dernière, pour procurer un environnement sécuritaire aux patients et au personnel et réduire le risque d'IASS^{47, 81, 137, 150, 154-156}. L'organisation consulte l'équipe de PCI lors de la planification et de la conception de l'environnement physique, ce qui comprend la planification de nouveaux projets de construction et de rénovation⁴⁹.

Des protocoles et procédures de conception, de construction et d'entretien des établissements définissent le rôle de l'équipe de PCI et comprennent^{47, 74, 107, 150, 154, 155, 157} :

- la détermination des risques liés à la PCI et des degrés de risque associés au projet (p. ex., *Aspergillus* et *Legionella*);
- la détermination des lois, des lignes directrices nationales et des résultats/indicateurs liés au projet;
- une vérification visant à s'assurer que les systèmes de CVC dans la zone de construction sont conformes aux normes actuelles;
- la détermination du personnel et de la population de patients touchés par le projet;
- la détermination des barrières et des mesures préventives qui seront mises en place durant le projet (p. ex. palissades, pression négative, contrôle des poussières);
- la détermination des exigences de nettoyage et de désinfection durant le projet et après;
- la détermination des voies de transport sécuritaires pour les déchets;
- l'inspection régulière des lieux, de même que l'inspection à l'issue du projet, afin d'assurer le maintien de conditions environnementales optimales;
- la surveillance de la conformité aux barrières et aux mesures préventives;
- l'autorité de suspendre les projets en cas de risque pour la sécurité des patients ou du personnel.

Pour de plus amples renseignements sur la participation du programme de PCI dans la construction et la rénovation, consulter :

- Association canadienne de normalisation :
 - Association canadienne de normalisation. Norme CAN/CSA Z8000-11. *Établissements de santé canadiens*.
 - Association canadienne de normalisation. Norme CAN/CSA Z317.13-12. *Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé*.
 - Association canadienne de normalisation. Norme CAN/CSA Z317.2-10. *Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de santé : exigences particulières*.

E. Gestion du matériel

Il existe un processus pour l'inclusion du personnel de PCI dans l'achat et l'acquisition d'équipement et de dispositifs médicaux. Le rôle du programme de PCI consiste à évaluer les risques ou effets potentiels sur la prévention et le contrôle des infections du retraitement de l'équipement, les risques pour la santé et la sécurité au travail liés à l'infection (p. ex. production d'aérosols par l'équipement) de même que les risques environnementaux de PCI liés à l'élimination de l'équipement, d'éléments de ce dernier ou de fournitures requises pour son utilisation⁷⁴.

L'équipement médical choisi aux fins d'achat peut être nettoyé, désinfecté ou stérilisé conformément aux critères de Spaulding¹⁴⁸ et aux plus récentes normes, pratiques exemplaires et exigences législatives¹⁴²⁻¹⁴⁵.

Dans les organisations où l'équipement et les dispositifs médicaux proviennent de l'extérieur, c'est-à-dire sont empruntés, consignés ou loués, l'organisation applique le même processus de sélection que pour l'équipement et les dispositifs médicaux achetés, et suit le même processus pour sélectionner des fournisseurs¹⁴⁹.

F. Services alimentaires

Des protocoles et procédures définissent les mécanismes et processus en place pour prévenir les maladies d'origine alimentaire dans l'organisation. Des normes et des règlements pour la préparation des aliments, leur manipulation et leur entreposage sont appliqués. Ils visent les aliments préparés sur place ou à l'externe, ainsi que les aliments préparés ou dispensés dans les cuisines ou cuisinettes des patients et du personnel⁴⁹.

Là où les services alimentaires sont inspectés par des organismes gouvernementaux, l'organisation se conforme au processus d'inspection et aux suivis dans les domaines d'amélioration cernés par les inspecteurs⁴⁹.

NORME N° 59

Les protocoles et procédures des services/cliniques/départements de l'organisation de soins de santé doivent tenir compte des commentaires et suggestions du personnel de PCI et comprendre des interventions de la part de ce dernier, en vue de prévenir et de contrôler les risques en matière de PCI.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, Burnett

2.11 Initiatives de recherche du programme de PCI

Les PPCI se tiennent au courant des plus récentes pratiques exemplaires en matière de PCI par des recherches fondées sur des données probantes, par consensus et à partir des lignes directrices établies^{36, 38}. Les conclusions des recherches publiées sont intégrées à l'organisation de soins de santé dans le cadre de la pratique, de l'éducation ou de la consultation^{36, 38}. Les données probantes issues de la recherche comprennent des rapports sur des études épidémiologiques informelles, p. ex. les enquêtes sur les éclosions/grappes et les conclusions tirées de la surveillance. Les PPCI recueillent, colligent, analysent et synthétisent des données et de l'information qualitatives et quantitatives au moyen de méthodes appropriées¹⁰⁷, et communiquent leurs résultats aux gens avec qui ils travaillent et à d'autres collègues pour améliorer la connaissance et susciter des améliorations³⁸.

Les PPCI participent aussi à des projets de recherche et d'amélioration de la qualité officiels, qui engendreront une amélioration des soins aux patients et de la prévention des infections et mèneront à des progrès dans le domaine de la PCI^{47, 107}. La participation à des activités de recherche peut être indépendante ou collaborative. Dans les programmes de PCI affiliés à des centres des sciences de la santé universitaires et à des hôpitaux d'enseignement, les PPCI collaborent avec d'autres ou apportent leur appui dans le cadre de recherches qui aideront à orienter la pratique de prévention et de contrôle des infections et l'épidémiologie^{38, 81}. Le programme de PCI est adéquatement pourvu en ressources pour permettre des initiatives de recherche¹⁵⁸. Dans la mesure du possible, l'analyse des coûts est intégrée à la recherche en PCI³⁸.

Les initiatives novatrices sont mises en évidence par des publications, des affiches/présentations orales lors de congrès et d'autres moyens, pour enrichir le bloc de connaissances en matière de PCI³⁸.

NORME N° 60

Le personnel de PCI doit participer à des initiatives d'amélioration de la qualité ou à des recherches.

Fondement logique

Agrément Canada, CCPMI, Burnett

NORME N° 61

Les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité ou des recherches du programme de PCI doivent être communiqués aux intervenants clés.

Fondement logique ASPC, Friedman

NORME N° 62

Les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité ou des recherches du programme de PCI doivent être intégrés au programme de PCI.

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, ASPC, Burnett

3.0 Structure fondamentale du programme de PCI

LE PROGRAMME DE PCI...

- ***COMMENT*** le programme de PCI devrait-il être structuré?
- ***QUI*** devrait faire partie du personnel du programme de PCI?
- ***QUELLES*** sont les ressources nécessaires au programme de PCI?

3.1 Gouvernance et leadership du programme de PCI

Le dictionnaire Oxford définit le leadership comme « l'action de diriger un groupe de personnes ou une organisation, ou l'état ou position d'un dirigeant¹⁵⁹ » [traduction]. Dans le domaine de la PCI, il a été prouvé qu'un leadership organisationnel efficace joue un rôle important dans les activités liées à la prévention des IASS, instaurant une culture d'excellence et inspirant le personnel¹⁶⁰.

Les PPCI et les épidémiologistes des hôpitaux jouent souvent des rôles de leadership plus importants dans les activités liées à la sécurité des patients de leur organisation de soins de santé que les hauts dirigeants. Dans leur étude multisite, Saint et coll.¹⁶⁰ ont conclu que le leadership joue un rôle essentiel dans la prévention des IASS, et que le difficile processus d'application des résultats de la recherche en PCI à la pratique peut être facilité par des dirigeants sollicitant les conseils de leurs collègues en matière de PCI, et mettant à profit leurs expériences.

On désigne comme la *gouvernance clinique* le cadre par l'intermédiaire duquel les organisations de soins de santé ont la responsabilité de s'assurer que des systèmes rigoureux sont établis, de sorte que le caractère sécuritaire et la qualité des soins de santé soient surveillés, appuyés, évalués et constamment améliorés^{161, 162}. Le programme de PCI représente un aspect essentiel de la gouvernance, maintenant une grande visibilité sur le plan clinique et celui de l'administration.

3.1.1 VALEUR DU PROGRAMME DE PCI POUR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

La gouvernance clinique a positionné la qualité des soins de santé comme une responsabilité directe du président-directeur général (PDG) et du conseil d'administration d'une organisation de soins de santé. Cette gouvernance réside à tous les paliers de l'organisation, laquelle veille à l'engagement par une participation et un parrainage actifs de la direction¹⁶¹. Le cadre de gouvernance clinique des programmes de PCI, y compris la responsabilité et la reddition de comptes, s'étend du point d'intervention à la direction et au conseil d'administration de l'organisation de soins de santé¹⁶¹. Le soutien de la direction de l'organisation est l'un des éléments clés d'un programme de PCI efficace¹⁶¹.

Un programme de PCI adéquatement soutenu qui fonctionne bien procure valeur et économies à l'organisation. Il y a 30 ans, l'étude SENIC a prouvé qu'un programme de PCI structuré était non seulement efficace, mais aussi économique, contribuant à la réduction des IASS tout en écourtant le séjour à l'hôpital et en réduisant les coûts de traitement des IASS²⁴. Vandijck⁷⁷ insiste sur l'importance d'investir dans des programmes de PCI en tant que priorité à l'échelle de l'organisation. Le soutien de la direction de l'organisation passe par l'affectation de ressources adéquates aux programmes de PCI. Un soutien limité de la part de la direction est perçu comme une faiblesse pour le programme¹⁶¹.

Le conseil d'administration démontre aux patients, au public, au personnel et à ses propres membres qu'il réalise des progrès continus vers la réalisation de l'ensemble de ses engagements en ce qui concerne le programme de PCI⁸¹. Il y a manifestation communication régulière du PDG avec le conseil concernant leurs attentes à l'égard des patients, des visiteurs et du personnel en ce qui a trait au programme de PCI⁸¹.

NORME N° 63

Le programme de PCI doit constituer un élément essentiel de la gouvernance, et conserver une grande visibilité sur le plan clinique et celui de l'administration.

Fondement logique

Haley, NICE, Tropea

3.1.2 RÔLE DU PROGRAMME DE PCI DANS LE PLAN STRATÉGIQUE DE L'ORGANISATION DE SOINS DE SANTÉ

Une approche organisationnelle exhaustive à grande échelle est nécessaire pour s'assurer de la mise en place d'un programme de PCI efficace. Un tel programme ne peut être mis au point par une seule équipe de spécialistes, ni par un groupe isolé d'experts engagés¹⁶³. Le programme de PCI relève principalement, dans l'organisation de soins de santé, de l'administration supérieure de cette dernière. Le PDG au sein de la structure de leadership d'une organisation manifeste à son égard engagement et leadership¹⁶³.

Les dirigeants de l'organisation de soins de santé appuient l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels du programme de PCI, dans le but de concrétiser le plan stratégique du programme et d'atteindre ses buts et objectifs, et pour guider les activités quotidiennes⁴⁹. La mise en œuvre du programme est non seulement du ressort de l'équipe de PCI, mais aussi de celui des gestionnaires des soins infirmiers, des services environnementaux, des services de santé au travail, des directeurs des services médicaux, du retraitement central et d'autres services ainsi que des personnes, dans l'établissement, qui sont touchées par sa prestation^{47, 49}.

NORME N° 64

Le conseil d'administration doit reconnaître le programme de PCI comme faisant partie intégrante du plan stratégique de l'organisation de soins de santé pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients et du personnel.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

3.1.3 POSITIONNEMENT ET RAPPORTS HIÉRARCHIQUES DU PROGRAMME DE PCI

Le programme de PCI est essentiel à l'organisation de soins de santé. Le positionnement des rapports hiérarchiques du programme au sein d'une organisation influe sur la capacité du programme à y instituer des changements. La direction du programme de PCI doit rendre compte directement au conseil d'administration. Il doit au strict minimum y avoir reddition de comptes à un échelon supérieur rejoignant tous les services au sein de l'organisation de soins de santé, par exemple la gestion du risque/de la qualité.

Il apparaît que la direction a adéquatement positionné le programme de PCI dans l'organisation de soins de santé, de sorte qu'il soit le plus fonctionnel possible en termes d'utilisation, et soit responsabilisé par rapport à l'ensemble des services. Les cadres supérieurs peuvent expliquer pourquoi le programme de PCI est ainsi positionné, et en quoi ce positionnement génère les résultats les plus positifs pour l'organisation (p. ex., pourquoi il relève de la gestion du risque plutôt que des soins infirmiers ou du laboratoire). Le programme de PCI doit être appliqué avec cohérence à l'échelle de l'organisation.

NORME N° 65

Le programme de PCI doit être positionné dans l'organisation de sorte que l'information soit efficacement relayée à la haute direction.

Fondement logique

ASPC

3.1.4 RISQUE CLINIQUE LIÉ AU PROGRAMME DE PCI

La qualité clinique et la sécurité des patients sont importantes pour les organisations de soins de santé⁷⁸. Les IASS représentent, après les erreurs dans l'administration de médicaments, l'événement indésirable le plus courant chez les patients hospitalisés⁶. La réduction des risques cliniques – par la prévention et le contrôle des infections, par exemple – donne lieu à la prestation de soins sécuritaires et efficaces.

Les taux d'infection et d'autres données hospitalières brutes sur des éléments clés comme le nombre de décès, les complications chirurgicales, les complications qu'ont connues des patients et la satisfaction de ces derniers constituent des indicateurs de rendement clés à fournir aux conseils d'administration, afin qu'ils puissent déterminer si les soins s'améliorent⁸⁰. L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), par l'intermédiaire de ses initiatives Des soins de santé plus sécuritaires, maintenant! reconnaît plusieurs stratégies de programme de PCI pour réduire l'incidence de la morbidité et de la mortalité évitables associées à la prestation de soins de santé¹⁶⁴⁻¹⁶⁶.

Le rôle critique du programme de PCI dans la sécurité des patients est aussi reconnu par les organismes d'agrément, dont l'objectif en matière de sécurité des patients consiste à réduire le risque d'IASS et l'incidence de ces infections dans l'ensemble du continuum de soins⁷⁷. Agrément Canada exige que les hôpitaux procèdent à une évaluation des risques pour cerner les activités à haut risque et adopter les mesures qui s'imposent. Ces activités comprendraient par exemple l'exécution de procédures médicales produisant des aérosols, le nettoyage de liquides renversés, la manutention d'échantillons et d'objets pointus ou tranchants et l'exposition à des déchets contaminés⁴⁹.

Les organisations de soins de santé doivent⁴⁹ :

- adhérer aux lignes directrices de PCI et aux recommandations faisant consensus;
- dispenser l'éducation et la formation appropriées au personnel en matière de PCI;
- surveiller les taux d'infection et utiliser cette information aux fins de comparaison, dans l'ensemble de l'organisation et en dehors;
- formuler et mettre en œuvre des stratégies de réduction du risque, en tenant compte des lois pertinentes et des lignes directrices publiées;
- poser en continu des actions visant à améliorer davantage leurs processus.

Une approche de gestion intégrée du risque est utilisée pour atténuer et gérer les risques associés à la PCI dans l'organisation⁴⁹. Le conseil d'administration est manifestement au courant que des mécanismes de surveillance du risque sont en place dans chaque domaine clinique, et que chaque domaine est responsable du respect des protocoles et procédures du programme de PCI⁸¹. Des

indicateurs de processus et de résultats pour les patients et le personnel en ce qui concerne la PCI (p. ex. taux d'hygiène des mains, taux d'infection liée à un dispositif) font l'objet de rapports réguliers au conseil d'administration, sont diffusés dans toute l'organisation et communiqués aux parties intéressées externes. Les PPCI participent à l'élaboration d'indicateurs de rendement clés pour le personnel en ce qui concerne le programme de PCI⁸¹.

Les dirigeants de l'organisation de soins de santé évaluent les risques et les possibilités cernés en matière de PCI et intègrent, dans le plan stratégique, des stratégies pour y donner suite⁴⁹. Ils comprennent l'environnement organisationnel et considèrent tout changement prévu susceptible de constituer un risque pour la PCI ou de présenter une possibilité pour l'organisation⁴⁹. Des mécanismes sont en place pour informer le conseil d'administration des mesures de contrôle de PCI ayant été mises en œuvre⁸¹.

NORME N° 66

L'organisation de soins de santé doit avoir un processus structuré pour atténuer les risques de maladie infectieuse.

Fondement
logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, NICE

3.2 Administration du programme de PCI

3.2.1 ÉLABORATION DU PROGRAMME DE PCI

Le programme de PCI relève principalement, dans l'organisation de soins de santé, de l'administration supérieure de cette dernière. La mise en œuvre du programme est non seulement du ressort de l'équipe de PCI, mais aussi des gestionnaires des soins infirmiers, des services environnementaux, des services de santé au travail, des directeurs des services médicaux, du retraitement central et d'autres services et personnes de l'établissement touchés par sa prestation⁴⁷.

Le soutien continu du programme de PCI représente une priorité organisationnelle.

Avant de mettre en œuvre un programme de PCI et périodiquement par la suite, un **examen initial de l'organisation de soins de santé dans son ensemble (évaluation du risque organisationnel)** est effectué, pour cerner les forces, les faiblesses, les possibilités et les menaces liées aux pratiques de PCI (il s'agit, autrement dit, d'une analyse FFPM). Les résultats de cette analyse servent à hiérarchiser les besoins du programme et sont stratégiquement alignés avec les priorités organisationnelles. Il y a un processus dynamique suffisamment souple pour s'adapter à des besoins organisationnels en constante évolution⁴⁷.

L'exécution d'une évaluation initiale du risque organisationnel est essentielle à l'élaboration d'un programme de PCI efficace.

Afin d'atteindre ces buts de façon économique, un programme de PCI actif et efficace à l'échelle de l'organisation est planifié et élaboré grâce à un soutien multidisciplinaire et au soutien de la haute direction^{47, 167}.

Il est peu probable que des changements dans la pratique surviennent sans un soutien administratif et des efforts multidisciplinaires¹⁶⁸. Le programme de PCI ne peut être élaboré et mis en œuvre par le personnel de PCI à lui seul, sans les commentaires et suggestions et le soutien d'autres services dans l'organisation de soins de santé. Une des exigences d'Agrément Canada est que « l'organisation adopte une approche collaborative en ce qui concerne le soutien du programme de PCI⁴⁹ » [traduction].

Cela veut dire que les fonctions du programme de PCI sont planifiées, élaborées et évaluées par une équipe ou un comité de PCI dont les membres proviennent de différentes disciplines^{47, 49}. Le programme de PCI exige la responsabilisation de tous les domaines et le soutien de l'ensemble de l'organisation⁴⁷.

La collaboration entre le programme de PCI et les autres services ainsi que de bonnes relations de travail sont essentielles¹⁶⁹. Les activités de PCI sont liées à celles d'intervenants clés dans l'organisation⁴⁷. Par exemple, le personnel de PCI est représenté au comité mixte d'hygiène et de sécurité de l'établissement, et le volet « PCI » du programme des services de santé au travail doit être développé conjointement par le personnel de ces services et celui de la PCI⁴⁷. La constitution de comités d'amélioration de la qualité multidisciplinaires dans une organisation de soins de santé comprend la représentation de la PCI¹⁷⁰.

Les activités du programme de PCI reposent sur une approche d'amélioration continue de la qualité dans le cadre de laquelle les processus et résultats sont continuellement examinés et améliorés⁴⁷. Le programme de PCI est planifié et élaboré à partir des priorités organisationnelles, des exigences prévues par la loi, de données probantes et de pratiques exemplaires⁴⁹. Dans les dernières années, l'accroissement des ressources allouées aux programmes de PCI semble avoir été provoqué par des crises¹⁷¹ (p. ex. syndrome respiratoire aigu sévère en Ontario, éclosion de *C. difficile* au Québec), et les ressources sont souvent réaffectées une fois la crise passée. Les livrables du programme de PCI sont fondés sur l'acuité et l'activité de l'organisation de soins de santé, et le volume et la complexité des travaux des PPCI⁴⁷.

Une évaluation du risque organisationnel est menée annuellement¹³³, quel que soit le type d'organisation de soins de santé. Une évaluation systématique continue du risque organisationnel est importante pour assurer la cohérence des protocoles, des procédures et des programmes à l'échelle de l'organisation de soins de santé, faire en sorte qu'ils atteignent leurs objectifs et soient conformes aux règlements actuellement applicables^{49, 133}.

La fiabilité, la validité et l'application de la pratique de PCI sont évaluées et comparées à la documentation publiée et à des pratiques exemplaires reconnues⁴⁹ :

- La documentation publiée en matière de PCI fait l'objet d'un examen critique lors de l'élaboration du programme et des services de PCI.
- Les données de surveillance et données épidémiologiques sont analysées pour guider les processus de PCI.
- Les exigences nationales, régionales et prévues par la loi sont intégrées aux protocoles et

- aux procédures de PCI.
- Les lacunes et les priorités en matière de PCI sont régulièrement évaluées pour déterminer la conformité avec les pratiques exemplaires au moyen d'indicateurs/repères de qualité appropriés. Cela pourrait faire partie de la surveillance des processus ou des résultats.
- Les registres ou statistiques de PCI sont analysés en vue de cerner les tendances et les besoins.

Plusieurs documents décrivent dans le détail les différents éléments d'un programme de PCI :

- *Les Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario* du CCPMI, 3^e édition, mai 2012. Disponibles sur le site Web : http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/BP_IPAC_Ontario_HCSettings_2012.pdf
- Organisation mondiale de la Santé : *Principaux volets des programmes de lutte contre l'infection*, accessible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70229/1/WHO_HSE_EPR_2009.1_fre.pdf.

NORME N^o 67

Le programme de PCI doit être élaboré en collaboration avec des intervenants clés dans l'organisation de soins de santé.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

NORME N^o 68

Les livrables du programme de PCI doivent être fondés sur l'acuité, la complexité et les activités de soins de l'organisation de soins de santé.

Fondement logique

ASPC, CCPMI

3.2.2 BUTS ET OBJECTIFS DU PROGRAMME DE PCI

Le but d'un programme de PCI qui fonctionne consiste à protéger les patients, le personnel et les visiteurs contre les IASS et ainsi améliorer les taux de survie, réduire la morbidité associée aux infections, abrégier les séjours à l'hôpital⁴⁷ et éviter que le personnel perde du temps.

Les buts du programme de PCI reposent sur des données probantes^{43, 170, 172} et sont assortis d'objectifs mesurables examinés annuellement et révisés en fonction des changements dans le programme et de l'évaluation du risque de problèmes associés à la PCI^{43, 47, 173}. Ces buts sont pertinents pour les activités de soins de tout le spectre des organisations de soins de santé, y compris les soins actifs, les soins continus complexes, les hôpitaux de réadaptation, les foyers de soins de longue durée, le contexte ambulatoire et les programmes de soins à domicile^{21, 120, 174}. Les

but du programme de PCI cadrent avec les exigences prévues par la loi⁸¹. Ces buts doivent être présentés à la haute direction et au conseil d'administration et bénéficier de leur appui.

Le programme de PCI s'étend à l'ensemble de l'organisation de soins de santé, avec des objectifs clairement définis en collaboration avec d'autres membres de cette dernière. Au nombre des objectifs essentiels figurent notamment les suivants :

- Les buts du programme de PCI font l'objet d'un examen annuel.
- Les buts du programme de PCI sont soutenus et suivis par la haute direction et le conseil d'administration.
- Les initiatives du programme de PCI sont évaluées à intervalles appropriés et les livrables, révisés suivant les besoins, ce qui résulte en l'évaluation et en l'amélioration continues du programme de PCI.
- Un processus est en place pour gérer les données et les renseignements critiques, y compris pour la surveillance des IASS.
- Une approche coordonnée est employée pour une gestion efficace du programme de PCI. La responsabilité et l'autorité sont déléguées à des personnes capables de fournir les résultats nécessaires, les questions liées aux infections et les pratiques pertinentes étant communiquées rapidement à la direction ainsi qu'au personnel, pour faciliter l'amélioration.
- Les services du programme de PCI, tant proactifs que réactifs (y compris l'éducation et la formation en la matière), sont coordonnés et dispensés par le personnel de PCI de concert avec des partenaires dans l'ensemble de l'organisation de soins de santé.
- Des pratiques, des normes et des lignes directrices fondées sur des données probantes sont mises en œuvre par l'intermédiaire de protocoles et de processus propres à l'organisation.
- Il y a une réaction rapide aux éclosions, à tous les paliers au sein de l'organisation de soins de santé.
- Il y a une intervention efficace en cas d'incidents majeurs liés à la PCI.
- Des populations ciblées sont cernées pour des interventions préventives dans le cadre du programme de PCI (p. ex. par la surveillance des processus et des résultats).

NORME N° 69

Les buts du programme de PCI doivent être fondés sur des données probantes.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

NORME N° 70

Les buts du programme de PCI doivent être assortis d'objectifs mesurables faisant l'objet d'un examen/d'une révision annuellement.

Fondement logique

CCPMI, Madani

3.2.3 COMITÉ DE PCI

L'équipe de PCI dans l'organisation de soins de santé jouit du soutien d'un comité de prévention et de contrôle des infections ou d'un groupe de travail structuré de façon à inclure des représentants des parties intéressées et des partenaires dans l'ensemble de l'organisation⁴⁹ y compris, sans s'y limiter, les PPCI, les services de santé au travail, les services environnementaux/d'entretien, les soins infirmiers de même que des représentants médicaux de programmes cliniques clés comme les maladies infectieuses, la microbiologie, la santé publique locale et la haute direction¹²⁰. Ce comité multidisciplinaire rend des comptes au conseil d'administration par l'intermédiaire du comité consultatif médical (dans le cas d'hôpitaux) ou de la haute direction⁴⁷. Il s'agit là de la structure de comité officielle exigée pour tous les établissements et organismes agréés par Agrément Canada⁴⁹.

Le comité de PCI est responsable^{47, 49} :

- de l'établissement annuel des buts et de la planification stratégique pour le programme de PCI et pour le comité lui-même;
- de veiller à ce que le programme de PCI satisfasse aux exigences et aux normes actuelles prévues par la loi, de même qu'aux exigences de l'établissement;
- de militer pour l'affectation des ressources nécessaires à l'atteinte des buts du programme;
- de prodiguer, à titre d'expert, des conseils sur des questions controversées (p. ex. l'incidence de la fermeture de services cliniques en raison d'éclosions);
- d'examiner les initiatives d'assurance de la qualité, de gestion des risques et de sécurité des patients liées aux IASS;
- d'évaluer le programme de PCI.

La fréquence des réunions du comité de PCI devrait être déterminée en fonction :

- des objectifs du programme de PCI;
- des exigences d'Agrément Canada (dans le cas d'établissements agréés);
- des exigences des lois provinciales;
- du temps nécessaire à un examen efficace des données de surveillance du programme de PCI et à l'exécution des analyses connexes;
- des processus d'approbation des politiques;
- du temps requis pour une surveillance efficace des buts et des activités du programme^{175, 176}.

Un processus est en place pour faire en sorte que les éléments ou questions présentés au comité de PCI aux fins d'examen soient traités sans délai. Il y a un suivi adéquat par rapport aux questions importantes, particulièrement celles liées à la gestion des risques ou à la sécurité des patients.

Le cadre de référence du comité de PCI est examiné annuellement pour vérifier que les membres du comité représentent adéquatement les besoins du programme de PCI dans l'organisation de soins de santé, et que les buts du comité ont été atteints.

NORME N° 71

Il doit y avoir un comité de PCI multidisciplinaire relevant de la haute direction, aux fins d'appui au programme de PCI.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

NORME N° 72

Le comité de PCI doit établir des buts annuels pour le programme de PCI, militer pour l'affectation de ressources permettant de les atteindre, examiner les initiatives d'amélioration de la qualité du programme de PCI et évaluer la réalisation de ses livrables.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

3.2.4 GESTION DE L'INFORMATION EN MATIÈRE DE PCI

Des systèmes de données, d'information et de connaissance sont prévus pour offrir un service fiable en temps opportun et appuyer les objectifs du programme de PCI tout en répondant à ses besoins internes et externes¹⁷⁷. La surveillance des IASS est une composante importante du programme de PCI, qui exige toutefois beaucoup d'efforts. La mise en place d'un programme de surveillance automatisé a pour avantage d'accroître l'exactitude des résultats et la rapidité avec laquelle ils sont générés, sans toutefois qu'autant d'efforts doivent être déployés¹⁷⁸. L'accès électronique aux données constitue le fondement d'un système de surveillance électronique⁷².

Les protocoles et les systèmes de gestion de l'information du programme de PCI satisfont les besoins actuels en matière d'information, prévoient les besoins à venir et améliorent le rendement organisationnel. Des ordinateurs leur sont spécialement réservés au service de PCI. Là où cela s'avère pertinent, de nouvelles technologies, des innovations et de nouvelles pratiques sont intégrées aux protocoles et procédures⁸¹ (p. ex. utilisation d'appareils portatifs pour recueillir des données de surveillance et d'audit).

A. Plan de gestion de l'information du programme de PCI

Un plan de gestion de l'information du programme de PCI détermine comment le programme^{74, 177} :

- définira et hiérarchisera les besoins en information actuels et futurs⁷⁴; les programmes de PCI auront différents besoins en fonction des buts du programme et des mandats individuels;
- capturera, analysera, entrera et transmettra des données;
- rapportera des résultats de données exacts d'une façon normalisée, en interne et, lorsqu'il y a lieu, à l'externe;
- appuiera, éduquera et formera le personnel de PCI dans le traitement et l'utilisation de l'information, y compris l'utilisation optimale de la technologie (ordinateurs, logiciels, équipement de communication, utilisation d'appareils portatifs pour la collecte de données);

- gèrera la capacité d'intensification advenant des éclosions, des situations d'urgence et des catastrophes;
- intégrera la souplesse aux fins de gestion du changement et des besoins futurs;
- maintiendra la confidentialité, l'intégrité et la sécurité des données⁷⁴;
- gèrera la conservation des documents et le stockage de l'information.

NORME N° 73

Les protocoles et les plans de gestion de l'information du programme de PCI doivent satisfaire les besoins actuels en matière d'information, prévoir les besoins à venir et améliorer le rendement du programme de PCI.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, ISQua

NORME N° 74

L'utilisation des renseignements confidentiels de patients aux fins du programme de PCI doit être conforme aux lois fédérales et provinciales et aux normes éthiques de confidentialité et de protection de la vie privée.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, lois et règlements fédéraux/provinciaux/territoriaux sur la protection de la vie privée

B. Conservation des documents et stockage de l'information

Les données, l'information et les ressources du savoir sont stockées de façon à en assurer la facilité d'accès¹⁷⁷. Des processus sont en place pour la récupération des données et systèmes de données en cas de catastrophe ou de défaillance des systèmes.

Les documents se rapportant au programme de PCI sont conservés pour la durée approuvée par l'organisation (p. ex. au moins trois ans). Sont notamment visés par cette directive les rapports d'enquête, les procès-verbaux des réunions du comité de PCI, les registres d'éducation et de formation, les statistiques et les bases de données épidémiologiques¹⁷⁹.

3.2.5 RESSOURCES DU PROGRAMME DE PCI

Vandijck⁷⁷ a insisté sur l'importance d'investir dans des programmes de PCI, ce qui comprend l'affectation des ressources nécessaires à des programmes optimaux. En 2003, Zoutman¹² et coll. ont montré une corrélation positive entre les programmes de PCI adéquatement pourvus en ressources et l'ampleur de la surveillance des infections effectuée en contexte de soins actifs. Il a été prouvé qu'une surveillance accrue des IASS et une éducation ciblée en matière de PCI avaient un effet positif sur la réduction des taux d'IASS³³.

Les ressources des programmes de PCI sont à la fois matérielles, financières et humaines. Les ressources nécessaires au soutien du programme de PCI dépendent de la taille de l'organisation, du type de services fournis et du mandat du programme⁴⁹.

Il est essentiel que l'organisation de soins de santé appuie un programme fonctionnant efficacement et adéquatement pourvu en ressources, qui visera à améliorer la sécurité des patients et des travailleurs de la santé. En plus du matériel et des ressources financières, il faut des professionnels certifiés dans le contrôle des infections⁴⁷. Les ressources du programme de PCI font l'objet d'un examen régulier (c.-à-d. annuel).

NORME N° 75 *L'organisation de soins de santé doit examiner régulièrement les ressources nécessaires au soutien du programme de PCI.*

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, ASPC

A. Accès aux services de laboratoires de microbiologie

Le programme de PCI a accès à un laboratoire de microbiologie agréé qui appuie le programme de surveillance en signalant tous les isolats microbiologiques significatifs (p. ex. hémocultures et cultures respiratoires positives, détection rapide d'organismes antibiorésistants) dans un format pratique et accessible afin de faciliter l'identification des IASS par le personnel de PCI^{47, 49}. Idéalement, le personnel de PCI peut accéder aux systèmes de données de microbiologie de lui-même, depuis ses propres ordinateurs, ou par l'intermédiaire de liens de données directs avec les programmes de données de PCI.

Le laboratoire de microbiologie dispose des ressources nécessaires pour offrir des délais d'exécution rapides en ce qui concerne des microorganismes à haut risque comme *C. difficile* et aider à enquêter sur les éclosions en temps opportun.

NORME N° 76 *Le programme de PCI doit avoir le soutien d'un laboratoire de microbiologie agréé.*

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

B. Exigences budgétaires

Des ressources appropriées sont affectées au programme de PCI de façon soutenue, en continu. Il y a un budget suffisant pour financer le programme, qui comprend⁴⁷ :

- des ressources intellectuelles (p. ex. livres, manuels, lignes directrices, ressources en ligne, abonnements), y compris le maintien de ces ressources;
- des ressources matérielles (p. ex. matériel de bureau, matériel électronique comme des ordinateurs et des logiciels, matériel d'éducation et de formation, matériel audiovisuel);
- des ressources humaines (p. ex. médecin œuvrant dans le domaine de la PCI, PPCI, soutien administratif);
- la formation continue (p. ex. participation à des congrès, téléconférences, vidéoconférences, webinaires, cours de formation).

NORME N° 77

Le programme de PCI doit se voir allouer des ressources financières appropriées.

Fondement logique

ASPC, CCPMI

C. Besoins en personnel

Du personnel possédant une expertise en matière de PCI se trouve à la disposition de l'organisation de soins de santé, sur les plans clinique et organisationnel. La direction appuie les objectifs du programme de PCI de l'organisation, et le personnel de PCI se trouve soutenu pour dispenser des services de qualité⁵⁶.

Soutien administratif

L'organisation de soins de santé fournit une aide administrative au programme de PCI⁴⁷. Le personnel de soutien permet aux PPCI de voir à la satisfaction des besoins du programme de PCI hors du bureau. En fonction de la complexité du programme de PCI, le soutien administratif pourrait comprendre l'élaboration de documents, la saisie de données de surveillance dans des bases de données, la consignation des procès-verbaux de réunions, l'élaboration de matériel de présentation (p. ex. brochures, fiches de renseignement, affiches), la réponse aux courriels et aux appels téléphoniques et l'impression de matériel.

NORME N° 78

Le programme de PCI de l'organisation doit avoir suffisamment de personnel de soutien pour atteindre ses buts.

Fondement logique

ASPC, CCPMI

Professionnel de la prévention et du contrôle des infections (PPCI)

Les titulaires d'un poste de PPCI se consacrent exclusivement à celui-ci. Quelle que soit la taille de l'établissement, le nombre attendu d'heures par semaine consacrées à la prévention et au contrôle des infections doit être clairement énoncé et protégé⁴⁷.

Les niveaux de dotation en ce qui concerne les PPCI sont liés au type de services de soins fournis par l'organisation de soins de santé et varieront en fonction du volume, de la complexité et de l'acuité. La dotation ne devrait pas reposer exclusivement sur le nombre total de lits^{47, 49}. Les recommandations suivantes ont été publiées⁴⁷ :

- un ratio minimal de 1 équivalent temps plein (ETP) en PCI par 115 lits en soins actifs¹⁸⁰;
- un ratio minimal de 1 ETP en PCI par 100 lits en soins actifs occupés, s'il y a des activités à risque élevé (p. ex. la dialyse)¹⁸¹⁻¹⁸³;
- un ratio supplémentaire de 1 ETP en PCI par 30 lits en soins actifs sera envisagé lorsque le suivi hémodynamique et la ventilation sont régulièrement effectués;
- un ETP en PCI par 150 lits de soins de longue durée occupés lorsqu'il y a des patients ventilés, des patients souffrant de lésions de la moelle épinière et subissant une dialyse ou toute autre activité à acuité élevée²²;
- un ETP en PCI par 150 à 200 lits dans d'autres organisations, selon les niveaux d'acuité.

Les nouveaux PPCI sont inscrits à un programme de formation en PCI approuvé (d'un minimum de 80 heures) dans les six mois suivant leur entrée dans la profession³⁸ (p. ex. le programme en ligne de base de PCI Canada, accessible à l'adresse suivante :

http://www.ipac-canada.org/educ_IPACcourse.php)

et bénéficient du mentorat par un PPCI expérimenté après leur embauche. Lorsqu'un nouveau PPCI n'a pas d'expérience antérieure en matière de PCI, le mentorat lui est immédiatement offert. Il a été estimé qu'il faut au moins cinq ans à un PPCI pour être entièrement en mesure de gérer 80 % des problèmes susceptibles de se présenter, étant donné la portée et le caractère variable des problèmes de PCI. Les PPCI sont encouragés à joindre leur association professionnelle (c.-à-d. PCI Canada).

Il faut au moins cinq ans à un PPCI pour être entièrement en mesure de gérer 80 % des problèmes susceptibles de se présenter, étant donné la portée et le caractère variable des problèmes de PCI qui pourraient survenir.

On s'attend à ce que le PPCI continue à essayer de s'éduquer et d'accroître ses connaissances et compétences en lien avec le programme de PCI dans les domaines suivants³⁸:

- Épidémiologie, y compris gestion des éclosions
- Maladies infectieuses
- Microbiologie
- Pratiques de soins aux patients
- Asepsie
- Désinfection/stérilisation
- Santé au travail
- Planification/construction d'installations
- Préparation aux situations d'urgence
- Principes d'apprentissage/éducation
- Communication
- Évaluation des produits
- Technologie de l'information
- Administration du programme
- Questions législatives/élaboration de politiques
- Recherche

Le titre de CIC^{MD} (titulaire de la certification en contrôle des infections) peut être obtenu auprès du Certification Board of Infection Control and Epidemiology (CBIC). Pour de plus amples renseignements :

<http://www.cbic.org/>

PCI Canada appuie, à titre d'exigence fondamentale pour le poste de PPCI, l'obtention et le maintien de la certification en prévention et en contrôle des infections (CIC^{MD}) du Certification Board of Infection Control and Epidemiology Inc. (CBIC). La certification signifie que le bloc de connaissances spécialisées nécessaires à l'exécution compétente de la pratique de PCI actuelle a été atteint et maintenu. Un PPCI se prépare à la certification par une combinaison de cours reconnus, de mentorat en cours d'emploi et d'apprentissage tout au long de sa vie. Le titre de CIC^{MD} doit être obtenu après deux à cinq ans à assumer les rôles et responsabilités de prévention et de contrôle des infections¹⁸⁴.

L'organisation de soins de santé compte au moins un PPCI titulaire de la certification en contrôle des infections (CIC^{MD}), ou qui obtiendra la certification lorsqu'il y sera admissible, en fonction de l'acuité de l'établissement^{38, 47}. Une éducation est dispensée, permettant aux nouveaux PPCI d'obtenir la désignation CIC^{MD}⁴⁷ et de maintenir la certification.

NORME N^o 79

L'organisation de soins de santé doit consacrer et protéger un nombre approprié d'heures de PPCI au programme de PCI, en fonction de l'acuité et du volume de soins en son sein.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

NORME N° 80***Les PPCI doivent être appuyés par l'organisation de soins de santé pour maintenir la compétence dans la pratique de la PCI.***

Fondement logique

ASPC, PCI Canada/APIC

NORME N° 81***Les PPCI doivent être certifiés en prévention et en contrôle des infections lorsqu'ils sont admissibles à la certification.***

Fondement logique

CCPMI, PCI Canada/APIC

Médecin en PCI

L'organisation de soins de santé a accès à un médecin qualifié œuvrant dans le domaine de la PCI, qui possède des connaissances, une expertise et une formation par rapport aux éléments du programme de PCI^{47, 49}. Le médecin en PCI travaille avec les PPCI pour formuler des commentaires et suggestions relativement au programme et apporter son soutien dans le cadre de ce dernier. Il est aussi avantageux d'avoir accès à un épidémiologiste pour aider à la gestion des données lors d'importantes éclosions.

Les milieux de soins actifs ont un médecin interne ou contractuel possédant des connaissances et une expertise en matière de PCI, pour appuyer le programme de PCI et mobiliser la communauté médicale dans les activités de ce dernier²¹. Un médecin spécialisé dans les maladies infectieuses ou un autre médecin qui connaîtrait ces maladies pourrait apporter ce soutien. Les installations de soins de longue durée devraient envisager, au minimum, la consultation d'un médecin formé en PCI¹²⁰. Le médecin doit avoir suivi une formation spécialisée de niveau supérieur par rapport aux éléments du programme de PCI. Dans de nombreux hôpitaux et foyers de soins plus petits, le médecin hygiéniste local peut agir en tant que médecin ressource en matière de PCI pour le programme de PCI.

Des membres du personnel médical d'autres spécialités pourraient agir comme champions du programme de PCI. Du temps protégé est alloué pour atteindre les objectifs définis dans ce rôle⁸¹.

NORME N° 82***L'organisation de soins de santé doit avoir accès à un médecin qualifié œuvrant dans le domaine de la PCI, qui formulera des commentaires et suggestions relativement au programme de PCI.***

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, Haley

D. Exigences relatives à la formation continue

L'organisation de soins de santé veille à ce que les PPCI maintiennent leurs connaissances et compétences par une formation continue propre à leur activité professionnelle et par le renouvellement de leur certification en contrôle des infections tous les cinq ans⁴⁷. La compétence continue peut être maintenue de façon officielle par des cours en ligne, des congrès locaux ou nationaux et des webinaires, ou par des méthodes informelles telles que l'apprentissage indépendant, le réseautage avec des collègues ou le mentorat. Cet apprentissage s'effectue en continu⁸¹.

Les PPCI se tiennent au courant des plus récentes pratiques exemplaires en matière de PCI par des recherches fondées sur des données probantes, par consensus et à partir des lignes directrices établies^{36, 38}. Les conclusions des recherches publiées sont intégrées à l'organisation de soins de santé dans le cadre de la pratique, de l'éducation ou de la consultation^{36, 38}. Les données probantes issues de la recherche comprennent des rapports sur des études épidémiologiques informelles, p. ex. les enquêtes sur les éclosions/grappes et les conclusions tirées de la surveillance. Les PPCI recueillent, colligent, analysent et synthétisent des données et de l'information qualitatives et quantitatives, recourant pour ce faire à des méthodes appropriées¹⁰⁷, et communiquent leurs résultats aux gens avec qui ils travaillent et à d'autres collègues pour améliorer la connaissance et susciter des améliorations³⁸.

Les équipes de travail et le personnel de PCI sont soutenus dans leurs entreprises, connaissances et pratique en la matière. Les ressources de formation en PCI font l'objet d'un examen régulier visant à en assurer la cohérence avec des données probantes établies et avec les normes professionnelles et normes de qualité du milieu de travail⁸¹.

E. Exigences techniques/intellectuelles

L'organisation veille à la disponibilité de ressources cruciales pour appuyer le programme de PCI comme l'exigent la loi, les pratiques exemplaires et le plan stratégique organisationnel^{47, 49}. L'accès facile aux systèmes de données de l'organisation et la possibilité d'en extraire facilement de l'information sont essentiels au soutien de fonctions clés du programme de PCI, comme la surveillance et l'enquête sur les éclosions. Le personnel de PCI reçoit la formation et le soutien nécessaires lorsque du nouvel équipement électronique ou des logiciels sont installés.

Extraction d'information (information entrante)

Les sources desquelles extraire de l'information aux fins du programme de PCI comprennent :

- l'accès facile aux données démographiques des systèmes d'information de l'organisation (p. ex. dossiers médicaux électroniques, résultats de laboratoire, systèmes de pharmacie) et la possibilité de les en extraire facilement;
- les normes, lignes directrices et pratiques exemplaires pertinentes nécessaires à l'élaboration du manuel du programme de PCI et d'autres protocoles et procédures;
- des liens avec d'autres plans organisationnels, comme les plans stratégiques, des activités et de la qualité¹⁷⁷.

Analyse de l'information (traitement de l'information)

Les données et l'information sont analysées et les résultats servent à éclairer la prise de décisions, permettant l'atteinte des objectifs du programme¹⁷⁷. De robustes systèmes physiques sont nécessaires au soutien de la gestion des données.

Le personnel de PCI utilise les données analysées et l'information extraite pour :

- orienter les processus et la pratique en matière de PCI;
- orienter l'éducation et la formation;
- solliciter le soutien des patients et du public pour les activités de PCI (p. ex. taux d'hygiène des mains publiés).

Diffusion de l'information (information sortante)

L'équipe de PCI communique avec des collègues et des groupes externes pour la mise en commun d'information, le soutien professionnel et l'orientation. L'accès à de l'équipement de communication moderne (p. ex., intranet, Internet, téléconférence, vidéoconférence) est essentiel au maintien de ces éléments nécessaires du programme. L'accès peut se faire sur place, ou être combiné à celui d'autres emplacements, en un lieu centralisé au sein de l'organisation.

Les données et renseignements sont transmis à d'autres, dans la mesure où les exigences en matière de droit d'auteur sont respectées, et les autorisations appropriées, reçues. Dans le cas de données personnelles, la confidentialité doit être préservée (p. ex. par l'utilisation de données non nominatives)¹⁷⁷.

Les ressources élémentaires nécessaires à la satisfaction des besoins intellectuels du programme de PCI sont les suivantes :

- accès à un ordinateur et à Internet;
- accès à des normes, à des lignes directrices, à des pratiques exemplaires et à des lois à jour et pertinentes, nécessaires à l'élaboration du manuel du programme de PCI et d'autres protocoles et procédures^{47, 49} (p. ex., organisations régionales, nationales et internationales telles que l'ASPC, la CSA, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), PCI Canada et l'OMS);
- accès au dossier médical électronique des patients dans les organisations où ce dernier est disponible. Idéalement, le personnel de PCI est en mesure de « signaler » par voie électronique les patients devant faire l'objet d'un suivi lors de visites subséquentes;
- accès aux dossiers électroniques des laboratoires et à d'autres systèmes d'information sur la santé (p. ex. les systèmes de pharmacie, les dossiers de chirurgie);
- moyen d'analyser les données électroniques de l'organisation en ce qui concerne les activités du programme de PCI (p. ex. pour la surveillance, l'analyse des éclosions);
- accès à des modes de communication électroniques pour la collaboration et la participation à des discussions de groupe, y compris le courrier électronique, des webinaires, la formation en ligne en matière de PCI, la consultation et la mise en commun de documents, la téléconférence ou la vidéoconférence;
- équipement électronique maintenu par du personnel des TI compétent.

NORME N° 83***Le personnel de PCI doit avoir accès aux ressources intellectuelles nécessaires pour satisfaire les fonctions du programme de PCI.***

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI

NORME N° 84***Le personnel de PCI doit disposer d'outils électroniques actuels, aux fins de soutien au programme de PCI.***

Fondement logique

ASPC, CCPMI

NORME N° 85***Le personnel de PCI doit avoir un accès électronique à des ressources de communication internes et externes, aux fins de collaboration et d'éducation.***

Fondement logique

ASPC, CCPMI

3.3 Gestion du rendement en matière de PCI

Une responsabilité partagée par rapport au contrôle des infections a été cernée par Jarvis⁵⁷ comme critique au changement de climat organisationnel pour le programme de PCI. Tous doivent être mobilisés dans le processus du programme. Il doit y avoir une responsabilité communale au sein de l'organisation, étayée par l'appui et le leadership du PDG et de la haute direction.

Comment la qualité en matière de PCI est-elle atteinte?

La prévention des infections chez les patients représente une vision et un objectif communs pour tous ceux qui travaillent dans les soins de santé. Holmes⁵⁶ fait valoir que l'ensemble du personnel doit comprendre son rôle, appuyé par un vaste engagement multidisciplinaire, avec un message clair à l'effet duquel tous, au sein de l'organisation, comptent, et la prévention des infections est l'affaire de chacun.

Le travail d'équipe, contrairement aux interventions individuelles, repose sur l'adaptabilité du leadership, la surveillance du rendement mutuel et le soutien. Des responsabilités précises liées à la PCI figurent dans les descriptions de poste du personnel, y compris celles des gestionnaires et des superviseurs. Le personnel, à tous les paliers, est capable d'expliquer comment son rendement en matière de PCI est évalué.

3.3.1 ÉVALUATION ET RESPONSABILISATION DE LA HAUTE DIRECTION

Les gestionnaires et les superviseurs sont responsables des initiatives de PCI touchant leur personnel et leurs patients, et doivent rendre des comptes les concernant. Les patients s'attendent à ce que le personnel possède les compétences et les connaissances nécessaires pour déployer des initiatives liées à la PCI dans leur domaine de travail. Il incombe à la haute direction de s'assurer que le personnel est formé aux pratiques de PCI et les maîtrise⁸¹.

La haute direction communique son engagement au programme de PCI au moins une fois l'an, par la surveillance de la conformité et l'évaluation du rendement du personnel⁸¹. Il y a manifestation communication régulière de la part du PDG relativement aux attentes de l'organisation par rapport au personnel, aux patients, aux bénévoles et aux visiteurs en ce qui concerne le programme de PCI⁸¹.

NORME N° 86

Les dirigeants de l'organisation de soins de santé doivent concevoir et mettre en œuvre un système de gestion de la qualité défini et intégré pour évaluer le rendement en matière de PCI et améliorer la qualité de la PCI dans l'organisation.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC

3.3.2 ÉVALUATION ET RESPONSABILISATION DU PERSONNEL DU PROGRAMME DE PCI

Le personnel du programme de PCI (PPCI, épidémiologistes, médecins) possède une expertise démontrée en matière de PCI. Les PPCI sont prêts à obtenir la certification en PCI dans les deux ans suivant leur embauche. Les responsabilités exactes des PPCI sont écrites dans les contrats de PCI, les descriptions d'emplois et les manuels du programme.

Des examens du rendement de l'ensemble du personnel de PCI sont menés à intervalles planifiés, p. ex. annuellement. L'examen du rendement comprend les éléments suivants⁶³ :

- une discussion relativement aux réalisations et aux possibilités d'amélioration;
- un plan de formation et d'éducation supplémentaires ainsi que de perfectionnement, pour améliorer le rendement du membre du personnel de même que ses perspectives de carrière;
- la reconnaissance des réalisations en matière de PCI (p. ex. renouvellement de la certification tous les cinq ans);
- l'assurance que la formation et les compétences en matière de PCI sont tenues à jour⁸¹.

Le résumé de l'évaluation finale est signé par la personne évaluée ainsi que par le gestionnaire/superviseur procédant à l'évaluation. L'organisation dispose aussi d'un processus en ce qui concerne le personnel dont le rendement serait inadéquat.

Les outils d'audit pour l'autoévaluation de la PCI pourraient également être utilisés par le personnel de PCI pour évaluer son rendement en la matière – notamment les outils d'audit pour l'autoévaluation de PCI Canada.

NORME N° 87

Les PPCI et le reste du personnel de PCI doivent faire preuve de compétence dans la prévention et le contrôle des infections.

Fondement logique

ASPC, ISQua, NICE

3.3.3 ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DU PERSONNEL, DE SA RESPONSABILISATION ET DE SON ADHÉSION AUX PRINCIPES DE PCI

La gestion du rendement comprend des activités visant à garantir l'atteinte constante des buts poursuivis, d'une manière efficace et efficiente. En matière de PCI, elle représente un processus de communication continu entre les superviseurs/gestionnaires et le personnel, tout au long de l'année, aux fins de soutien à l'atteinte des objectifs stratégiques du programme de PCI de l'organisation de soins de santé.

Un système de surveillance et d'amélioration de la conformité du personnel aux protocoles et procédures du programme de PCI est élaboré et mis en œuvre à tous les paliers de l'organisation de soins de santé. Il existe manifestement un cadre de responsabilisation approuvé par le conseil d'administration par rapport au programme de PCI. Ce cadre comprend l'attribution de responsabilités précises au personnel qui travaille dans des domaines cliniques ou entretient des contacts avec ces domaines, comme l'indiquent les descriptions de postes et les évaluations du rendement⁸¹.

L'ensemble du personnel travaillant dans des domaines cliniques dispose manifestement d'un plan d'évaluation et de perfectionnement impliquant la discussion par rapport aux questions et pratiques liées à la PCI, ce qui comprend des preuves que le personnel travaillant à la fois dans des domaines cliniques et non cliniques poursuit des objectifs clairs par rapport au programme de PCI, liés aux objectifs de l'organisation⁸¹.

La compréhension des principes de contrôle des infections est essentielle à la protection du personnel et des patients⁴⁰. Tous les employés doivent connaître leur rôle dans le programme de PCI. Les équipes de travail et membres individuels du personnel sont soutenus dans leurs entreprises, connaissances et pratique liées à la PCI.

Le rendement du personnel est régulièrement évalué, en partenariat avec chacun de ses membres, et l'évaluation est consignée⁴⁹. Les employés sont évalués en fonction de leur rendement individuel en matière de PCI, et l'adhésion aux pratiques de PCI fait partie de l'examen du rendement⁴⁷. On permet ainsi aux employés de comprendre leur contribution, de communiquer leurs opinions et de jouer un rôle actif par rapport aux processus et aux comportements problématiques. Tout porte à croire que le personnel reçoit une rétroaction par rapport à son rendement en matière de PCI. Il semble notamment qu'il reçoive un soutien pour s'acquitter de ses responsabilités à ce chapitre⁸¹.

Des audits des processus et des résultats sont utilisés pour surveiller l'efficacité d'employés, à titre individuel, et de groupes ou d'équipes. Le recours à une enquête sur la pratique et les connaissances dans le cadre du processus d'audit pour but d'évaluer le niveau de connaissance relativement au contrôle des infections, de déterminer si la perception de la connaissance reflète bien la réalité et d'évaluer si la connaissance est appliquée dans le milieu de travail⁴⁰. Les gestionnaires, sur place, effectuent des tournées pour observer et renforcer les pratiques et les comportements de PCI. Les résultats des audits de processus des pratiques et de la surveillance des pratiques de soins des patients sont intégrés à l'éducation et servent à évaluer l'efficacité des interventions éducatives^{21, 47}. Par exemple, le respect de l'hygiène des mains doit faire l'objet d'un audit, en vertu d'une exigence d'Agrément Canada. Les résultats sont communiqués au personnel, aux fournisseurs de services et aux bénévoles, et un plan est élaboré pour améliorer l'éducation et la formation⁴⁹.

NORME N° 88

Un programme de gestion du rendement en matière de PCI comportant un examen du rendement du personnel au chapitre de la PCI doit être évident dans l'organisation de soins de santé.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, CCPMI, lois et règlements des provinces et territoires sur la santé et la sécurité au travail

3.4 Mesure et évaluation du programme de PCI

Conformément aux exigences d'Agrément Canada, les améliorations de la qualité du programme de PCI sont considérées comme une priorité stratégique dans les organisations de soins de santé, et des ressources sont affectées pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité. Il incombe à l'équipe de haute direction de l'organisation⁷⁴ :

- de promouvoir l'apprentissage à partir des résultats de l'amélioration de la qualité;
- de prendre des décisions guidées par la recherche et les données probantes, les expériences des patients et du personnel et les résultats de l'amélioration continue de la qualité.

L'organisation de soins de santé surveille périodiquement la conformité aux protocoles et procédures du programme de PCI pour évaluer la sensibilisation et la conformité^{47,49}. Suivant les résultats, un programme d'amélioration de la qualité est ensuite formulé et mis en œuvre, en tenant compte des priorités, des objectifs et des ressources disponibles de l'organisation.

3.4.1 ÉVALUATION DU PROGRAMME DE PCI

Une évaluation interne du programme de PCI est effectuée afin de déterminer si les ressources du programme (financières, matérielles et humaines) sont adéquates pour l'atteinte de ses buts. La mise en œuvre d'un audit normalisé du programme de PCI (voir l'annexe pour un exemple) permettra de cerner les domaines où il y aurait place à l'amélioration¹⁸⁵ et mènera à d'importantes améliorations dans la pratique de la PCI¹⁸⁶. L'évaluation des processus et des résultats du programme de PCI est consignée, et des recommandations d'amélioration sont formulées à partir

de ces constatations. Il apparaît que les indicateurs de rendement clés dont on a convenu sont utilisés par le conseil d'administration pour surveiller le rendement du programme de PCI⁸¹. Cette évaluation comprend la mesure dans laquelle l'organisation de soins de santé, avec ses partenaires, parvient à atteindre les buts et objectifs de son programme de PCI.

L'évaluation externe du programme de PCI comprend la mesure dans laquelle l'organisation de soins de santé, avec ses partenaires, parvient à remplir son mandat et à atteindre ses buts, consistant à réduire le risque d'IASS et à améliorer la sécurité des soins de santé^{36, 47}. Les activités du programme de PCI reposent sur une approche d'amélioration continue de la qualité dans le cadre de laquelle les processus et résultats sont examinés et améliorés au moins une fois l'an⁴⁷. Les indicateurs de résultats reflètent l'efficacité de l'organisation de soins de santé dans la protection des patients, des travailleurs de la santé, des visiteurs et des autres personnes contre les IASS, et déterminent le rapport coût-efficacité des activités du programme⁴⁷.

Un processus est en place pour évaluer l'incidence d'une présence du personnel de PCI au sein d'un comité ou d'une équipe multidisciplinaire. Une façon de faire consisterait par exemple à démontrer un changement progressif soutenu dans le taux d'IASS suivant l'ajout d'un PPCI à l'équipe d'un service⁹⁰.

NORME N° 89 *Il doit y avoir un processus permettant d'évaluer la qualité du programme de PCI.*

Fondement logique Exigence d'Agrément Canada

3.4.2 AMÉLIORATION CONTINUE DANS LE PROGRAMME DE PCI

Un programme d'assurance de la qualité efficace comprend un apprentissage à partir des résultats obtenus⁸¹, qu'ils soient positifs, négatifs ou surprenants. Il devrait y avoir un équilibre entre l'apprentissage tiré des résultats et l'importance accordée au résultat ultime.

Les améliorations apportées, en continu, au programme de PCI devraient être guidées par les résultats de l'audit du programme par l'intermédiaire d'un plan d'action, d'une rétroaction et d'un nouvel audit^{51, 86, 93, 101, 185, 187, 188}. Les buts ciblés et le plan stratégique sont examinés et révisés de façon à refléter l'épidémiologie et les priorités changeantes de l'organisation de soins de santé.

Le processus permettant d'apporter des améliorations continues au programme de PCI comprend :

- du temps spécialement consacré à la réflexion par rapport aux résultats des audits et aux évaluations des programmes;
- la fourniture de mécanismes de rétroaction et de réflexion collectifs, tels que des séances d'information ou des groupes de discussion⁴⁹;
- l'établissement de plans d'action pour l'amélioration, assortis de délais d'exécution rapides, mais réalistes, en partenariat avec les parties intéressées et fondés sur des pratiques exemplaires;

- le fait de veiller à un soutien adéquat des échelons supérieurs pour la mise en œuvre des plans d'action, y compris à l'affectation des ressources nécessaires aux améliorations;
- la fourniture d'occasions d'éducation et d'accroissement de la sensibilisation, tant pour le personnel que la direction¹⁸⁶;
- la mise en œuvre de plans d'action, suivie de nouveaux audits^{51, 185, 187};
- la communication des leçons tirées au personnel, aux fournisseurs de services, aux patients et aux réseaux de pairs^{49, 189};
- la fourniture de ressources adéquates au programme de PCI lorsque de nouveaux programmes comportant des implications pour lui sont élaborés (p. ex. programme d'hygiène des mains à l'échelle de l'établissement, construction).

NORME N° 90

L'organisation de soins de santé doit apporter des améliorations continues à son programme de PCI.

Fondement logique

Exigence d'Agrément Canada, ASPC, NICE

Résumé des normes des programmes de PCI

SECTION 1 : CULTURE DE SÉCURITÉ EN MATIÈRE DE PCI DANS L'ORGANISATION DE SOINS DE SANTÉ

1.1 CULTURE DE PCI

1. Les dirigeants et le personnel de l'organisation de soins de santé doivent communiquer, donner l'exemple et s'investir et s'engager activement dans l'élaboration et le maintien d'une culture de prévention des infections dans l'ensemble de l'organisation.

1.2 MISSION, VISION ET VALEURS DU PROGRAMME DE PCI

2. Il doit y avoir une vision claire et le soutien du conseil d'administration à l'égard du programme de PCI dans l'organisation de soins de santé.

1.3 CHAMPIONS ET MODÈLES DE COMPORTEMENT DU PROGRAMME DE PCI

3. Des activités de programme de PCI et des campagnes de sensibilisation doivent être mises sur pied par l'établissement de partenariats et la collaboration avec des intervenants clés.
4. Une culture de PCI doit être promue, au sein de l'organisation de soins de santé, par l'engagement du personnel, des médecins, des bénévoles, de champions et de modèles de comportement.

1.4 CULTURE D'APPRENTISSAGE EN MATIÈRE DE PCI

5. Il doit y avoir, dans l'organisation de soins de santé, une culture d'apprentissage qui favorise l'éducation des gestionnaires, du personnel et des bénévoles en matière de PCI.

1.5 PCI SUR LE PLAN TRAVAIL-VIE

6. L'organisation de soins de santé doit démontrer un engagement à l'égard de stratégies travail-vie, pour la prévention des infections chez le personnel.

1.6 SÉCURITÉ DES PATIENTS

7. La sécurité des patients en ce qui a trait au programme de PCI doit constituer une priorité stratégique pour l'organisation de soins de santé.

SECTION 2 : PORTÉE DU PROGRAMME DE PCI

2.1 EFFETS DU PROGRAMME DE PCI, COLLABORATION ET ENGAGEMENT DANS LE CADRE DU PROGRAMME

8. Les besoins des parties intéressées internes et externes en ce qui concerne le programme de PCI sont cernés, mesurés, évalués et mesurés à nouveau sur une base régulière.
9. Le programme de PCI doit collaborer et établir une liaison avec des partenaires internes et externes.
10. Le programme de PCI doit avoir un processus de communication pour la transmission des renseignements urgents ou critiques en matière de PCI aux partenaires internes et externes.

2.2 ÉDUCATION À LA PCI

11. Un programme d'éducation en matière de PCI doit être offert annuellement et périodiquement suivant les besoins à l'ensemble du personnel travaillant dans l'organisation de soins de santé.
12. L'éducation en matière de PCI doit cadrer avec les priorités du programme de PCI de l'organisation de soins de santé.
13. Les programmes d'éducation en matière de PCI doivent comprendre les compétences fondamentales en PCI pour le personnel.
14. Les professionnels de la PCI doivent participer à l'élaboration des programmes d'éducation à la PCI de l'organisation de soins de santé, recourant pour ce faire aux principes de l'enseignement aux adultes et de l'apprentissage chez ces derniers.
15. Il doit y avoir un programme d'orientation en matière de PCI pour le nouveau personnel, les fournisseurs de services et les bénévoles qui effectuent des tâches liées à la PCI dans l'organisation de soins de santé.
16. L'éducation à la PCI doit être régulièrement évaluée, et le programme d'éducation, révisé en conséquence.
17. L'organisation de soins de santé doit appuyer le perfectionnement professionnel continu et fournir des ressources pour l'apprentissage continu à l'intention des professionnels de la prévention et du contrôle des infections.
18. L'organisation de soins de santé doit communiquer les renseignements pertinents en ce qui concerne l'atténuation des risques d'infection aux patients, aux fournisseurs de soins et aux visiteurs.

2.3 PROGRAMME DE SURVEILLANCE DE LA PCI

19. L'organisation de soins de santé doit avoir un programme de surveillance de la PCI ciblant sa population à risque.
20. Le programme de surveillance doit être adéquatement pourvu en ressources et géré par du personnel qualifié qui se verra allouer du temps à cet effet et disposera d'outils appropriés pour son exécution.
21. L'organisation de soins de santé doit suivre des indicateurs de résultats ciblés pertinents par rapport à ses services. Les exigences législatives doivent être satisfaites.
22. L'organisation de soins de santé doit avoir des méthodes de collecte de données pour détecter promptement les tendances en matière d'infections associées aux soins de santé.
23. Des définitions normalisées des IASS doivent être utilisées pour la surveillance des résultats internes et aux fins de comparaison avec des repères externes.
24. L'organisation de soins de santé doit suivre des indicateurs de processus ciblés pertinents pour elle. Les exigences législatives doivent être satisfaites.
25. L'organisation de soins de santé doit appliquer des principes épidémiologiques aux données de surveillance pour trouver la source/cause des IASS, cerner les facteurs de risque associés aux infections, analyser les tendances, déceler les grappes et les éclosions et formuler des recommandations d'améliorations fondées sur les résultats.
26. L'organisation de soins de santé doit assurer, en temps opportun, une vaste diffusion de l'information de surveillance.

2.4 GÉRANCE DES ANTIMICROBIENS

27. Le personnel de PCI doit appuyer activement la gérance des antimicrobiens dans l'organisation de soins de santé.

2.5 PROGRAMME D'HYGIÈNE DES MAINS

28. L'organisation de soins de santé doit avoir un programme d'hygiène des mains organisationnel qui comprenne un leadership administratif, des protocoles, des procédures et un soutien.
29. Il doit y avoir une approche multidisciplinaire en ce qui concerne l'évaluation, la sélection et l'achat d'agents d'hygiène des mains.
30. Des ressources d'hygiène des mains doivent être facilement disponibles et accessibles au point d'intervention.

31. Une éducation à l'hygiène des mains doit être dispensée à toutes les personnes travaillant dans l'organisation de soins de santé.
32. Il doit y avoir un processus pour mesurer la conformité en matière d'hygiène des mains qui comprenne à la fois surveillance et rétroaction.

2.6 FLUX DES PATIENTS

33. Le personnel de PCI doit participer à la prise de décisions lorsque le placement des patients, leur hébergement et le flux de patients sont gênés par la présence d'une maladie infectieuse.

2.7 GESTION DES ÉCLOSIONS

34. L'organisation de soins de santé doit avoir des protocoles et des procédures pour la détection et l'identification des éclosions, les enquêtes les concernant, la réponse à leur égard et leur contrôle.
35. L'organisation de soins de santé doit détecter les éclosions de maladies infectieuses, y compris les organismes sentinelles, de façon opportune.
36. Les éclosions dans l'organisation de soins de santé doivent être gérées par une équipe multidisciplinaire comprenant des représentants de la PCI et la direction de l'organisation.
37. Des professionnels de la prévention et du contrôle des infections doivent être mobilisés dans l'analyse et l'évaluation des éclosions au sein de l'organisation de soins de santé.
38. Lors d'une éclosion, il faut pouvoir accéder à des rapports de laboratoire de microbiologie produits en temps opportun.
39. Il doit y avoir, lors d'une éclosion, une stratégie de communication comprenant la diffusion d'information en temps opportun et le statut de l'éclosion, en interne et à l'externe.
40. L'organisation de soins de santé doit utiliser les résultats des enquêtes sur les éclosions pour apporter des améliorations.

2.8 URGENCES, CATASTROPHES ET INCIDENTS MAJEURS

41. Il doit y avoir un plan d'intervention écrit auquel aura contribué le personnel de PCI pour remédier aux problèmes de PCI liés aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux incidents.
42. Le comité de gestion des urgences doit comporter une représentation de la PCI, pour le règlement de questions précises liées à la prévention et au contrôle des infections lors de situations d'urgence.

43. Le plan de mesures d'urgence doit comprendre une formation et des exercices d'intervention appropriés par rapport aux responsabilités du personnel, en préparation aux situations d'urgence liées à la PCI; il faut également veiller à ce que des ressources adéquates soient disponibles pour la formation de l'ensemble du personnel.

2.9 RÔLE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LE PROGRAMME DE PCI

44. Les dirigeants de l'organisation de soins de santé doivent faire du soutien aux exigences de santé et de sécurité liées à la PCI une priorité stratégique au sein de l'organisation et s'assurer que les protocoles et procédures du programme de PCI soient intégrés au tissu de l'environnement de travail.
45. Les protocoles de santé et de sécurité liés au programme de PCI sont conformes aux lois, aux lignes directrices et aux pratiques exemplaires pertinentes.
46. Le volet « PCI » du programme des services de santé au travail doit être développé conjointement par le personnel de ces services et celui de la PCI.
47. Il doit y avoir un processus d'évaluation des travailleurs de la santé pour détecter les maladies transmissibles au moment de l'embauche, suivant l'exposition et ultérieurement, au besoin. Ce processus comprendra un moyen de maintenir la consignation du statut immunitaire.
48. Il doit y avoir un processus permettant d'évaluer les risques associés à la PCI dans le milieu de travail et de faire en sorte que les mesures nécessaires à la gestion de ces risques soient en place.
49. Il doit y avoir un protocole et une procédure de vaccination pour les travailleurs de la santé.
50. Il doit y avoir un processus ou un protocole et des procédures pour empêcher le personnel de travailler lorsqu'il contracte une maladie transmissible.
51. L'organisation de soins de santé doit fournir des conseils, assurer un suivi et recommander des restrictions relatives au travail en cas de blessures liées à la PCI résultant en l'exposition à des agents infectieux.
52. Il doit y avoir un programme de prévention des blessures causées par des objets pointus ou tranchants comprenant l'utilisation de dispositifs sécuritaires pour ces objets et les autres éléments matériels à haut risque.
53. De l'équipement de protection individuelle (EPI) doit être facilement disponible et accessible.
54. L'organisation de soins de santé doit dispenser une formation à la sélection, à l'utilisation, au retrait et à l'élimination appropriés de l'EPI.

55. L'organisation de soins de santé doit avoir un programme de protection respiratoire.
56. L'organisation de soins de santé doit avoir un programme de soins des mains pour son personnel.

2.10 PROTOCOLES ET PROCÉDURES DU PROGRAMME DE PCI

57. Il doit y avoir, pour le programme de PCI, des protocoles et procédures s'étendant à l'ensemble de l'organisation qui soient actuels, fondés sur des données probantes, conformes aux priorités organisationnelles et accessibles à l'ensemble du personnel, des bénévoles, des étudiants et des autres personnes travaillant dans l'organisation de soins de santé.
58. Les protocoles et procédures du programme de PCI sont liés à des programmes d'éducation appuyés par l'organisation, avec des plans d'action et des responsabilités clairement définies en ce qui concerne la mise en œuvre.
59. Les protocoles et procédures des services/cliniques/départements de l'organisation de soins de santé doivent tenir compte des commentaires et suggestions du personnel de PCI et comprendre des interventions de la part de ce dernier, en vue de prévenir et de contrôler les risques en matière de PCI.

2.11 INITIATIVES DE RECHERCHE DU PROGRAMME DE PCI

60. Le personnel de PCI doit participer à des initiatives d'amélioration de la qualité ou à des recherches.
61. Les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité ou des recherches du programme de PCI doivent être communiqués aux intervenants clés.
62. Les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité ou des recherches du programme de PCI doivent être intégrés au programme de PCI.

SECTION 3 : STRUCTURE FONDAMENTALE DU PROGRAMME DE PCI

3.1 GOUVERNANCE ET LEADERSHIP DU PROGRAMME DE PCI

63. Le programme de PCI doit constituer un élément essentiel de la gouvernance, et conserver une grande visibilité sur le plan clinique et celui de l'administration.
64. Le conseil d'administration doit reconnaître le programme de PCI comme faisant partie intégrante du plan stratégique de l'organisation de soins de santé pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients et du personnel.
65. Le programme de PCI doit être positionné dans l'organisation de sorte que l'information soit efficacement relayée à la haute direction.

66. L'organisation de soins de santé doit avoir un processus structuré pour atténuer les risques de maladie infectieuse.

3.2 ADMINISTRATION DU PROGRAMME DE PCI

67. Le programme de PCI doit être élaboré en collaboration avec des intervenants clés dans l'organisation de soins de santé.

68. Les livrables du programme de PCI doivent être fondés sur l'acuité, la complexité et les activités de soins de l'organisation de soins de santé.

69. Les buts du programme de PCI doivent être fondés sur des données probantes.

70. Les buts du programme de PCI doivent être assortis d'objectifs mesurables faisant l'objet d'un examen/d'une révision annuellement.

71. Il doit y avoir un comité de PCI multidisciplinaire relevant de la haute direction, aux fins d'appui au programme de PCI.

72. Le comité de PCI doit établir des buts annuels pour le programme de PCI, militer pour l'affectation de ressources permettant de les atteindre, examiner les initiatives d'amélioration de la qualité du programme de PCI et évaluer la réalisation de ses livrables.

73. Les protocoles et les plans de gestion de l'information du programme de PCI doivent satisfaire les besoins actuels en matière d'information, prévoir les besoins à venir et améliorer le rendement du programme de PCI.

74. L'utilisation des renseignements confidentiels de patients aux fins du programme de PCI doit être conforme aux lois fédérales et provinciales et aux normes éthiques de confidentialité et de protection de la vie privée.

75. L'organisation de soins de santé doit examiner régulièrement les ressources nécessaires au soutien du programme de PCI.

76. Le programme de PCI doit avoir le soutien d'un laboratoire de microbiologie agréé.

77. Le programme de PCI doit se voir allouer des ressources financières appropriées.

78. Le programme de PCI de l'organisation doit avoir suffisamment de personnel de soutien pour atteindre ses buts.

79. L'organisation de soins de santé doit consacrer et protéger un nombre approprié d'heures de PPCI au programme de PCI, en fonction de l'acuité et du volume de soins en son sein.

80. Les PPCI doivent être appuyés par l'organisation de soins de santé pour maintenir la compétence dans la pratique de la PCI.

81. Les PPCI doivent être certifiés en prévention et en contrôle des infections lorsqu'ils sont admissibles à la certification.
82. L'organisation de soins de santé doit avoir accès à un médecin qualifié œuvrant dans le domaine de la PCI, qui formulera des commentaires et suggestions relativement au programme de PCI.
83. Le personnel de PCI doit avoir accès aux ressources intellectuelles nécessaires pour satisfaire les fonctions du programme de PCI.
84. Le personnel de PCI doit disposer d'outils électroniques actuels, aux fins de soutien au programme de PCI.
85. Le personnel de PCI doit avoir un accès électronique à des ressources de communication internes et externes, aux fins de collaboration et d'éducation.

3.3 GESTION DU RENDEMENT EN MATIÈRE DE PCI

86. Les dirigeants de l'organisation de soins de santé doivent concevoir et mettre en œuvre un système de gestion de la qualité défini et intégré pour évaluer le rendement en matière de PCI et améliorer la qualité de la PCI dans l'organisation.
87. Les PPCI et le reste du personnel de PCI doivent faire preuve de compétence dans la prévention et le contrôle des infections.
88. Un programme de gestion du rendement en matière de PCI comportant un examen du rendement du personnel au chapitre de la PCI doit être évident dans l'organisation de soins de santé.

3.4 MESURE ET ÉVALUATION DU PROGRAMME DE PCI

89. Il doit y avoir un processus permettant d'évaluer la qualité du programme de PCI.
90. L'organisation de soins de santé doit apporter des améliorations continues à son programme de PCI.

Références

1. Niederman MS. Impact of antibiotic resistance on clinical outcomes and the cost of care. *Crit Care Med*. 2001 avr;29(4 Suppl):N114-20.
2. Engemann JJ, Carmeli Y, Cosgrove SE, Fowler VG, Bronstein MZ, Trivette SL, et al. Adverse clinical and economic outcomes attributable to methicillin resistance among patients with *Staphylococcus aureus* surgical site infection. *Clin Infect Dis*. 2003 1 mars;36(5):592-8.
3. Schwaber MJ, Navon-Venezia S, Kaye KS, Ben-Ami R, Schwartz D, Carmeli Y. Clinical and economic impact of bacteremia with extended-spectrum-beta-lactamase-producing *Enterobacteriaceae*. *Antimicrob Agents Chemother*. 2006 avr;50(4):1257-62.
4. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004 25 mai;170(11):1678-86.
5. Stone PW, Larson E, Kowar LN. A systematic audit of economic evidence linking nosocomial infections and infection control interventions: 1990-2000. *Am J Infect Control*. 2002 mai;30(3):145-52.
6. Burke JP. Infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med*. 2003 13 févr;348(7):651-6.
7. Plowman R, Graves N, Griffin MA, Roberts JA, Swan AV, Cookson B, et al. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. *J Hosp Infect*. 2001 mars;47(3):198-209.
8. Gravel D, Bryce E, Goldman C, Johnston L, Loeb M, Ofner M. Nosocomial infections identified during a point-prevalence survey within selected Canadian health care institutions. *Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)*; 2003.
9. Zoutman D, McDonald S, Vethanayagan D. Total and attributable costs of surgical-wound infections at a Canadian tertiary-care center. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1998 avr;19(4):254-9.
10. Graves N, Weinhold D, Tong E, Birrell F, Doidge S, Ramritu P, et al. Effect of healthcare-acquired infection on length of hospital stay and cost. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007 mars;28(3):280-92.
11. Morgan DJ, Lomotan LL, Agnes K, McGrail L, Roghmann MC. Characteristics of healthcare-associated infections contributing to unexpected in-hospital deaths. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 août;31(8):864-6.
12. Zoutman DE, Ford BD, Bryce E, Gourdeau M, Hebert G, Henderson E, et al. The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals. *Am J Infect Control*. 2003 août;31(5):266-72; discussion 272-3.

13. Monge Jodra V, Sainz de Los Terreros Soler L, Diaz-Agero Perez C, Saa Requejo CM, Plana Farras N. Excess length of stay attributable to surgical site infection following hip replacement: a nested case-control study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006 déc;27(12):1299-303.
14. Birnbaum D. La résistance aux antimicrobiens : une sombre menace sur laquelle aucun pays ne peut fermer les yeux. *RMTC.* 2003 15 sept;29(18):157-64.
15. De Beer G, Miller MA, Tremblay L, Monette J. An outbreak of scabies in a long-term care facility: the role of misdiagnosis and the costs associated with control. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006 mai;27(5):517-8.
16. Piednoir E, Bureau-Chalot F, Merle C, Gotzamanis A, Wuibout J, Bajolet O. Direct costs associated with a nosocomial outbreak of adenoviral conjunctivitis infection in a long-term care institution. *Am J Infect Control.* 2002 nov;30(7):407-10.
17. Piednoir E, Borderan GC, Borgey F, Thibon P, Lesellier P, Leservoisiere R, et al. Direct costs associated with a hospital-acquired outbreak of rotaviral gastroenteritis infection in a long term care institution. *J Hosp Infect.* 2010 août;75(4):295-8.
18. Armstrong-Evans M, Litt M, McArthur MA, Willey B, Cann D, Liska S, et al. Control of transmission of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* in a long-term-care facility. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999 mai;20(5):312-7.
19. Strausbaugh LJ, Joseph CL. The burden of infection in long-term care. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2000 oct;21(10):674-9.
20. Weinstein RA. Nosocomial infection update. *Emerg Infect Dis.* 1998 juill-sept;4(3):416-20.
21. Scheckler WE, Brimhall D, Buck AS, Farr BM, Friedman C, Garibaldi RA, et al. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals: a consensus panel report. Society for Healthcare Epidemiology of America. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1998 févr;19(2):114-24.
22. Dougherty J. Development of a resource model for infection prevention and control programs in acute, long term, and home care settings: conference proceedings of the Infection Prevention and Control Alliance. *Can J Infect Control.* 2001;16(2):35-9.
23. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect.* 2003 août;54(4):258-66.
24. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol.* 1985 févr;121(2):182-205.

25. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* [Compte rendu]. 2011 févr;32(2):101-14.
26. Haley RW. *Managing hospital infection control for cost-effectiveness.* Chicago : American Hospital Publishing Inc.; 1986.
27. Borg MA, Cookson BD, Scicluna E. Survey of infection control infrastructure in selected southern and eastern Mediterranean hospitals. *Clinical Microbiology and Infection* [Appui à la recherche, entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2007 mars;13(3):344-6.
28. Rosenthal VD, Guzman S, Pezzotto SM, Crnich CJ. Effect of an infection control program using education and performance feedback on rates of intravascular device-associated bloodstream infections in intensive care units in Argentina. *Am J Infect Control.* 2003 nov;31(7):405-9.
29. Lobo RD, Levin AS, Gomes LM, Cursino R, Park M, Figueiredo VB, et al. Impact of an educational program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit in Brazil. *Am J Infect Control.* 2005 mars;33(2):83-7.
30. Cooper BS, Stone SP, Kibbler CC, Cookson BD, Roberts JA, Medley GF, et al. Isolation measures in the hospital management of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): systematic review of the literature. *BMJ.* 2004 4 sept;329(7465):533.
31. Zafar AB, Gaydos LA, Furlong WB, Nguyen MH, Mennonna PA. Effectiveness of infection control program in controlling nosocomial *Clostridium difficile*. *Am J Infect Control.* 1998 déc;26(6):588-93.
32. Tomic V, Svetina Sorli P, Trinkaus D, Sorli J, Widmer AF, Trampuz A. Comprehensive strategy to prevent nosocomial spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a highly endemic setting. *Arch Intern Med.* 2004 11 oct;164(18):2038-43.
33. Zoutman DE, Ford BD. The relationship between hospital infection surveillance and control activities and antibiotic-resistant pathogen rates. *Am J Infect Control.* 2005 févr;33(1):1-5.
34. Miller PJ, Farr BM, Gwaltney JM, Jr. Economic benefits of an effective infection control program: case study and proposal. *Rev Infect Dis.* 1989 mars-avr;11(2):284-8.
35. Zoutman DE, Ford BD, Gauthier J. A cross-Canada survey of infection prevention and control in long-term care facilities. *Am J Infect Control.* 2009 juin;37(5):358-63.
36. Agrément Canada. *Pratiques organisationnelles requises : livret 2016* [En ligne]. Ottawa : Agrément Canada; 2015 [consulté le 11 mars 2015]. Disponible : <http://accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2016-fr.pdf>.
37. Organisation mondiale de la Santé. *Principaux volets des programmes de lutte contre l'infection : rapport de la deuxième réunion du réseau informel de lutte contre l'infection*

dans le cadre des soins de santé [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009 [consulté le 23 septembre 2014]. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70229/1/WHO_HSE_EPR_2009.1_fre.pdf.

38. Friedman C, Curchoe R, Foster M, Hirji Z, Krystofiak S, Lark R, et al. APIC/CHICA-Canada – Prévention et contrôle des infections, et épidémiologie : normes professionnelles et normes d'exercice. [Lieu inconnu] : Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. et Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada; 2008.
39. College of Registered Nurses of British Columbia. Professional Standards: Introduction [En ligne]. 2012 [mis à jour en novembre 2012; consulté le 4 septembre 2016]. Disponible : <https://www.crnbc.ca/Standards/ProfessionalStandards/Pages/Introduction.aspx>.
40. Bryce EA, Scharf S, Walker M, Walsh A. The infection control audit: the standardized audit as a tool for change. *Am J Infect Control*. 2007 mai;35(4):271-83.
41. Melinkovich P, Hammer A, Staudenmaier A, Berg M. Improving pediatric immunization rates in a safety-net delivery system. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources*. [Études d'évaluation]. 2007 avr;33(4):205-10.
42. Millward S, Barnett J, Thomlinson D. A clinical infection control audit programme: evaluation of an audit tool used by infection control nurses to monitor standards and assess effective staff training. *J Hosp Infect*. 1993 juill;24(3):219-32.
43. Sawyer M, Weeks K, Goeschel CA, Thompson DA, Berenholtz SM, Marsteller JA, et al. Using evidence, rigorous measurement, and collaboration to eliminate central catheter-associated bloodstream infections. *Crit Care Med*. [Appui à la recherche, gouv. des États-Unis, Service de la santé publique]. 2010 août;38(8 Suppl):S292-8.
44. Bialachowski A, Clinker K, LeBlanc M, McDonald S. The audit process: Part I. Pre-audit preparation. *Can J Infect Control*. 2010 printemps;25(1):68-70.
45. Millward S. Using Infection Control (IC) Link Practitioners to audit IC standards in the Independent Healthcare sector and provide robust evidence of practice. *J Hosp Infect*. 2006;64 Suppl 1:S91.
46. Auditor General. Report of the Auditor General of Alberta. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2013 [consulté le 28 août 2015]. Disponible : <http://www.oag.ab.ca/webfiles/reports/October2013Report.pdf>.
47. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé [En ligne]. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012 [consulté le 24 juillet 2013]. Disponible : https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_IPAC_in_Ontario_2012_FR.pdf.

48. Seto WH, Otaiza F, Pessoa-Silva CL. Core components for infection prevention and control programs: a World Health Organization network report. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 sept;31(9):948-50.
49. Agrément Canada. Programme Qmentum : Normes : Prévention et contrôle des infections [En ligne]. 2015 [consulté le 12 mars 2015]. Disponible : <https://accreditation.ca/fr/qmentum>.
50. McNeil V, Cruickshank M, Duguid M. Safer use of antimicrobials in hospitals: the value of antimicrobial usage data. *Med J Aust*. [Appui à la recherche, entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2010 18 oct;193(8 Suppl):S114-7.
51. Winfield J, Wiley C. Tackling infection in care homes. *Nurs Times*. 2012 14-20 févr;108(7):16-8.
52. Hess S, Bren V. Essential components of an infection prevention program for outpatient hemodialysis centers. *Seminars in dialysis*. [Compte rendu]. 2013 juill-août;26(4):384-98.
53. Berriel-Cass D, Adkins FW, Jones P, Fakih MG. Eliminating nosocomial infections at Ascension Health. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources*. [Études d'évaluation]. 2006 nov;32(11):612-20.
54. Gershon RR, Vlahov D, Felknor SA, Vesley D, Johnson PC, Delclos GL, et al. Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *Am J Infect Control*. [Appui à la recherche aux fins d'étude multicentrique, entité autre que le gouv. des États-Unis et gouv. des États-Unis, Service de la santé publique]. 1995 août;23(4):225-36.
55. Uchida M, Stone PW, Conway LJ, Pogorzelska M, Larson EL, Raveis VH. Exploring infection prevention: policy implications from a qualitative study. *Policy, Politics & Nursing Practice*. [Appui à la recherche, N.I.H., Extramural et entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2011 mai;12(2):82-9.
56. Holmes A. An organizational approach to infection prevention. *The Bulletin of the Royal College of Pathologists*. 2008;142:106-9.
57. Jarvis WR. The Lowbury Lecture. The United States approach to strategies in the battle against healthcare-associated infections, 2006: transitioning from benchmarking to zero tolerance and clinician accountability. *J Hosp Infect*. [Conférences]. 2007 juin;65 Suppl 2:3-9.
58. Pessoa-Silva CL, Posfay-Barbe K, Pfister R, Touveneau S, Perneger TV, Pittet D. Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005 mars;26(3):305-11.
59. Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of role models and hospital design on hand hygiene of healthcare workers. *Emerg Infect Dis*. 2003 févr;9(2):217-23.
60. Whitby M, Pessoa-Silva CL, McLaws ML, Allegranzi B, Sax H, Larson E, et al. Behavioural

- considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *J Hosp Infect.* 2007 janv;65(1):1-8.
61. Damschroder LJ, Banaszak-Holl J, Kowalski CP, Forman J, Saint S, Krein SL. The role of the champion in infection prevention: results from a multisite qualitative study. *Quality & Safety in Health Care.* [Appui à la recherche aux fins d'étude multicentrique, essai clinique randomisé, entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2009 déc;18(6):434-40.
 62. Cole M. Patient safety and healthcare-associated infection. *British Journal of Nursing.* 2011 22 sept-13 oct;20(17):1122, 4-6.
 63. The International Society for Quality in Health Care (ISQua). International accreditation standards for healthcare external evaluation organisations. 3e éd. [En ligne]. 2007 [consulté le 3 juillet 2015]. Disponible : <http://www.isqua.org/docs/default-source/accreditation/international-accreditation-standards-for-healthcare-external-evaluations-3rd-edition---b.pdf?sfvrsn=0>.
 64. Tromp M, Huis A, de Guchteneire I, van der Meer J, van Achterberg T, Hulscher M, et al. The short-term and long-term effectiveness of a multidisciplinary hand hygiene improvement program. *Am J Infect Control.* 2012 oct;40(8):732-6.
 65. World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines on hand hygiene in health care (May 2009). Genève : World Health Organization; 2009 [consulté le 24 juin 2009]. Disponible : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.
 66. Larson EL, Early E, Cloonan P, Sugrue S, Parides M. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behav Med.* 2000 printemps;26(1):14-22.
 67. Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *The Journal of Hospital Infection.* [Compte rendu]. 2004 sept;58(1):1-13.
 68. Bearman G, Stevens MP. Pushing beyond resistors and constipators: implementation considerations for infection prevention best practices. *Current Infectious Disease Reports.* 2014 janv;16(1):388.
 69. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002 déc;23(12 Suppl):S3-40.
 70. White CM, Statile AM, Conway PH, Schoettker PJ, Solan LG, Unaka NI, et al. Utilizing improvement science methods to improve physician compliance with proper hand hygiene. *Pediatrics.* [Étude comparative]. 2012 avr;129(4):e1042-50.
 71. Conly J. Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. *Am J Infect Control.* 1989;17:330-9.

72. Lautenbach E, Woeltje KF, Malani PN; Society for Healthcare Epidemiology of America. Informatics for infection prevention. Dans: Woeltje KF, rédacteur. Practical healthcare epidemiology. 3e éd. Chicago : publié pour la Society for Healthcare Epidemiology of America par la University of Chicago Press; 2010. p. xv, 466 p.
73. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Quality standards: infection prevention and control: quality statement 6: educating people about infection prevention and control.
74. Agrément Canada. Programme Qmentum : Normes sur le leadership [En ligne]. 2015 [consulté le 12 mars 2015]. Disponible : <https://accreditation.ca/fr/qmentum>.
75. WFC Resources. Work-life Strategies and Implementation [En ligne]. 2011 [consulté le 13 mars 2015]. Disponible : <http://www.wfcresources.com/what-is-work-life/>.
76. Alliance for Work-Life Progress (AWLP). Seven Categories of Work-Life Effectiveness [En ligne]. 2011 [consulté le 13 mars 2015]. Disponible : http://www.awlp.org/pub/work-life_categories.pdf.
77. Vandijck D, Cleemput I, Hellings J, Vogelaers D. Infection prevention and control strategies in the era of limited resources and quality improvement: a perspective paper. Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses. 2013 nov;26(4):154-7.
78. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Une gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada [En ligne]. Ottawa : la Fondation; 2010 [consulté le 5 mars 2014]. Disponible : http://web.archive.org/web/20170124210633/http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/11505_Baker_rpt_fr_FINAL.pdf.
79. Agrément Canada. Programme Qmentum : Normes sur la gouvernance [En ligne]. 2015 [consulté le 12 mars 2015]. Disponible : <https://accreditation.ca/fr/qmentum>.
80. Reinertsen JL. Part 02 - Board leadership in clinical quality: a US perspective. Dans: Quality and patient safety: understanding the role of the board. Toronto : Ontario Hospital Association; 2008.
81. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Prevention and control of healthcare-associated infections. Quality improvement guide.
82. Madeo M, Owen E, Baruah J. The management of Clostridium difficile infection: using small-scale audit to indicate the knowledge of nursing and medical staff in an acute hospital setting. Br J Infect Control. 2008;9(3):12-7.
83. Ellis S. Role of emergency nurses in controlling infection. Emergency Nurse: The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association. 2012 déc;20(8):16-21.

84. Aziz A. Can education and training for domestic staff increase awareness of infection control practices and improve cleanliness within hospitals? *J Infect Prev.* 2009;10(5):171-7.
85. Holliday AJ, Murdoch S. Nursing homes infection control audit. *Health Bull.* 2001;59(6):356-63.
86. Southworth SL, Henman LJ, Kinder LA, Sell JL. The journey to zero central catheter-associated bloodstream infections: culture change in an intensive care unit. *Critical Care Nurse.* 2012 avr;32(2):49-54.
87. Pincock T, Bernstein P, Warthman S, Holst E. Bundling hand hygiene interventions and measurement to decrease health care-associated infections. *Am J Infect Control.* 2012 mai;40(4 Suppl 1):S18-27.
88. Duffy J, Sievert D, Rebmann C, Kainer M, Lynfield R, Smith P, et al. Effective state-based surveillance for multidrug-resistant organisms related to health care-associated infections. *Public Health Reports.* 2011 mars-avr;126(2):176-85.
89. Jain M, Miller L, Belt D, King D, Berwick DM. Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Quality & Safety in Health Care.* 2006 août;15(4):235-9.
90. Bouadma L, Mourvillier B, Deiler V, Le Corre B, Lolom I, Regnier B, et al. A multifaceted program to prevent ventilator-associated pneumonia: impact on compliance with preventive measures. *Crit Care Med.* 2010 mars;38(3):789-96.
91. Bigham MT, Amato R, Bondurant P, Fridriksson J, Krawczeski CD, Raake J, et al. Ventilator-associated pneumonia in the pediatric intensive care unit: characterizing the problem and implementing a sustainable solution. *Journal of Pediatrics.* [Essai clinique]. 2009 avr;154(4):582-7 e2.
92. Youngquist P, Carroll M, Farber M, Macy D, Madrid P, Ronning J, et al. Implementing a ventilator bundle in a community hospital. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources.* [Études d'évaluation]. 2012 juin;30 Suppl 3:3-6.
93. Gudiol F, Limon E, Fondevilla E, Argimon JM, Almirante B, Pujol M. The development and successful implementation of the VINCat Program. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiologia Clinica.* [Appui à la recherche, revue par une entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2012 juin;30 Suppl 3:3-6.
94. Smith PW. Consensus conference on nosocomial infections in long-term care facilities. *Am J Infect Control.* 1987 juin;15(3):97-100.
95. Henderson E. Infection prevention and control core competencies for health care workers: a consensus document. [Lieu inconnu] : Community and Hospital Infection Control Association-Canada (CHICA); 2006 [consulté le 31 août 2015]. Disponible : <http://ipac-canada.org/photos/custom/OldSite/pdf/corecompfinal.pdf>.

96. BC Provincial Infection Control Network. An assessment of infection control activities across the Province of British Columbia. Part two: Framework for staffing and core competencies training designed for infection control programs. Colombie-Britannique : BC PICNet; 2007 [consulté le 31 août 2015]. Disponible : https://www.picnet.ca/wp-content/uploads/Part_Two_Needs_Assesement_Document.pdf.
97. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Health and Social Care Directorate quality standards process guide.
98. Mayhall CG. Hospital epidemiology and infection control. 4e éd. Philadelphie (PA) : Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
99. Chiarelli L. Health literacy interventions [En ligne]. Ottawa : Canadian Public Health Association; 2006 [consulté le 28 avril 2016]. Disponible : http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/interventions_e.pdf.
100. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Quick guide to health literacy [En ligne]. [consulté le 28 avril 2016]. Disponible : <http://health.gov/communication/literacy/quickguide/healthinfo.htm>.
101. Donlon S, Redmond A, McCann M, Einarsdottir H. Prevention of infection in patients with chronic kidney disease part III: surveillance and auditing in a renal care environment. Journal of Renal Care. 2011 sept;37(3):167-73.
102. Ferguson JK. Preventing healthcare-associated infection: risks, healthcare systems and behaviour. Internal Medicine Journal. [Compte rendu]. 2009 sept;39(9):574-81.
103. Tsan L, Hojlo C, Kearns MA, Davis C, Langberg R, Claggett M, et al. Infection surveillance and control programs in the Department of Veterans Affairs nursing home care units: a preliminary assessment. Am J Infect Control. 2006 mars;34(2):80-3.
104. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé. 3e éd. [En ligne]. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2014 [révisé en juillet 2014; consulté le 30 juillet 2014]. Disponible : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_Surveillance_of_HAI_2012_FR.pdf.
105. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. Int J Qual Health Care. 2001 déc;13(6):475-80.
106. Centers for Disease Control and Prevention. CDC/NHSN surveillance definitions for specific types of infections [En ligne]. 2014 [consulté le 16 janvier 2014]. Disponible : http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/17pscNosInfDef_current.pdf.

107. Burnett E. Outcome competences for practitioners in infection prevention and control: Infection Prevention Society and Competency Steering Group. *Journal of Infection Prevention*. 2011 mars;12(2):67-90.
108. Lawton RM, Fridkin SK, Gaynes RP, McGowan JE, Jr. Practices to improve antimicrobial use at 47 US hospitals: the status of the 1997 SHEA/IDSA position paper recommendations. *Society for Healthcare Epidemiology of America/Infectious Diseases Society of America. Infection Control and Hospital Epidemiology*. [Appui à la recherche, entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2000 avr;21(4):256-9.
109. Nowak MA, Nelson RE, Breidenbach JL, Thompson PA, Carson PJ. Clinical and economic outcomes of a prospective antimicrobial stewardship program. *American Journal of Health-System Pharmacy : AJHP : Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2012 1 sept;69(17):1500-8.
110. Drew RH. Antimicrobial stewardship programs: how to start and steer a successful program. *Journal of Managed Care Pharmacy : JMCP*. 2009 mars;15(2 Suppl):S18-23.
111. Moody J, Cosgrove SE, Olmsted R, Septimus E, Aureden K, Oriola S, et al. Antimicrobial stewardship: a collaborative partnership between infection preventionists and health care epidemiologists. *Am J Infect Control*. 2012 mars;40(2):94-5.
112. Australasian College for Infection Prevention and Control. Position statement: The role of the infection control practitioner in antimicrobial stewardship. Brisbane (AU) : Australasian College for Infection Prevention and Control; 2013 août [consulté le 20 août 2015]. Disponible : [http://www.acipc.org.au/PDFs/ACIPC%20position%20statement%20 AMS 5 revised2.pdf](http://www.acipc.org.au/PDFs/ACIPC%20position%20statement%20AMS_5_revised2.pdf).
113. Carmeli Y, Troillet N, Eliopoulos GM, Samore MH. Emergence of antibiotic-resistant *Pseudomonas aeruginosa*: comparison of risks associated with different antipseudomonal agents. *Antimicrob Agents Chemother*. [Étude comparative]. 1999 juin;43(6):1379-82.
114. Patterson JE, Hardin TC, Kelly CA, Garcia RC, Jorgensen JH. Association of antibiotic utilization measures and control of multiple-drug resistance in *Klebsiella pneumoniae*. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. [Étude comparative]. 2000 juill;21(7):455-8.
115. Bisson G, Fishman NO, Patel JB, Edelstein PH, Lautenbach E. Extended-spectrum beta-lactamase- producing *Escherichia coli* and *Klebsiella* species: risk factors for colonization and impact of antimicrobial formulary interventions on colonization prevalence. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2002 mai;23(5):254-60.
116. Agence de la santé publique du Canada. Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins [En ligne]. Ottawa : Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections; 2012 [consulté le 6 mai 2013]. Disponible : [http://ipac-canada.org/photos/custom/OldSite/pdf/2013 PHAC Hand%20Hygiene-FR.pdf](http://ipac-canada.org/photos/custom/OldSite/pdf/2013_PHAC_Hand%20Hygiene-FR.pdf).
117. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les

- établissements de soins de santé. 4e éd. [En ligne]. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2014 [révisé en décembre 2010; consulté le 9 mai 2014]. Disponible : <https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf>.
118. World Health Organization. Hand hygiene in outpatient and home-based care and long-term care facilities. Genève : World Health Organization; 2012 [consulté le 21 octobre 2013]. Disponible : http://www.who.int/entity/gpsc/5may/hh_guide.pdf
 119. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet. 2000 14 oct;356(9238):1307-12.
 120. Smith PW, Rusnak PG. Infection prevention and control in the long-term-care facility. SHEA Long-Term-Care Committee and APIC Guidelines Committee. Am J Infect Control. 1997 déc;25(6):488-512.
 121. Agence de la santé publique du Canada. Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. Annexe F : Prévention et contrôle de la grippe durant une pandémie pour tous les milieux de soins [En ligne]. Ottawa : l'Agence; 2011 [mis à jour en mai 2011; consulté le 15 septembre 2011]. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/ann-f-fra.php>.
 122. Rebmann T, English JF, Carrico R. Disaster preparedness lessons learned and future directions for education: results from focus groups conducted at the 2006 APIC Conference. Am J Infect Control. 2007 août;35(6):374-81.
 123. Rebmann T. APIC State-of-the-Art Report: the role of the infection preventionist in emergency management. Am J Infect Control. 2009 mai;37(4):271-81.
 124. Apisarnthanarak A, Mundy LM, Khawcharoenporn T, Glen Mayhall C. Hospital infection prevention and control issues relevant to extensive floods. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013 févr;34(2):200-6.
 125. Naylor CD, Chantler C, Griffiths S. Learning from SARS in Hong Kong and Toronto. JAMA. 2004 26 mai;291(20):2483-7.
 126. Ward A, Caro J, Bassinet L, Housset B, O'Brien JA, Guiso N. Health and economic consequences of an outbreak of pertussis among healthcare workers in a hospital in France. Infect Control Hosp Epidemiol. 2005 mars;26(3):288-92.
 127. Bassinet L, Matrat M, Njamkepo E, Aberrane S, Housset B, Guiso N. Nosocomial pertussis outbreak among adult patients and healthcare workers. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004 nov;25(11):995-7.
 128. Auerbach SB, Schwartz B, Williams D, Fiorilli MG, Adimora AA, Breiman RF, et al. Outbreak of invasive group A streptococcal infections in a nursing home. Lessons on prevention and control. Arch Intern Med. 1992 mai;152(5):1017-22.

129. Blok HE, Troelstra A, Kamp-Hopmans TE, Gigengack-Baars AC, Vandenbroucke-Grauls CM, Weersink AJ, et al. Role of healthcare workers in outbreaks of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a 10-year evaluation from a Dutch university hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003 sept;24(9):679-85.
130. Chodick G, Ashkenazi S, Lerman Y. The risk of hepatitis A infection among healthcare workers: a review of reported outbreaks and sero-epidemiologic studies. *J Hosp Infect*. 2006 avr;62(4):414-20.
131. Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses, LC 1992, c 34. [consulté le 17 septembre 2009]; 1526-35. Disponible : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/T-19.01/page-1.html>.
132. Association canadienne de normalisation. Z317.10-F15 - Manipulation des déchets de soins de santé. Rexdale (ON) : l'Association; 2015.
133. Agence de la santé publique du Canada. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins [En ligne]. Ottawa : l'Agence ; 2012 [consulté le 8 mai 2013]. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/summary-sommaire/tihs-tims-fra.php>.
134. Sécurité des aiguilles, Règl de l'Ont 474/07. [consulté le 8 décembre 2009]. Disponible : <https://www.ontario.ca/fr/lois>.
135. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. 3e éd. [En ligne]. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012 [consulté le 14 juin 2011]. Disponible : https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf.
136. Association canadienne de normalisation. CAN/CSA-Z94.4-02 (C2007) - Choix, utilisation et entretien des respirateurs [En ligne]. Mississauga (ON) : l'Association; 2003 [consulté le 6 avril 2011]; 103. Disponible : <http://ohsviewaccess.csa.ca/default.asp?lang=FR>.
137. Sehulster L, Chinn RY. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR Recomm Rep*. 2003 6 juin;52(RR-10):1-42.
138. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé [En ligne]. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012 [révisé en mai 2012; consulté le 20 juillet 2012]. Disponible : https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012_FR.pdf.

139. Munoz-Price LS, Birnbach DJ, Lubarsky DA, Arheart KL, Fajardo-Aquino Y, Rosalsky M, et al. Decreasing operating room environmental pathogen contamination through improved cleaning practice. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2012 sept;33(9):897-904.
140. Ragan K, Khan A, Zeynalova N, McKernan P, Baser K, Muller MP. Use of audit and feedback with fluorescent targeting to achieve rapid improvements in room cleaning in the intensive care unit and ward settings. *Am J Infect Control*. 2012 avr;40(3):284-6.
141. Mulvey D, Redding P, Robertson C, Woodall C, Kingsmore P, Bedwell D, et al. Finding a benchmark for monitoring hospital cleanliness. *J Hosp Infect*. 2011 janv;77(1):25-30.
142. Association canadienne de normalisation. Z314.8-F14 - Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables. Mississauga (ON) : Association canadienne de normalization; 2014.
143. Alberta Health. Standards for cleaning, disinfection and sterilization of reusable medical devices for health care facilities and settings [En ligne]. 2012 [consulté le 23 novembre 2015]. Disponible : <http://www.health.alberta.ca/documents/IPC-Medical-Device-Cleaning-2012.pdf>.
144. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins. 3e éd. [En ligne]. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2013 [révisé en mai 2013; consulté le 8 août 2013]. Disponible : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013_FR.pdf.
145. Rutala WA, Weber DJ; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008 [En ligne]. 2008 [consulté le 15 décembre 2008]; 1-158. Disponible : http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf.
146. Azizi J, Anderson SG, Murphy S, Pryce S. Uphill grime: process improvement in surgical instrument cleaning. *AORN journal*. 2012 août;96(2):152-62.
147. Wilder JA, Roth K. Cleaning of instruments: an absolute requirement for successful reprocessing. *Biomedical Instrumentation & Technology / Association for the Advancement of Medical Instrumentation*. 2012 printemps;Suppl:69-72.
148. Spaulding E, rédacteur. The role of chemical disinfection in the prevention of nosocomial infections. *International Conference on Nosocomial Infections*; 1970 1971; Chicago (IL) : American Hospital Association.
149. Association canadienne de normalisation. CAN/CSA-Z314.22-F10 - Gestion des dispositifs médicaux empruntés et réutilisables. Mississauga (ON) : l'Association; 2011.

150. Association canadienne de normalisation. CAN/CSA-Z317.2-F10 - Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de santé : exigences particulières. Mississauga (ON) : Association canadienne de normalisation; 2010
151. Sutton PM, Nicas M, Harrison RJ. Tuberculosis isolation: comparison of written procedures and actual practices in three California hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. [Appui à la recherche aux fins d'étude comparative multicentrique, appui à la recherche, entité autre que le gouv. des États-Unis et gouv. des États-Unis, Service de la santé publique]. 2000 janv;21(1):28-32.
152. Saravia SA, Raynor PC, Streifel AJ. A performance assessment of airborne infection isolation rooms. *Am J Infect Control*. 2007 juin;35(5):324-31.
153. Fuss EP, Israel E, Baruch N, Roghmann MC. Improved tuberculosis infection control practices in Maryland acute care hospitals. *Am J Infect Control*. [Appui à la recherche, entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2000 avr;28(2):133-7.
154. Association canadienne de normalisation. CAN/CSA Z8000-F11 - Établissements de santé canadiens. Mississauga (ON) : l'Association; 2011.
155. Association canadienne de normalisation. CAN/CSA-Z317.13-F12 - Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé. Mississauga (ON) : l'Association; 2012.
156. Santé Canada. Infections nosocomiales chez les patients d'établissements de santé liées aux travaux de construction : atténuer le risque d'aspergillose, de légionellose et d'autres infections. *RMTC*. 2001 juill;27 Suppl 2:1-46.
157. Association canadienne de normalisation. CAN/CSA-Z8001-F13 - Mise en service des établissements de santé. Mississauga (ON) : l'Association; 2013.
158. Quality, equipment hold keys to infection control: watch staff members wash their hands. *ED Manag*. 2006;18(2):19-21.
159. Oxford Dictionary of English. 3e éd. Stevenson A, directeur. Kettering (GB) : Oxford University Press; 2010.
160. Saint S, Kowalski CP, Banaszak-Holl J, Forman J, Damschroder L, Krein SL. The importance of leadership in preventing healthcare-associated infection: results of a multisite qualitative study. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 sept;31(9):901-7.
161. Tropea J, Brand C, Roberts C; Clinical Epidemiology & Health Service Evaluation Unit, Royal Melbourne Hospital. A national stakeholder review of Australian infection control programs: the scope of practice of the infection control professional. Sydney : Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare; 2008.
162. Freedman DB. Clinical governance-bridging management and clinical approaches to quality in the UK. *Clinica Chimica Acta*. 2002;2:133-41.

163. Brannigan ET, Murray E, Holmes A. Where does infection control fit into a hospital management structure? *Journal of Hospital Infection*. [Appui à la recherche, revue par une entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2009 déc;73(4):392-6.
164. Institut canadien pour la sécurité des patients. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Prévention des bactériémies associées aux cathéters intravasculaires centraux [En ligne]. 2012 [consulté le 22 septembre 2014]. Disponible : [http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/topic/pages/central-line-infections-\(cli\).aspx](http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/topic/pages/central-line-infections-(cli).aspx).
165. Institut canadien pour la sécurité des patients. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Prévention des infections du site opératoire [En ligne]. 2014 [consulté le 22 septembre 2014]. Disponible : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Infections%20du%20site%20opératoire/ISO%20Trousse%20En%20avant.pdf>.
166. Institut canadien pour la sécurité des patients. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Prévention de la pneumonie acquise sous ventilation [En ligne]. 2012 [consulté le 22 septembre 2014]. Disponible : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Pneumonie%20sous%20ventilation%20assistée/PVA%20Trousse%20de%20depart.pdf>.
167. Griffiths P, Renz A, Hughes J, Rafferty AM. Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *J Hosp Infect*. 2009 sept;73(1):1-14.
168. Larson EL, Quiros D, Lin SX. Dissemination of the CDC's Hand Hygiene Guideline and impact on infection rates. *Am J Infect Control*. [Études d'évaluation, appui à la recherche, N.I.H., Extramural]. 2007 déc;35(10):666-75.
169. Denham CR, Angood P, Berwick D, Binder L, Clancy CM, Corrigan JM, et al. The chasing zero department: making idealized design a reality. *Journal of Patient Safety*. [Appui à la recherche, entité autre que le gouv. des États-Unis]. 2009 Dec;5(4):210-5. 2009 déc;5(4):210-5.
170. Bizzarro MJ, Sabo B, Noonan M, Bonfiglio MP, Northrup V, Diefenbach K. A quality improvement initiative to reduce central line-associated bloodstream infections in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*. [Études d'évaluation]. 2010 mars;31(3):241-8.
171. Zoutman DE, Ford BD. A comparison of infection control program resources, activities, and antibiotic resistant organism rates in Canadian acute care hospitals in 1999 and 2005: pre- and post-severe acute respiratory syndrome. *Am J Infect Control*. 2008 déc;36(10):711-7.
172. Morton A. Hospital safety and hospital acquired infection. *Aust Infect Control*. 2006;11(1):3-5.

173. Madani TA, Albarrak AM, Alhazmi MA, Alazraqi TA, Althaqafi AO, Ishaq AH. Steady improvement of infection control services in six community hospitals in Makkah following annual audits during Hajj for four consecutive years. *BMC Infect Dis.* 2006;6:135.
174. Friedman C, Barnette M, Buck AS, Ham R, Harris JA, Hoffman P, et al. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in out-of-hospital settings: a consensus panel report. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology and Society for Healthcare Epidemiology of America. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999 oct;20(10):695-705.
175. Frank U, Gastmeier P, Ruden H, Daschner FD. The organization of infection control in Germany. *J Hosp Infect.* 2001 sept;49(1):9-13.
176. Reybrouck G, Vande Putte M, Zumofen M, Haxhe JJ. The organization of infection control in Belgium. *J Hosp Infect.* 2001 janv;47(1):32-5.
177. Nicolle LE. Antimicrobial stewardship in long term care facilities: what is effective? *Antimicrobial Resistance and Infection Control.* 2014;3(1):6.
178. Woeltje KF. Moving into the future: electronic surveillance for healthcare-associated infections. *J Hosp Infect.* [Commentaire]. 2013 juin;84(2):103-5.
179. Alberta Employment and Immigration. Audit instrument package. 1 juillet 2009.
180. Richards C, Emori TG, Edwards J, Fridkin S, Tolson J, Gaynes R. Characteristics of hospitals and infection control professionals participating in the National Nosocomial Infections Surveillance System 1999. *Am J Infect Control.* 2001 déc;29(6):400-3.
181. O'Boyle C, Jackson M, Henly SJ. Staffing requirements for infection control programs in US health care facilities: Delphi project. *Am J Infect Control.* 2002 oct;30(6):321-33.
182. Bédard L, Frenette C, Gourdeau M; Comité sur les infections nosocomiales du Québec; Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec. Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au *Clostridium difficile* au Québec : lignes directrices pour les établissements de soins. 3e éd. [Montréal] : Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec : l'Institut; 2005.
183. Québec, Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. D'abord, ne pas nuire... les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité : rapport. Québec : Santé et services sociaux Québec; 2005. Rapport no : 2-550-44561-9 (rel. à spirale).
184. Infection Prevention and Control Canada. IPAC Canada Statement on Certification [En ligne]. 2008 [consulté le 25 août 2016]. Disponible : <http://ipac-canada.org/infection-control-certification.php>.
185. Flanagan P. Current standards for infection control: audit assures compliance. *Br J Nurs.* 2009 10-23 sept;18(16):970-5.

186. Ward KA. Education and infection control audit. J Hosp Infect. 1995 juin;30 Suppl:248-52.
187. Bialachowski A, Clinker K, LeBlanc M, McDonald S. The audit process: Part III. Closing the loop. Can J Infect Control. 2010 automne;25(3):161-5.
188. Halwani M, Tashkandy N. The establishment of infection prevention and control program in Jeddah hospitals Saudi Arabia: A three years study. Infectious Diseases Society of America; 2012; San Diego, Californie.
189. Prévention et contrôle des infections. Qmentum Quarterly : qualité et soins de santé. 2013;5(4):1-50.