



Normes pour les programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI)

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

*Revue et mise à jour par le Groupe de travail sur
les normes des programmes de PCI Canada*

RÉVISION :
NOVEMBRE 2024

Table des matières

4	Membres du Groupe de travail sur les normes de programme de PCI Canada – 2024
7	Résumé d'orientation
9	Abréviations
11	Glossaire
20	Introduction
	Le contexte
	La raison d'être d'un programme de PCI
21	Les normes pour les programmes de PCI
22	L'audit de programme de PCI
	NORMES POUR LES PROGRAMMES DE PCI ÉTABLIES PAR PCI CANADA
24	1 Un environnement habilitant : la culture de la sécurité
	1.1 La culture de la PCI (l'engagement et l'appui de la direction)
25	1.2 La mission, la vision et les valeurs du programme de PCI
	1.3 La sécurité des patients
26	1.4 La conciliation travail-vie personnelle en rapport avec la PCI
29	2 Le programme de PCI : son cadre fondamental
	2.1 La gouvernance et le leadership du programme de PCI
32	2.2 L'administration du programme de PCI
45	3 Les liaisons du programme de PCI : son envergure
	3.1 Les impacts, les collaborations et les interactions du programme de PCI
47	3.2 Les lignes directrices : les politiques, procédures et protocoles du programme de PCI
49	3.3 Le rôle des services de santé et sécurité au travail dans le programme de PCI
56	4 L'éducation et la formation
	4.1 La PCI et la culture de l'apprentissage de l'organisme
	4.2 Les modèles de rôle et les champions du programme de PCI
	4.3 L'éducation en PCI
61	4.4 L'évaluation de l'enseignement de la PCI
62	5 La surveillance dans le programme de PCI
	5.1 Le rôle de la surveillance et de l'épidémiologie dans la réduction des IASS
	5.2 La mise en œuvre du programme de surveillance des IASS
63	5.3 La surveillance des résultats
66	5.4 La surveillance des processus
67	5.5 L'analyse et la référencement
68	5.6 Les rapports des résultats de la surveillance de la PCI
69	6 Le cheminement des patients



71	7	La gestion des éclosions
	7.1	Les politiques, procédures et protocoles en cas d'éclosion
	7.2	L'identification d'une éclosion
72	7.3	L'intervention et le contrôle en cas d'éclosion
74	7.4	La communication et la collaboration pendant et après une éclosion
75	7.5	Le suivi et l'évaluation à la suite d'une éclosion
76	8	Urgences, catastrophes et incidents majeurs
	8.1	La planification de la PCI pour les urgences, les catastrophes et les incidents majeurs
78	8.2	Le commandement et la gestion des situations d'urgence, des catastrophes et des incidents majeurs
79	8.3	La formation de préparation aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux incidents majeurs
81	9	La gérance des antimicrobiens
83	10	Le programme d'hygiène des mains
84	10.1	Le programme de soins des mains
86	11	La recherche : l'amélioration de la qualité des pratiques à la lumière de données probantes et les initiatives de recherche
87	11.1	L'amélioration continue de la qualité
	11.2	La gestion du rendement de la PCI
89	11.3	La vérification et l'évaluation du programme de PCI
91	Annexes	
	A.	L'environnement des soins de santé
92	B.	L'équipement médical
	C.	Le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux
94	D.	La buanderie
97	E.	Les services diététiques et alimentaires
98	F.	La gestion du matériel et l'évaluation des produits
	G.	La conception, la construction et l'entretien des bâtiments
100	Références	
121	RÉSUMÉ DES NORMES POUR LES PROGRAMMES DE PCI	
136	Le modèle des Normes pour les programmes	



Membres du Groupe de travail sur les normes de programme de PCI Canada – 2024

Présidente

Madeleine Ashcroft IA BScN MHS CIC FAPIC
Professionnelle de la PCI dans la communauté – Carrefour de PCI
Partenaires de santé Trillium
Mississauga (Ontario)

Membres

Barbara Catt IA BScN MEd CIC LTC-CIP
Conseillère principale en soins infirmiers
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Steven Ettles HBMSc MPH
Analyste de recherche principal
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Lori Jessome-Croteau BScN MHS MEd RN CIC
Gestionnaire de services de santé, PCI, zone du Centre
Santé Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Robin Johnson MLT BMLS CIC
Praticienne du contrôle des infections – Soins de longue durée
Regina Pioneer Village
Regina (Saskatchewan)

Donna Moore IAA MSc CMDRT CIC
Gestionnaire de la prévention et du contrôle des infections
Système de santé William Osler
Etobicoke (Ontario)

Michelle Mutton IA BScN MSN/ED CIC
Infirmière gestionnaire d'équipe, maladies transmissibles/PCI
Services aux autochtones Canada
Ottawa (Ontario)

Scott Stephens PSA
Surintendant, conformité réglementaire et contrôle des infections
Service paramédical d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Équipe de révision

La révision par les pairs de la version 2024 des *Normes pour les programmes de prévention et de contrôle des infections* de PCI Canada a été effectuée par ces spécialistes et le conseil d'administration de PCI Canada :

Molly Blake IA BN MHS CIC

Directrice de la prévention et du contrôle des infections et du RDM
Office régional de la santé de Winnipeg
Winnipeg (Manitoba)

Anne Bialachowski IA BN MS CIC

Directrice de la prévention et du contrôle des infections
Centre de soins de santé Saint-Joseph
Hamilton (Ontario)

Melony Cooper IAA

Cheffe d'équipe, DC/PCI
Soins de longue durée Anson Place
Hagersville (Ontario)

Melody Cordoviz BSc IA BScN CIC

Praticienne de la PCI
Services de santé Alberta
Edmonton (Alberta)

Christina Critelli IA BScN BKin

Praticienne de la PCI dans la communauté, Carrefour de PCI
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Frederick Cundict BSc BEH(AD) CPHI(C)

Professionnel de la PCI
Services de santé Alberta
Edmonton (Alberta)

Tanya Denich MSc BSc CIC

Spécialiste de la PCI
Santé publique Ontario
Toronto (Ontario)

Tara Donovan BHSc MSc

Directrice de réseau
Réseau provincial de PCI de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Mary Gregoire IA BN

Gestionnaire de la PCI
Réseau de santé Horizon
Moncton (Nouveau-Brunswick)



Jennifer Happe BSc MSc
Professionnelle de la PCI
Hôpital pour enfants de l'Alberta
Calgary (Alberta)

Robin Harry IA BScN BSc(Hons) CIC
Gestionnaire de la PCI
Hôpital général North York
Toronto (Ontario)

Robyn Hunter IA BSN CIC
Directrice régionale intérimaire
Prévention et contrôle des infections
Autorité de la santé du littoral de Vancouver

Dione Kolodka MSc BSc CIC
Spécialiste de la PCI
Services de santé Alberta
Calgary (Alberta)

Magdalena Krawczyk IA BScN
Praticienne de la PCI dans la communauté, Carrefour de PCI
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Katherine Paphitis BSc BSc MSc CPHI(C) CIC
Spécialiste des maladies entériques zoonotiques et vectorielles
Santé publique Ontario
Toronto (Ontario)



Résumé d'orientation

Les infections associées aux soins de santé (IASS) sont définies comme des infections qui surviennent en association ou en relation avec la prestation de soins de santé. Il peut s'agir, par exemple, d'infections du sang, d'infections postopératoires, d'infections urinaires ou de pneumonies liées à l'utilisation d'un ventilateur qui ont été contractées dans le contexte d'un établissement ou d'un organisme de soins de santé. Dans les dernières années, des maladies infectieuses nouvelles ou importées, comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la grippe pandémique H1N1 et particulièrement la pandémie de SRAS-CoV-2, se sont transmises au sein d'organismes de soins de santé canadiens et ont alors été classifiées comme des IASS. Les menaces posées par les épidémies, les pandémies et la résistance aux antimicrobiens sont de grandes priorités mondiales et la contre-action doit se fonder sur des mesures efficaces de prévention et de contrôle des infections (PCI)¹⁻⁴. Le champ d'impact et de responsabilité des pratiques de la PCI est d'envergure mondiale, notamment en ce qui concerne l'intendance des ressources⁵.

Les IASS sont souvent associées aux taux de morbidité et de mortalité; elles jouent un rôle dans environ un tiers des décès imprévus dans les hôpitaux⁶. Elles constituent un problème important pour la sécurité des patients et la qualité des soins, elles comptent parmi les résultats indésirables des soins de santé et elles engendrent des coûts substantiels pour les organismes de soins actifs et de soins de longue durée.

Selon les estimations, jusqu'à 70 % des IASS seraient évitables. Une étude marquante, la *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC)*⁷, a estimé que les hôpitaux pourraient éviter le tiers de leurs IASS si les éléments essentiels des programmes de PCI y étaient appliqués avec constance. Des programmes de PCI dotés des expertises et des ressources qu'il leur faut aident à mieux assurer la sécurité des patients, des travailleurs de la santé, des visiteurs et d'autres personnes face aux IASS et à réduire les coûts qu'elles entraînent pour le système de soins de santé. Un programme de PCI solide, efficace et bien soutenu renforce les systèmes de santé et appuie la prestation de soins de haute qualité axés sur la personne^{1, 8-10}.

La version originale des normes pour les programmes de PCI rédigée en 2013 a décrit la culture, la portée et le cadre fondamentaux nécessaires à l'élaboration d'un bon programme de PCI. Elle a fourni une synthèse des pratiques exemplaires, des lignes directrices et des recommandations d'organismes canadiens et internationaux tout en y intégrant d'importantes constatations tirées de la littérature scientifique contemporaine de son époque. L'équipe de la révision de 2023 a constaté que le contenu du document original demeure valable. La révision consiste en une réorganisation du contenu en fonction des composantes fondamentales tirées des programmes de prévention des infections de l'OMS : lignes directrices, éducation et formation, surveillance, suivi avec audit et rétroaction. Les programmes de PCI mettent en place des stratégies multimodales dans un environnement porteur qui assure un soutien organisationnel adéquat (notamment pour ce qui est de la charge de travail, de la



conciliation travail-vie personnelle, de l'environnement bâti et des ressources)¹¹. La Norme souligne la grande importance des lignes directrices pour bien établir des politiques, des procédures, des protocoles et des pratiques exemplaires appliquées de façon continue dans tous les secteurs d'un organisme, ainsi que l'importance d'un bon programme d'hygiène des mains. La révision a aussi tâché d'éliminer des redites, de rendre le document plus succinct et facile à consulter et d'étendre son applicabilité à tous les contextes de soins de santé.

Les organismes suivants ont fourni des recommandations qui ont aidé à appuyer certaines des normes :

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- Agrément Canada
- Association canadienne de normalisation (CSA)
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC)
- Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)
- Excellence en santé Canada
- International Society for Quality in Health Care (ISQua)
- Les lois et les règlements nationaux, provinciaux et territoriaux
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA)
- Organisation de normes en santé (HSO)
- Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Réseau provincial de contrôle des infections (PICNet)
- Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)

À titre de porte-parole des professionnels de la PCI de tous les secteurs des soins de santé dans l'ensemble des provinces et des territoires, PCI Canada joue un rôle de premier plan dans la promotion des pratiques exemplaires des programmes de PCI et est très bien positionné pour élaborer et promouvoir une norme nationale pour les programmes de PCI.

Le processus

Ce document se veut une ressource pour aider les cadres supérieurs des organismes de soins de santé et le personnel des programmes de PCI à déterminer les priorités de leur programme de PCI et à développer leur programme, notamment pour ce qui est :

- d'encourager la haute direction à soutenir le programme de PCI;
- de chercher à uniformiser les éléments recommandés du programme dans tous les contextes des soins de santé au Canada; et
- de mener des activités de planification stratégique.

Cette norme a été élaborée par un comité de PCI Canada avec l'apport de leaders provinciaux et nationaux dans le domaine de la PCI.

Abréviations

APIC	Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (États-Unis)
AQ	Amélioration de la qualité
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (Ontario)
CGU	Comité de gestion des urgences
CIC®	Titulaire de la certification en contrôle des infections
CPCI	Comité de prévention et de contrôle des infections
CSA	Association canadienne de normalisation
CVC	Chauffage, ventilation et climatisation
DMBA	Désinfectant pour les mains à base d'alcool
EGE	Équipe de gestion des éclosions
EPC	Entérobactéries productrices de carbapénèmases
EPI	Équipement de protection individuelle
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
ETP	Équivalent temps plein
FFPM	Forces, faiblesses, possibilités, menaces
IASS	Infection associée aux soins de santé
ICD	Infection à <i>Clostridioides difficile</i>
ISQua	International Society for Quality in Health Care
MCJ	Maladie de Creutzfeldt-Jacob
MSLD	Maison de soins de longue durée
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (Royaume-Uni)
OA	Organisme antibiorésistant
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Président-directeur général
PGA	Programme de gérance des antimicrobiens
PICNet	Provincial Infection Control Network (Colombie-Britannique)
PIU	Plan d'intervention d'urgence



PPCI	Professionnel de la prévention et du contrôle des infections
PPP	Politiques, procédures et protocoles
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SCI	Système de commandement en cas d'incident
SENIC	<i>Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control</i>
SGI	Système de gestion des incidents
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America (États-Unis)
SLD	Soins de longue durée
SST	Santé et sécurité au travail
TS	Travailleur/travailleuse de la santé

Glossaire

Amélioration continue de la qualité (ACQ) : Effort continu et permanent de rehausser de façon mesurable l'efficacité, l'efficacité, le rendement, la responsabilisation, les résultats et d'autres indicateurs de la qualité des services ou des processus en vue d'atteindre l'équité et l'amélioration de la santé. [*continuous quality improvement (CQI)*]

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. [*SWOT analysis*]

Audit de la PCI : Évaluation complète et objective de la conception et de l'efficacité de certaines parties ou de la totalité du programme de PCI d'un organisme de soins de santé par comparaison avec une norme admise. [*IPAC audit*]

Audit : Comparaison systématique et quantifiée des pratiques observées avec des normes établies par des pratiques exemplaires actuelles. Dans le domaine des soins de santé, l'audit vise à améliorer les soins aux patients et les résultats pour la santé. [*audit*]

Bénévole : Personne qui donne du soutien à un patient ou à un organisme librement et sans rémunération et qui fait partie de l'équipe de prestation de services d'un organisme. [*volunteer*]

Buts : Fins visées du développement organisationnel. Les buts peuvent être à court terme, à long terme ou intermédiaires. [*goals*]

Capacité d'intensification : Capacité de rediriger des ressources et d'obtenir des ressources supplémentaires pour maintenir les activités quotidiennes quand la demande dépasse les ressources disponibles. [*surge capacity*]

Certification en retraitement : Le fait d'avoir terminé avec succès un cours reconnu sur les pratiques de retraitement administré par un organisme accrédité, comme l'Association canadienne de normalisation (CSA). [*certification in reprocessing*]

Champion : Dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections, une personne qui donne l'exemple de bons comportements de lutte contre la propagation des infections. [*champion*]

Clostridioides (anciennement Clostridium) difficile (C. difficile) : Spore à Gram positif anaérobique productrice de bacilles qui cause des colites associées aux antibiotiques ou colites pseudomembraneuses. C'est la plus importante cause de diarrhée infectieuse associée aux soins de santé. [*Clostridioides difficile*]

Conciliation travail-vie personnelle : Aux fins du présent document, le fait d'offrir des initiatives visant à rendre l'environnement de travail plus flexible et accommodant, ce qui permet au personnel de mieux se concentrer sur ses tâches lorsqu'il est au travail. [*work-life*]

Culture de sécurité en matière de PCI : Engagement partagé et valeurs, attitudes et actions des dirigeants et du personnel d'un organisme de soins de santé au service du principe que l'environnement de travail est censé prévenir l'acquisition et la transmission d'infections. [*culture of IPAC safety*]

Dénominateur : En épidémiologie, la population à risque. [*denominator*]

Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) : Préparation à base d'alcool (p. ex., éthanol, isopropanol) sous forme de liquide, de gel ou de mousse, utilisée pour réduire le nombre de microorganismes présents sur les mains dans des situations cliniques où les mains ne sont pas visiblement sales. [*alcohol-based hand rub (ABHR)*]

Diversité : La variété des dimensions, des qualités et des caractéristiques des personnes et le mélange de celles-ci dans un groupe donné. [*diversity*]

Diversité, équité et inclusion (DEI) : Promotion du traitement équitable et de la pleine participation de tous et notamment des populations historiquement sous-représentées ou visées par la discrimination en raison de l'origine, l'identité, l'incapacité ou d'autres caractéristiques ou circonstances. [*diversity, equity and inclusion (DEI)*]

Éclosion : Aux fins du présent document, nombre de cas supérieur au nombre constaté normalement dans un milieu de soins donné sur une période définie. [*outbreak*]

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. [*vancomycin-resistant enterococci (VRE)*]

Équipe de gestion d'éclosion (EGE) : Comité multidisciplinaire ayant l'autorité d'apporter des changements aux pratiques ou de prendre d'autres mesures pour contrôler une éclosion. [*outbreak management team (OMT)*]

Équipe du programme de PCI / de la PCI : Service d'un organisme de soins de santé ayant pour spécialité la prévention et le contrôle des infections et regroupant des personnes ayant de la formation et de l'expertise en PCI. [*IPAC Program Team/IPAC team*]

Équipement de protection individuelle (EPI) : Vêtement porté ou matériel utilisé pour se protéger contre des risques. [*personal protective equipment (PPE)*]

Équité : Absence de différences injustes, évitables ou remédiables dans le traitement fourni à divers groupes de personnes. [*equity*]

Essai d'ajustement : Méthode qualitative ou quantitative pour évaluer l'ajustement d'un respirateur correspondant à une marque, un modèle et une taille en particulier. [*fit test*]

Gérance : Utilisation (et conservation) responsable des ressources naturelles, en tenant compte de façon complète et équilibrée des intérêts de la société, des

générations futures et des espèces, ainsi que des besoins privés, avec l'obligation d'en rendre compte à la société⁵. [*stewardship*]

Gérance des antimicrobiens : Ensemble cohérent d'actions pour promouvoir l'utilisation responsable des antimicrobiens de manière à limiter le développement d'organismes résistants aux antimicrobiens. [*antimicrobial stewardship*]

Gérance des diagnostics : Demander les bons tests pour le bon patient au bon moment pour éclairer et optimiser les soins cliniques. [*diagnostic stewardship*]

Gérance des ressources : Utilisation durable des ressources renouvelables pour que les générations futures puissent en bénéficier, grâce à la conservation, la préservation et les politiques gouvernementales. [*resource stewardship*]

Gestionnaire/cadre : Personne qui a la responsabilité d'administrer et/ou de superviser les affaires opérationnelles d'un organisme de soins de santé et/ou qui exerce une autorité sur le personnel. [*manager*]

Grappe : Agrégat inhabituel, réel ou perçu, de phénomènes de santé regroupés dans le temps et l'espace et déclarés à un organisme de santé. Dans certaines régions, le terme *éclosion* est utilisé de façon interchangeable. [*cluster/outbreak*]

Hygiène des mains : Terme général désignant toute action de nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à éliminer la saleté visible et à éliminer ou à tuer les microorganismes transitoires. On peut l'assurer à l'aide d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool ou avec du savon et de l'eau courante. [*hand hygiene*]

Hygiéniquement propre : Exempt de pathogènes en nombre suffisant pour provoquer une maladie. [*hygienically clean*]

Inclusion : Création d'une culture qui accueille, respecte, accepte et valorise la diversité. Effort attentif et équitable de répondre aux besoins individuels pour que toute personne se sente appréciée, respectée et capable d'apporter une contribution à la hauteur de son potentiel. [*inclusion*]

Indicateur de rendement : Mesure quantifiable qui rend compte d'un des facteurs de réussite cruciaux d'un organisme de soins de santé. Les indicateurs de rendement correspondent aux divers buts et objectifs du programme de PCI. Le suivi du rendement en rapport avec chaque but ou objectif aide à orienter les efforts de progrès et d'amélioration. [*performance indicator*]

Indicateurs de rendement : Résultats mesurables et quantifiables utilisés pour établir et évaluer le rendement des activités d'un organisme. [*key performance indicators*]

Infection associée aux soins de santé (IASS) : Infection qu'un patient a acquise dans un milieu qui fournit des soins de santé (p. ex., un hôpital), un établissement (p. ex., un foyer de soins de longue durée) ou un domicile où des soins sont fournis, l'infection n'étant pas présente ou en développement au moment de l'admission du patient ou du début du traitement. [*healthcare-associated infection (HAI)*]

Installation de soins de santé : Ensemble d'éléments d'infrastructure physique qui soutiennent 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. [*healthcare facility*]

Justification : Pour norme de PCI, les analyses scientifiques, les données probantes, les pratiques exemplaires ou les directives qui la soutiennent ou qui la valident. [*rationale*]

Lavage des mains : Élimination physique de microorganismes présents sur les mains à l'aide de savon (ordinaire ou antimicrobien) et d'eau courante. [*hand washing*]

Leadership : L'état ou la position de la personne qui dirige un groupe de personnes ou un organisme, ou la capacité de diriger. [*leadership*]

Mesures administratives : Mesures mises en place pour réduire les risques d'infecter le personnel ou les patients (p. ex. protocoles et procédures de prévention et de contrôle des infections; éducation et formation). [*administrative controls (AC)*]

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, positionnement de lavabos réservés au lavage des mains). [*engineering controls*]

Milieu de soins de santé : Tout endroit où des soins de santé sont dispensés, dont les soins d'urgence, les soins préhospitaliers, les soins hospitaliers, les soins de longue durée, les soins à domicile, les soins ambulatoires, ainsi que les installations et les endroits dans la communauté où des soins sont fournis (p. ex., établissements d'enseignement, milieux résidentiels, établissements correctionnels, cabinets dentaires, cabinets de médecins), ce qui englobe aussi les régions distantes et isolées. Les définitions des milieux de soins peuvent se recouper, car certains milieux peuvent offrir plusieurs types de soins, comme les soins à long terme ou ambulatoires fournis par les milieux de soins actifs, ou les soins complexes fournis dans les milieux de soins de longue durée. [*healthcare setting*]

Nettoyage après un congé/transfert : Nettoyage méticuleux de la chambre ou de la zone du lit d'un client/patient/résident après un congé, un transfert ou un décès afin d'éliminer les microorganismes que les prochains occupants ou le personnel pourraient contracter, ainsi que le nettoyage effectué après la cessation de certains types de précautions additionnelles. [*discharge/transfer cleaning*]

Norme de PCI : Exigence primordiale pour une composante donnée du programme de PCI. [*IPAC Standard*]

Norme : Énoncé officiel des attentes, des valeurs et des priorités pour un rôle, une profession ou un programme. Aux fins du présent document, exigences minimales d'un programme (de PCI). [*standard*]

Numérateur : Chacun des événements sous surveillance qui surviennent au sein d'une population à risque (le dénominateur). [*numerator*]

Objectifs mesurables : Étapes spécifiques et mesurables à accomplir pour atteindre un but. [*measurable objectives*]

Organisme antibiorésistant (OA) : Microorganisme qui a développé une résistance à l'action de plusieurs agents antimicrobiens et qui a une importance particulière du point de vue clinique ou épidémiologique (p. ex. BLSE, SARM, ERV). [*antimicrobial-resistant organism (ARO)*]

Partenaire/soignant essentiel : Personne désignée (choisie par le patient ou son mandataire) qui fournit des soins essentiels [*essential caregiver/partner*]

Parties prenantes : Personnes touchées par une décision ou capables de l'influencer. Il peut s'agir d'un individu, comme un employé, un client ou un citoyen, ou d'un groupe, ayant des rapports avec un organisme, des responsabilités envers lui ou un intérêt dans son succès. [*relevant parties*]

Patient : Aux fins du présent document, le terme « patient » englobe les clients, patients, résidents et autres bénéficiaires de soins. Personne qui reçoit des soins ou qui est inscrite pour en recevoir. [*patient*]

Personnel : Toute personne menant des activités dans un organisme de santé, y compris, sans s'y limiter, les travailleurs de la santé, les employés contractuels et les étudiants. [*staff*]

Plan d'intervention d'urgence (PIU) : Approche coordonnée qui prépare la réaction aux catastrophes et aux urgences. Voir système de commandement en cas d'incident (SCI) / système de gestion des incidents (SGI). [*emergency response plan (ERP)*]

Politique : Principes documentés qu'un organisme de soins de santé utilise pour orienter la gestion de ses affaires. [*policy*]

Portée : Aux fins du présent document, l'étendue du programme de PCI, qui englobe le domaine, la matière, le public cible et les parties concernées. [*scope*]

Pratique de la PCI : Application, au sein des organismes de santé, des normes, des politiques, des procédures et des protocoles de prévention des infections associées aux soins de santé. [*IPAC practice*]

Pratiques de base (PB) : Système de pratiques de prévention et de contrôle des infections, recommandé par l'Agence de la santé publique du Canada, à appliquer à tous les soins fournis à tous les clients/patients/résidents pour prévenir et contrôler la transmission des microorganismes dans tous les milieux de soins. Internationalement, on utilise aussi le terme « précautions standard ». [*routine practices (RP)*]

Précautions additionnelles (PA) : Précautions (contre les contacts, les gouttelettes ou la transmission par voie aérienne) nécessaires en plus des pratiques de base pour réduire le risque de transmission en présence de certains agents pathogènes ou certaines présentations cliniques. Les précautions dépendent du mode de transmission (p. ex., contact, gouttelettes, voie aérienne). [*additional precautions (AP)*]

Précautions contre la transmission par voie aérienne : Précautions utilisées en plus des pratiques de base pour les patients atteints ou possiblement atteints d'une maladie transmise par voie aérienne (p. ex., par de petits noyaux de gouttelettes qui restent en suspension dans l'air et qui peuvent être inhalés par d'autres personnes). [*airborne precautions (AP)*]

Précautions contre les contacts : Précautions additionnelles appliquées aux patients ayant une infection constatée ou soupçonnée transmissible par contact direct ou indirect. [*contact precautions*]

Précautions contre les gouttelettes : Précautions additionnelles appliquées aux patients ayant une infection constatée ou soupçonnée transmissible par des gouttelettes respiratoires de plus grande taille qui se posent sur les muqueuses¹². [*droplet precautions*]

Prévention et contrôle des infections (PCI) : Discipline qui s'occupe de prévenir les infections associées aux soins de santé. [*infection prevention and control (IPAC)*]

Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada) : Organisme regroupant des personnes ayant des responsabilités ou un intérêt pour la PCI dans le contexte des milieux de soins. Ses membres comprennent des professionnels qui travaillent dans des domaines connexes, comme les soins infirmiers, l'épidémiologie, la médecine, la technologie de laboratoire et la santé publique, ainsi que dans l'industrie. L'adresse du site Web de PCI Canada est : ipac-canada.org. [*Infection Prevention and Control Canada (IPAC Canada)*]

Principe de précaution : Exigence d'un niveau plus élevé de prudence ou d'action préventive là où il y a risque de conséquences graves et absence de certitude scientifique absolue face à un microorganisme infectieux. [*precautionary principle*]

Procédure : Manière établie ou officielle de faire quelque chose; série d'actions exécutées dans un certain ordre ou d'une certaine manière pour accomplir une tâche ou un processus donné. [*procedure*]

Professionnel/professionnelle de la PCI : Personne dont les responsabilités principales sont de développer, d'appliquer, d'évaluer et de faire connaître les politiques, les procédures et les pratiques qui ont une incidence sur la prévention des infections. Voir « Définition de *professionnel de la PCI* » dans le site Web de PCI Canada : <https://ipac-canada.org/definition-of-an-icp>. [*IPAC Professional (ICP)*]

Programme de gérance des antimicrobiens : Programme qui soutient des interventions coordonnées visant à améliorer et à mesurer l'utilisation appropriée des antimicrobiens, notamment la sélection, le dosage, la durée de la thérapie et la voie d'administration. [*antimicrobial stewardship program*]

Programme de PCI : Dans le présent document, tous les éléments de la PCI au sein d'un organisme de soins de santé, soutenus par le conseil d'administration et les cadres supérieurs, gérés par le ou la responsable ou l'équipe de la PCI et assurés par tous les membres de l'organisme. [*IPAC program*]

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, la fourniture de produits hydratants pour les mains et la fourniture de désinfectant pour les mains à base d'alcool contenant un émollient. [*hand care program*]

Protocole : Ensemble de règles, de lignes directrices ou de procédures qui définissent des lignes de conduite face à des situations ou à des événements particuliers. [*protocol*]

Responsable de la PCI : Personne qui a la responsabilité du programme de PCI au sein d'un organisme. Il peut s'agir d'une personne pratiquant seule (p. ex., dans un établissement de soins de longue durée) ou à la tête d'une équipe de PCI. [*IPAC lead*]

Retirer : Enlever, désenfiler (p. ex., l'équipement de protection individuelle) [*doffing*]

Retraitement de dispositifs médicaux (RDM) : Le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de dispositifs ou d'équipements médicaux réutilisables; un endroit aménagé pour le retraitement de dispositifs médicaux réutilisables (pas nécessairement un service centralisé). Dans des milieux de soins plus petits, comme les cliniques et les cabinets dans la communauté, il peut s'agir d'un endroit à l'écart des patients qui sert au retraitement de dispositifs médicaux réutilisables. [*medical device reprocessing (MDR)*]

Revêtir : Mettre, enfiler (p. ex., l'équipement de protection individuelle) [*donning*]

Risque : Menaces ou résultats indésirables auxquels on peut s'attendre si une démarche ou une pratique particulière de PCI ne satisfait pas à la norme (p. ex., non effectuée ou mal effectuée). [*risk*]

Risques interpersonnels : Actions ou paroles comportant la possibilité que la personne soit considérée comme ignorante, incompetente ou dérangeante, ce qui peut la décourager de s'exprimer contre la majorité [*interpersonal risks*].

Santé et sécurité au travail (SST) : Services préventifs et thérapeutiques dispensés dans un milieu de travail par des professionnels qualifiés de la santé au travail, p. ex. infirmières, hygiénistes, médecins. Autres désignations : santé et mieux-être, hygiène du travail ou hygiène professionnelle. [*Occupational Health and Safety (OHS)*]

Sécurité psychologique : L'absence d'atteinte ou de menace au bien-être mental qu'un travailleur ou une travailleuse pourrait ressentir. La sécurité psychologique est rehaussée en prenant des précautions pour éviter les blessures ou les risques à la santé psychologique des travailleurs. [*psychological safety*]

Soins à domicile : Prestation d'un grand éventail de soins de santé et de services de soutien à des clients/patients en vue de rétablir, de promouvoir et d'entretenir la santé, de fournir des services de répit et des soins palliatifs, ou de prévenir ou de retarder l'admission en foyer de soins de longue durée. Les soins à domicile sont dispensés là où les clients/patients résident (p. ex. maisons, foyers pour personnes âgées, foyers de groupe, centres de soins palliatifs). [*home care*]

Soins communautaires : Services de santé fournis à domicile, ainsi que dans les hôpitaux communautaires, les établissements de soins intermédiaires, les cliniques et les écoles. [*community care*]

Soins essentiels : Soutien émotionnel, physique et/ou psychologique nécessaire au bien-être d'un patient [*essential care*]

Soins primaires : Soins courants pour des problèmes de santé urgents, bien que mineurs ou communs; soins de santé mentale; soins de maternité et pédiatriques; services psychosociaux; liaison avec les soins à domicile; promotion de la santé et prévention de maladies, conseils nutritionnels et soins de fin de vie. Inclus dans les soins primaires sont les services de médecine générale, de pharmacie, de dentisterie et d'optométrie. [*primary care*]

Sous-traitant : Personne ou employeur embauchés à titre contractuel pour fournir du matériel ou des services à une autre personne ou à un autre employeur. Dans le présent document, les sous-traitants sont considérés comme faisant partie du personnel, en raison de leur exposition aux risques d'infection liés au contact avec les travailleurs, les patients ou les matières dangereuses (p. ex., amiante, moisissure). [*contractor/contract worker*]

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

Superviseur : Toute personne qui dirige le travail d'un autre travailleur de la santé. [*supervisor*]

Surveillance : Collecte, compilation et analyse systématiques et continues de données et diffusion d'informations en temps opportun aux personnes qui en ont besoin pour passer à l'action. [*surveillance*]

Surveillance des processus : Surveillance exercée pour évaluer ou mesurer des processus (ce qui est fait à un patient ou pour un patient au cours de son expérience dans le système de santé) [*process surveillance*]

Surveillance des résultats : Surveillance qui mesure des résultats attribuables aux soins dans un organisme de soins de santé (p. ex., infections associées aux soins de santé). Un exemple de surveillance des résultats lié au programme de PCI est la surveillance des taux d'infection. [*outcome surveillance*]

Surveillance syndromique : Détection des signes et des symptômes de maladies infectieuses qui sont discernables avant la confirmation du diagnostic en laboratoire. [*syndromic surveillance*]



Système de commandement en cas d'incident (SCI) / système de gestion des incidents (SGI) : Système standardisé de gestion sur les lieux visant à assurer l'efficacité et l'efficience de la gestion d'incidents en intégrant divers établissements, équipements, travailleurs, procédures et communications dans une même structure organisationnelle. [*incident command system (ICS) / incident management system (IMS)*]

Travailleur de la santé / fournisseur de soins de santé : Personne qui travaille dans un milieu de soins de santé et qui entre en contact direct avec les patients, y compris, sans s'y limiter : personnel infirmier, médecins, dentistes, personnel infirmier praticien, personnel paramédical, personnel d'intervention d'urgence (dans certains cas), autres professionnels de la santé, personnel non réglementé des soins de santé, personnel enseignant et étudiants en clinique, personnel des services environnementaux, bénévoles. [*healthcare worker / healthcare provider*]

Visiteur : Toute personne au sein d'un organisme de soins de santé qui n'est pas sous le contrôle direct de l'employeur et qui ne joue pas un rôle actif dans la prestation de soins. [*visitor*]

NOTE

Dans ce document, ces termes suivent l'usage terminologique des normes de la CSA :

« **Doit** » indique une exigence, c'est-à-dire une prescription que l'utilisateur doit respecter pour assurer la conformité à la norme;

« **Devrait** » indique une recommandation ou ce qu'il est conseillé mais non obligatoire de faire; et

« **Peut** » indique une option ou ce qui est permis dans les limites de la norme.



Introduction

Le contexte

Les infections associées aux soins de santé (IASS) sont des infections qui surviennent en lien ou en rapport avec la prestation de soins de santé. Incluses parmi les IASS sont les infections du sang, les infections postopératoires, les infections urinaires et les infections respiratoires et entériques saisonnières. Depuis plus de 20 ans, les IASS sont reconnues comme un enjeu de sécurité des patients et un important effet indésirable des soins de santé^{1-4, 13-19}. Malgré les améliorations notées dans certains domaines (p. ex., infections à *C. difficile*), elles demeurent un problème sérieux¹⁹⁻²².

Des études de prévalence ponctuelle menées au Canada ont estimé que 7,9 % des patients hospitalisés ont contracté au moins une IASS^{20, 21}. Les IASS ont un impact important sur les dépenses de santé, en raison de l'hospitalisation prolongée, de la réadmission et de la consommation accrue de ressources coûteuses^{9, 23, 24}.

Quand les IASS impliquent des organismes résistants aux antibiotiques, les conséquences s'aggravent²⁵ : la mortalité associée aux organismes antibiorésistants (OA) était de 15,2 % à 32,7 % en 2017²⁰ et 14 000 décès ont été recensés en 2018²¹. Les plus récentes estimations indiquent que les infections aux OA ajoutent annuellement 1,4 milliard de dollars aux coûts du secteur de la santé au Canada²⁶. Dans les soins de longue durée (SLD), les éclosions entraînent des coûts importants pour l'organisme : bien que les études soient limitées²⁷, selon les estimations, les taux canadiens d'IASS dans les milieux de SLD sont d'environ 5 à 6 sur mille jours de résidence²⁸. À l'échelle internationale, environ 40 % des morts dus au coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2/COVID-19) dans la première année de la pandémie étaient des résidents de foyers de SLD²⁹ et dans certaines parties du Canada, le pourcentage était encore plus élevé³⁰.

Le rapport coût-efficacité des stratégies de PCI dans les milieux autres que les soins actifs n'a pas encore été étudié à fond³¹.

La raison d'être d'un programme de PCI

Il est estimé depuis longtemps que jusqu'à 70 % des IASS seraient évitables³²⁻³⁶ et qu'un programme de PCI efficace^{37, 38} peut réduire le nombre d'IASS³⁹⁻⁴⁴, la durée des hospitalisations²⁴, l'utilisation des antimicrobiens et la résistance aux antimicrobiens⁴⁵, de même que les coûts liés au traitement des infections⁴⁶. De nouvelles études sont venues le confirmer⁴⁷.

Comme les soins de santé continuent d'évoluer et que de plus en plus de traitements complexes sont offerts ailleurs que dans les milieux de soins actifs (p. ex., soins ambulatoires, cabinets de soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile), les programmes de PCI doivent viser tout le continuum des

milieux et des organismes de soins. Pour ce qui est des soins de longue durée, un sondage mené en 2005 a indiqué que les ressources et la programmation de la PCI étaient bien en deçà des suggestions des experts canadiens et américains⁴⁸ et l'expérience de la COVID-19 a montré que cela n'a pas changé^{49, 50}.

La récente expérience de la pandémie de SARS-CoV-2 dans les foyers de soins de longue durée au Canada a fait voir l'urgence d'avoir des programmes de PCI adéquatement pourvus de ressources comme norme de pratique de la sécurité des soins de santé^{50, 51}.

Les IASS affectent aussi le personnel, comme en témoigne l'incidence des infections à SARS-CoV-2, qui ont atteint jusqu'à 43 % des travailleurs de la santé⁵², et la proportion de cas de COVID-19 qui, malgré l'exposition communautaire, a dépassé 10 % dans la première vague.

Le programme de PCI et le leadership organisationnel doivent aussi s'occuper de problèmes de gestion autres que la résistance antimicrobienne⁵³. À l'échelle internationale, les besoins en gestion des ressources sont plus grands que jamais. La pandémie de COVID-19 a fait voir comment les soins de santé en général⁵⁴ et les programmes de PCI en particulier⁵⁵ peuvent générer de grandes quantités de déchets médicaux. L'utilisation appropriée des ressources des soins de santé est non seulement un aspect essentiel des soins axés sur le patient⁵⁶ et de la santé et la sécurité au travail⁵⁷, mais aussi un enjeu pour la planète, notamment à cause de l'impact environnemental des déchets (p. ex., produits à usage unique⁵⁸, matières plastiques de l'EPI⁵⁹, produits chimiques⁶⁰).

Les normes pour les programmes de PCI

Pourquoi faut-il des normes pour les programmes de PCI?

Tandis que l'orientation de la PCI au palier international est assurée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁶¹, le système de santé au Canada a pour fondement la *Loi canadienne sur la santé*⁶², qui assure des soins de santé universels et financés par l'État qui relèvent de la compétence provinciale et territoriale. Les changements économiques et politiques (p. ex., le vieillissement de la population, la hausse de l'espérance de vie) ont mené à des taux d'occupation dépassant 100 % dans les établissements de soins de santé et à de longues listes d'attente, notamment pour les places en foyer de soins de longue durée⁵¹.

Les programmes de soins de santé nationaux, provinciaux, territoriaux, régionaux/municipaux et locaux ont des rôles distincts pour ce qui est de déterminer des composantes essentielles des programmes de PCI⁶³.

- Le palier d'autorité national a la responsabilité de la protection et de la réglementation de la santé; de la sécurité des consommateurs; et de la surveillance et de la prévention des maladies, y compris l'élaboration et la diffusion de lignes directrices techniques nationales, en utilisant les

meilleures données probantes disponibles pour établir un éventail de lignes directrices fondamentales.

L'autorité de la santé au palier national devrait exercer, directement ou par délégation, le pouvoir de réglementer, d'orienter, de promouvoir et de surveiller l'observation des règlements.

- L'autorité provinciale/territoriale devrait administrer et dispenser la plupart des services de santé.
- Les autorités régionales/municipales sont principalement responsables d'administrer les bureaux de santé publique et de surveiller les mesures de lutte contre les maladies infectieuses.
- Le palier local (l'organisme de soins de santé) doit fournir les soins aux patients, au personnel et aux autres de façon sécuritaire et efficace. L'organisme de soins de santé adapte et applique les lignes directrices techniques nationales à l'échelle locale.
- Les composantes ayant trait à la PCI dans les programmes des paliers national, provincial et local devraient être harmonisées et cohérentes.

Les publications de sociétés scientifiques, d'organismes provinciaux ou d'autres groupes d'experts et associations professionnelles^{1, 64-66} suggèrent des composantes à inclure dans les programmes de PCI en se fondant sur des expertises ou d'autres justifications.

Les normes reflètent les attentes, les valeurs et les priorités de la profession⁶⁷. Lorsqu'elle s'applique à une personne, la norme est un degré de rendement attendu et atteignable contre lequel on peut mesurer le rendement actuel⁶⁸. Les professions autoréglementées sont caractérisées par leurs normes de pratique, qui se fondent sur les valeurs de la profession⁶⁹. À titre de porte-parole national des professionnels de la PCI de tous les secteurs des soins de santé dans toutes les provinces et les territoires, PCI Canada est un chef de file de la promotion des pratiques exemplaires de la PCI et sait reconnaître les normes qui caractérisent les programmes de PCI efficaces.

Les *Normes pour les programmes de PCI* rassemblent des ressources, des études scientifiques, des lignes directrices et des recommandations portant sur le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de PCI dans tout le continuum de soins. La mise en œuvre des *Normes pour les programmes de PCI* Canada aidera à assurer la sécurité des soins aux patients et de la pratique de la PCI au Canada.

L'audit de programme de PCI

L'audit d'un programme de PCI est une évaluation complète et objective de la conception et de l'efficacité de tous les aspects du programme de PCI d'un organisme de soins de santé par rapport à une norme approuvée. L'audit est reconnu comme une démarche essentielle pour juger de l'état du programme et éclairer les initiatives d'amélioration de la qualité menées dans les divers départements et services⁷⁰.



Les données tirées des audits serviront à orienter les buts et les objectifs annuels du programme de PCI. Elles peuvent aussi aider à cerner des aspects à viser pour l'amélioration de la qualité. Les cycles de l'amélioration de la qualité (AQ) peuvent comporter des modifications aux pratiques. L'AQ bien réussie comprend des changements soutenus aux pratiques et l'adoption répandue de processus de PCI améliorés ⁷¹.

Le professionnel / la professionnelle de la PCI qui effectue les audits sert de modèle de rôle et d'agent de changement ⁷². Le personnel et les gestionnaires bien motivés réussiront à améliorer les pratiques de PCI et à réduire les IASS ⁷³, notamment lorsque les résultats des démarches d'audit sont communiqués aux gestionnaires et au personnel pour soutenir les efforts d'amélioration ^{74, 75}.

L'outil [IPAC Program Audit Tool \(PAT[®]\)](#) de PCI Canada aide les auditeurs à juger si un programme de PCI est conforme aux normes. Cet outil existe aussi sous la forme d'une publication distincte augmentée d'une annexe d'audit, [Auditing the Infection Prevention and Control \(IPAC\) Program](#), à laquelle les membres de PCI Canada ont accès.

Il est à noter que dans ces Normes, l'ordre de la présentation des composantes de base des programmes de PCI n'est pas un ordre d'importance. Toutes les composantes de base devraient être considérées comme étant également importantes et essentielles à la mise en place et au fonctionnement efficace des programmes et des pratiques de PCI.

De plus, ces normes ne doivent pas être considérées comme exhaustives. Les travailleurs de la santé devront aussi consulter d'autres sources d'orientations, de politiques et de procédures (locales, provinciales/territoriales et nationales) en plus du présent document.

NORMES POUR LES PROGRAMMES DE PCI ÉTABLIES PAR PCI CANADA

1 Un environnement habilitant : la culture de la sécurité

La sécurité des patients est une préoccupation centrale et un engagement pour tous les organismes de soins de santé. Il est important de réduire les risques d'infection pour fournir un environnement sûr aux patients, aux travailleurs et à tous au sein de l'organisme. Les programmes de PCI comportent des indicateurs de qualité afin de soutenir les efforts continus d'amélioration de la qualité dans une organisation apprenante. La culture de la sécurité de la PCI consiste en l'engagement commun et les valeurs, attitudes et actions des dirigeants et des employés qui portent la conviction que l'environnement des soins de santé doit être un lieu sûr contre l'acquisition et la transmission d'infections.

1.1 La culture de la PCI (l'engagement et l'appui de la direction)

L'organisme de soins de santé fait participer tous ses membres à la promotion de la culture de la PCI au sein de l'organisme^{64-66, 76, 77}. La participation active et l'engagement envers la sécurité des patients et du personnel à tous les paliers de gestion sont d'importants facteurs prédictifs de la conformité aux pratiques de la PCI⁷⁸⁻⁸⁰. Les partenariats et la collaboration avec les parties concernées internes, dont les travailleurs de la santé, les médecins et les bénévoles, avec l'apport des patients et des familles, sont importants pour le développement et le rayonnement des lignes directrices et des pratiques exemplaires au sein d'un organisme. L'équipe de PCI travaille avec ses partenaires à la réalisation de campagnes d'activités, d'éducation et de sensibilisation à la PCI.

Une culture organisationnelle du changement continu en matière de PCI dépend de la mise en commun de l'obligation redditionnelle⁶³ et de la responsabilisation pour les processus de PCI⁶⁶, dont résultent des améliorations à la sécurité des patients⁶⁴.

Le programme de PCI n'appartient pas seulement à l'équipe de PCI; il est développé partout dans l'organisme par la collaboration des partenaires internes et externes à tous les paliers.

NORME 1

Les dirigeants et le personnel de l'organisme de soins de santé doivent communiquer, être des modèles de rôles et s'investir dans le développement et le maintien d'une culture de prévention des infections dans l'ensemble de l'organisme.

NORME 2

Les activités et les campagnes de sensibilisation des programmes de PCI doivent être développées en partenariat et en collaboration avec les parties prenantes concernées.

1.2 La mission, la vision et les valeurs du programme de PCI

La prévention des infections est une vision commune à tous dans le domaine des soins de santé. Tous doivent comprendre leur rôle dans le cadre d'un programme de PCI appuyé par une large participation multidisciplinaire et par un message affirmant clairement que tout le monde compte dans l'organisation et que tout le monde a la responsabilité de prévenir les infections^{78,79}.

Le programme de PCI a une vision et une intention ou une mission claire qui :

- s'harmonise avec la mission, la vision et les valeurs de l'organisme;
- sert de base pour la planification et l'orientation du programme de PCI;
- est communiquée à ses partenaires; et
- est révisée régulièrement.

Le conseil d'administration et les cadres supérieurs reconnaissent que le programme de PCI de l'organisme est un élément crucial de son plan stratégique visant à améliorer la qualité et la sécurité des patients⁸⁰. Les plans opérationnels annuels soutiennent le plan stratégique, les buts et les objectifs du programme de PCI et sont alignés avec les opérations quotidiennes. Il règne dans l'organisme une culture d'adhésion et de responsabilisation grâce à l'appui des cadres supérieurs et du conseil d'administration aux buts et aux priorités du programme de PCI de l'organisme⁸¹.

NORME 3

L'organisme de soins de santé doit avoir pour son programme de PCI une vision claire, soutenue par le conseil d'administration / l'organe directeur / les cadres supérieurs.

1.3 La sécurité des patients

La sécurité des patients est une priorité stratégique de l'amélioration de la qualité pour un organisme de soins de santé. Le rôle crucial du programme de PCI est reconnu par les organismes d'agrément, qui ont parmi leurs buts en matière de sécurité des patients de réduire le risque et l'impact des IASS dans tout le continuum de soins^{82,83}.

Les cadres supérieurs et les organes directeurs des organismes de soins de santé canadiens s'occupent de la qualité des soins cliniques et de la sécurité des

patients⁸⁴. L'organe directeur doit ultimement rendre compte de la qualité et de la sécurité des services de l'organisme et par l'attention portée aux questions de sécurité des patients, il favorise une culture de la sécurité des patients qui mène à l'amélioration des résultats et des processus des soins⁸².

Plusieurs éléments du programme de PCI sont des indicateurs de qualité des soins, notamment les indicateurs de résultats, comme les taux d'infection, ou les indicateurs de processus, comme les tendances qui se dégagent des audits des pratiques⁸³.

Tandis qu'une culture de sécurité positive favorise le succès des interventions, réciproquement, les interventions efficaces des organismes de soins de santé favorisent l'amélioration de la culture⁸⁴.

Le rôle du programme de PCI dans le maintien de la sécurité des patients implique aussi bien les patients que les membres de la famille et les visiteurs dans le milieu de soins. Les interventions du programme de PCI qui visent la sécurité des patients peuvent inclure, par exemple :

- le dépistage initial des maladies transmissibles et des organismes antibiorésistants, ainsi que l'évaluation continue des risques;
- l'accès aux ressources pour l'hygiène des mains et à l'équipement de protection individuelle (EPI), et
- des informations conviviales sur les pratiques de base et les précautions additionnelles.

Les patients devraient avoir des occasions de prendre part à la planification et aux décisions sur les activités d'amélioration de la qualité^{85,86}, dont celles qui ont trait au programme de PCI. Leur participation peut se faire par l'entremise d'un ombudsman des patients, d'un conseil de résidence, de sondages de patients et/ou de rétroactions des patients lors d'enquêtes sur les éclosions ou d'analyses des causes fondamentales.

NORME 4

La sécurité des patients en relation avec le programme de PCI doit être une priorité stratégique de l'organisme de soins de santé.

1.4 La conciliation travail-vie personnelle en rapport avec la PCI

La conciliation travail-vie personnelle comprend des mesures de soutien structurales et culturelles qui aident les employés à harmoniser leur travail rémunéré avec leurs autres rôles importants dans la vie⁸⁷. Il s'agit de créer un environnement de travail plus flexible et accommodant qui permet aux employés de mieux se concentrer sur les tâches de leur emploi pendant qu'ils sont au travail. La conciliation travail-vie personnelle est une philosophie et un ensemble défini de mesures de soutien fournies par l'organisme pour aider les travailleurs



à connaître le succès au travail et à la maison. Ces mesures supposent un engagement de la direction envers la qualité de la conciliation travail-vie personnelle pratiquée dans l'organisme, une culture organisationnelle qui soutient les activités visant à améliorer la sécurité du milieu de travail, des programmes qui répondent aux besoins liés aux événements de la vie et la flexibilité permettant de répondre tant aux besoins du personnel qu'aux besoins du milieu de travail et des organismes de soins de santé⁸⁸.

Les organismes reconnaissent que la santé et la sécurité de la main-d'œuvre et de l'environnement de travail sont une priorité stratégique pour la qualité des soins⁸⁹. Les initiatives des programmes de PCI pour la prévention des maladies et des blessures parmi le personnel font partie des programmes de conciliation travail-vie personnelle, de santé et de mieux-être, qui comportent ces mesures :

- les politiques, les procédures et les protocoles des programmes de PCI qui respectent les dispositions législatives pertinentes;
- la formation des travailleurs de la santé en matière d'évaluation des risques et d'utilisation de l'EPI et d'autres équipements de sécurité au besoin;
- l'accès aux recherches et aux informations sur les pratiques exemplaires en matière de sécurité du personnel;
- des ressources pour protéger le personnel contre les maladies infectieuses (p. ex., EPI, équipement de l'hygiène des mains, programmes d'immunisation, initiatives de sécurité des objets tranchants et piquants);
- les protocoles de gestion des cas éventuels d'exposition du personnel aux infections;
- les enquêtes sur les incidents pour éviter qu'ils ne se reproduisent;
- les mesures de gestion des problèmes de non-conformité des pratiques de PCI; et
- les mesures d'accommodement, notamment en ce qui concerne les maladies infectieuses et l'exposition à celles-ci.

La sécurité du personnel comprend aussi la sécurité psychologique⁹⁰, c'est-à-dire la conviction partagée que la culture de l'équipe soutient la prise de risques interpersonnels et que le personnel a la permission d'être soi-même, sans crainte de harcèlement ou d'incivilité⁹¹, ce qui rehausse l'assurance, la créativité, la confiance et la productivité^{92, 93}. Les leaders encadrent le travail de façon à reconnaître et à soutenir les personnes qui apportent des contributions appréciées, à créer un environnement qui favorise l'éducation permanente et l'excellence et à encourager les membres de l'équipe à reconnaître et à abandonner les préjugés inconscients^{94, 95}.

Un milieu de travail sécuritaire fait preuve d'intégrité et de respect pour tous en soutenant la diversité, l'équité et l'inclusion, notamment pour l'égalité des chances, et en condamnant le racisme et la discrimination. Cette volonté est animée par des activités de sensibilisation visant à rehausser la compétence culturelle, y compris dans le cadre de l'embauche, des recherches et du travail quotidien.



NORME 5

L'organisme de soins de santé doit faire preuve d'engagement envers des stratégies visant à prévenir l'exposition du personnel aux microorganismes et les infections qui en résultent.

NORME 6

L'organisme de soins de santé doit faire preuve d'engagement envers des stratégies de conciliation travail-vie personnelle afin de soutenir activement le bien-être mental et la sécurité psychologique de son personnel.

NORME 7

L'organisme de soins de santé doit faire preuve d'engagement envers la diversité, l'équité et l'inclusion dans le milieu de travail.

2 Le programme de PCI : son cadre fondamental

2.1 La gouvernance et le leadership du programme de PCI

Le leadership organisationnel efficace joue un rôle important dans les activités liées à la prévention des IASS en inculquant une culture d'excellence et en inspirant le personnel ⁹⁶.

Le leadership est une des clés de la prévention des IASS et l'intégration d'experts de la PCI dans le processus facilite la mise en pratique des résultats des recherches ⁹⁶.

La gouvernance est le cadre dans lequel les organismes de soins de santé répondent de leur responsabilité d'assurer la mise en place de systèmes rigoureux pour surveiller, soutenir et continuellement améliorer la sécurité et la qualité des soins ^{97, 98}. Le programme de PCI est un aspect essentiel de la gouvernance et il maintient un profil clinique et un profil administratif élevés.

2.1.1 La valeur du programme de PCI pour l'organe directeur / les cadres supérieurs

La qualité des soins de santé est inhérente à la gouvernance clinique et elle est de la responsabilité directe de la direction générale, du conseil d'administration / de l'organe directeur et des cadres supérieurs de l'organisme de soins de santé. L'organisme assure l'engagement envers la PCI par la participation et le patronage actifs des dirigeants, qui sont des éléments essentiels d'un programme de PCI bien réussi ⁹⁹.

Un programme de PCI qui fonctionne bien et qui est bien appuyé apporte de la valeur à l'organisme et améliore son rapport coût-efficacité en aidant à réduire le nombre, la durée des soins et les coûts du traitement des IASS ^{8, 35}. Investir dans les programmes de PCI est une priorité qui profite à l'ensemble de l'organisme ⁸¹. Le soutien des dirigeants de l'organisme inclut l'affectation de ressources adéquates aux programmes de PCI pour qu'ils respectent bien les normes ⁹⁷.

Le conseil d'administration et les cadres supérieurs font voir aux patients, au public et à eux-mêmes qu'ils avancent continuellement vers l'atteinte de tous leurs engagements par rapport au programme de PCI ⁹⁸. Des preuves témoignent des communications régulières entre les cadres supérieurs et le conseil d'administration / l'organe de direction au sujet des attentes des patients, des visiteurs et du personnel par rapport au programme de PCI ⁹⁸.

NORME 8

Le programme de PCI doit être une partie essentielle de la gouvernance et maintenir un profil clinique et un profil administratif élevés.

2.1.2 Le rôle du programme de PCI dans le plan stratégique de l'organisme de soins de santé

Une approche organisationnelle globale est nécessaire pour assurer la mise en œuvre d'un programme de PCI efficace dont les cadres supérieurs ont la responsabilité ultime.

Les dirigeants de l'organisme fournissent du soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans opérationnels du programme de PCI, afin de réaliser son plan stratégique, ses buts et ses objectifs et d'orienter ses opérations au quotidien⁹⁶. L'exécution du programme repose non seulement sur l'équipe de PCI, mais aussi sur les gestionnaires des services infirmiers et de divers départements, dont les services environnementaux, le service de santé et sécurité au travail, la direction des services médicaux, le service de retraitement des dispositifs médicaux et d'autres services et personnes au sein de l'établissement qui sont touchés par la prestation efficace du programme^{65, 77}.

NORME 9

Le conseil d'administration / les cadres supérieurs doivent reconnaître le programme de PCI comme un élément essentiel du plan stratégique de l'organisme de soins de santé.

2.1.3 Le positionnement et les rapports hiérarchiques du programme de PCI

Le programme de PCI est essentiel à l'organisme de soins de santé et il est placé dans un rapport hiérarchique qui lui donne le pouvoir d'effectuer des changements. Le programme de PCI doit relever directement du conseil d'administration / de l'organe directeur par l'entremise des cadres supérieurs. Tout au moins, il doit relever d'un palier supérieur qui s'étend sur tous les paliers départementaux de l'organisme, par exemple, la gestion du risque / de la qualité, le service de soins infirmiers dans les foyers de soins de longue durée ou le service de mieux-être dans les maisons de retraite.

Des preuves montrent que le programme de PCI est bien positionné pour avoir la meilleure portée fonctionnelle et que tous les départements répondent de la responsabilité de réduire les IASS. Les cadres supérieurs savent justifier le positionnement du programme de PCI comme étant celui qui lui assure le meilleur impact (p. ex., sous l'égide de la gestion des risques, plutôt que des services infirmiers ou du laboratoire). Les politiques et les procédures du

programme de PCI doivent être appliquées de façon cohérente partout dans l'organisme.

NORME 10

Le programme de PCI doit être positionné dans l'organisme de manière à avoir un canal efficace pour la reddition de comptes aux cadres supérieurs.

2.1.4 Les risques cliniques liés au programme de PCI

La qualité des soins cliniques et la sécurité des patients sont des considérations importantes pour les organismes de soins de santé⁸³. Seules les réactions indésirables aux médicaments sont plus fréquentes que les IASS parmi les événements indésirables subis par les patients hospitalisés^{84, 100}. La réduction des risques cliniques, notamment la prévention et le contrôle des infections, rehausse la sécurité et l'efficacité des soins.

Les taux d'infection et d'autres indicateurs clés, comme la mortalité, les complications chirurgicales, les complications des patients et la satisfaction des patients, sont des indicateurs de rendement à fournir aux organes de direction pour assurer le suivi des améliorations aux soins. Excellence en santé Canada reconnaît plusieurs stratégies de programmes de PCI visant à réduire l'incidence de morbidité et de mortalité évitables associée aux soins de santé^{101, 102}.

Le rôle important du programme de PCI pour la sécurité des patients est également reconnu par les organismes d'agrément, qui cherchent eux aussi à rehausser la sécurité en réduisant le risque des IASS et leur impact dans tout le continuum des soins¹⁰³. Agrément Canada exige que les organismes mènent une évaluation des risques pour cerner et gérer les activités à haut risque, comme les procédures médicales produisant des aérosols, la manipulation d'échantillons et d'objets pointus ou tranchants et l'exposition aux déchets contaminés⁶⁴.

Les organismes de soins de santé doivent⁶⁴ :

- adhérer aux lignes directrices et aux recommandations faisant consensus pour la PCI;
- fournir l'éducation et la formation appropriée au personnel;
- surveiller les taux d'infection et les comparer aux indices de référence;
- formuler et mener des stratégies de réduction des risques en tenant compte des lois pertinentes et des lignes directrices publiées; et
- continuellement prendre des mesures pour apporter d'autres améliorations à leurs processus.

L'organisme utilise une approche de gestion intégrée des risques (c.-à-d. continue, proactive et systématique) pour atténuer et gérer les risques associés à la PCI⁶⁴. Des preuves montrent que l'organisme de direction / le conseil d'administration sait que des mécanismes de surveillance des risques sont en

place dans chaque service clinique et que chaque service doit rendre compte de sa conformité aux protocoles et aux procédures du programme de PCI⁹⁹, y compris les indicateurs de processus et de résultats pour les patients et le personnel (p. ex., taux d'hygiène des mains, taux d'infections liées aux dispositifs). Ces informations sont aussi diffusées régulièrement dans l'ensemble de l'organisme et communiquées aux partenaires externes. L'équipe de PCI participe à l'élaboration des indicateurs de rendement du personnel qui concernent le programme de PCI⁸⁰.

Les dirigeants de l'organisme évaluent les risques et les possibilités de la PCI qui ont été identifiés et ils intègrent dans le plan stratégique des stratégies pour y répondre⁶⁴. Les dirigeants comprennent l'environnement de l'organisme et prennent en considération tout changement prévu qui puisse représenter un risque ou une possibilité pour l'organisme du point de vue de la PCI⁶⁴. Des mécanismes sont en place pour informer l'organe directeur / le conseil d'administration des mesures de contrôle mises en place pour la PCI⁹⁹.

NORME 11

L'organisme doit avoir un processus structuré pour l'atténuation des risques de maladies infectieuses.

2.2 L'administration du programme de PCI

2.2.1 Le développement du programme de PCI

Un programme de PCI doit être en place dans tous les milieux de soins, comme les services de soins actifs et les établissements de soins à long terme, les pratiques en cabinet (p. ex., cliniques de pratique générale, cliniques dentaires, centres de santé communautaire) et d'autres milieux communautaires.

La mise en œuvre du programme de PCI est du ressort de l'équipe de PCI, des cadres supérieurs et de tous les départements touchés par l'exécution efficace du programme⁶⁶.

Avant l'instauration d'un programme de PCI et périodiquement par la suite, l'organisme mène une évaluation des risques pour déterminer ses forces, faiblesses, possibilités et menaces liées aux pratiques de PCI (analyse FFPM). Les résultats de cette analyse aident à hiérarchiser les besoins du programme et sont alignés stratégiquement avec les priorités de l'organisme et la réglementation des provinces/territoires. Ce processus dynamique fait preuve de souplesse pour pouvoir répondre aux besoins changeants de l'organisme⁶⁶ et aux menaces posées par les maladies infectieuses émergentes (p. ex., une pandémie).

Les normes et les lignes directrices de la PCI sont mises en œuvre dans toutes les parties de l'organisme. Les normes de la PCI sont planifiées et élaborées

avec l'aide d'équipes multidisciplinaires et le soutien des cadres supérieurs ^{1, 2, 64, 66, 99}.

Une approche collaborative à l'appui du programme de PCI ⁶⁴ nécessite que les fonctions du programme soient planifiées, élaborées, instaurées et évaluées par une équipe de PCI ou un comité multidisciplinaire ⁶⁶. Le comité devrait revoir et orienter le programme, les stratégies et les plans de PCI de l'organisme.

La collaboration entre le programme de PCI et d'autres départements entretient les bonnes relations de travail qui sont essentielles au succès du programme ⁸⁰. Les activités de PCI sont liées à celles des partenaires clés au sein de l'organisme (p. ex., la SST) ⁶⁴. Les comités multidisciplinaires d'amélioration de la qualité comptent des représentants de l'équipe de PCI ⁹⁵.

Les activités du programme de PCI appliquent des méthodologies d'amélioration continue de la qualité où les processus et les résultats sont examinés et améliorés continuellement ⁶⁴. Ces dernières années, il semble que les programmes de PCI aient vu augmenter leurs ressources en raison des menaces posées par des maladies infectieuses à grande échelle, comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-1) en Ontario, les éclosions de *C. difficile* au Québec et la pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2). Les indicateurs de rendement du programme de PCI tiennent compte de la complexité de l'établissement de soins de santé, des caractéristiques de la population de patients, des besoins de l'établissement et de la législation.

Une évaluation des risques organisationnels est menée annuellement pour vérifier que les politiques, les procédures et les protocoles sont cohérents, qu'ils atteignent leurs objectifs établis et qu'ils sont conformes aux pratiques exemplaires et à la réglementation actuelles ⁶⁴⁻⁶⁶.

La fiabilité, la validité et l'application des pratiques de PCI font l'objet d'évaluations consistant à :

- Analyser les données de surveillance et les données épidémiologiques;
- Intégrer les exigences nationales et régionales et les obligations légales aux politiques, procédures et protocoles;
- Évaluer régulièrement les efficacités et les priorités pour vérifier leur conformité avec les pratiques exemplaires à l'aide d'indicateurs de qualité et de données de référence; et
- Consulter des recherches et de la littérature actuelles et de haute qualité évaluées par des pairs.

NORME 12

Le programme de PCI doit être élaboré en collaboration avec les intervenants concernés au sein de l'organisme de soins de santé.

NORME 13

Les livrables du programme de PCI doivent être basés sur les priorités de l'organisme, les exigences législatives, la complexité de l'établissement de santé, les caractéristiques de la population à servir et les besoins de la communauté.

2.2.2 Les buts et les objectifs du programme de PCI

Le but d'un programme de PCI est de protéger les patients, le personnel et les visiteurs contre les IASS, ce qui a pour effet d'améliorer les taux de survie, de réduire la morbidité, de raccourcir la durée des soins de santé⁵⁶ et de diminuer les congés de maladie du personnel.

Les buts du programme de PCI sont fondés sur des données probantes^{75, 103, 104} et correspondent à des objectifs mesurables examinés au moins une fois par année et révisés en fonction des données des indicateurs de rendement, des données épidémiologiques locales et de l'évaluation des risques organisationnels. Les buts du programme de PCI cadrent avec les exigences de déclaration et les obligations légales⁹⁹.

Le programme de PCI pour l'ensemble de l'organisme comprend des objectifs clairement définis et un plan de travail annuel développé en collaboration avec le comité multidisciplinaire et les intervenants internes et externes concernés.

Les éléments suivants font partie de ses objectifs essentiels :

- Un examen annuel des buts du programme;
- L'appui du conseil d'administration et des cadres supérieurs aux buts du programme;
- L'évaluation des indicateurs de rendement et leur révision au besoin;
- La communication aux partenaires des données et des informations importantes, notamment les indicateurs de rendement et les données de surveillance;
- La délégation des responsabilités et de l'autorité aux personnes capables de livrer les résultats visés et les communications en temps opportun pour faciliter les mesures d'amélioration;
- Les services proactifs et réactifs (notamment l'éducation et la formation en PCI) coordonnés par l'équipe de PCI en collaboration avec des partenaires clés;
- Le recours à des normes et à des lignes directrices fondées sur des données probantes pour élaborer et/ou réviser les politiques, les procédures et les protocoles;
- L'identification et la réaction promptes aux tendances inquiétantes (dont les problèmes et agents pathogènes émergents), aux grappes de cas, aux éclosions et aux événements sentinelles.
- Les activités de surveillance ciblées établies à la lumière des données des indicateurs de processus et de résultats.

NORME 14

Les buts des programmes de PCI doivent être fondés sur des données probantes et assortis d'objectifs mesurables revus/révisés au moins une fois par année.

2.2.3 Le comité de prévention et de contrôle des infections

L'équipe de PCI est soutenue par un comité ou un groupe consultatif de PCI structuré de manière à représenter les partenaires dans tous les secteurs de l'organisme⁶⁴, y compris, sans s'y limiter, les professionnels de la PCI, le service de santé et sécurité au travail, les services environnementaux, les services infirmiers, ainsi que la représentation médicale des programmes cliniques, dont les maladies infectieuses, la microbiologie et la santé publique locale, ainsi que les cadres supérieurs¹⁰⁵. Dans les hôpitaux, ce comité multidisciplinaire peut relever du conseil d'administration par l'entremise du comité consultatif médical⁶⁶, tandis que dans d'autres organismes, il peut relever des cadres supérieurs. Agrément Canada exige que ce comité soit formellement structuré⁶⁴.

Le comité de PCI exerce ces responsabilités^{64, 66} :

- établir les buts et le plan stratégique annuels du programme de PCI et du comité de PCI;
- s'assurer que le programme de PCI répond aux normes prévues par la loi et aux exigences de l'organisme;
- solliciter les ressources nécessaires à l'atteinte des buts du programme;
- servir d'experts-conseils sur des questions controversées (p. ex., l'impact de la fermeture de départements cliniques pour cause d'éclotions) :
- revoir les initiatives de sécurité des patients, de gestion des risques ou d'assurance de la qualité liées aux IASS; et
- évaluer le programme de PCI.

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

- les objectifs du programme de PCI;
- les exigences des organismes d'agrément;
- les lois nationales/provinciales/territoriales;
- les processus d'approbation des politiques; et
- le temps requis pour bien revoir les données de surveillance et les analyses connexes du programme de PCI et assurer le suivi de ses buts et activités.

Un processus est en place pour veiller à ce que les questions ou les problèmes soumis pour examen au comité de PCI soient traités dans un délai convenable. Les questions importantes font l'objet d'un suivi adéquat, surtout celles qui ont trait à la gestion des risques ou à la sécurité des patients. Les procès-verbaux des réunions sont rédigés et conservés.

Le mandat du comité de PCI est examiné annuellement pour vérifier que la composition du comité représente bien les besoins du programme de PCI de l'organisme et que ses buts ont été atteints.

NORME 15	Le programme de PCI doit être soutenu par un comité de PCI multidisciplinaire qui relève de la haute direction.
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NORME 16	Le comité de PCI doit passer en revue les buts annuels, solliciter des ressources pour atteindre ces buts, revoir les initiatives d'amélioration de la qualité et contribuer aux livrables du programme de PCI.
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2.4 La gestion des informations de la PCI

Des systèmes de données, de renseignements et de connaissances fournissent des services fiables en temps opportun à l'appui des objectifs du programme de PCI. La surveillance des IASS est un des fondements d'un programme de PCI réussi. Les composantes automatisées du système de surveillance sont des outils qui soutiennent efficacement le travail de gestion de données de l'équipe de PCI en fournissant des résultats plus exacts et rapides^{107, 108}.

Les protocoles et les systèmes de gestion des informations du programme de PCI répondent aux besoins actuels, prévoient les besoins futurs et rehaussent le rendement de l'organisme. Des ordinateurs y sont consacrés dans le département de PCI. Les nouvelles technologies, les nouvelles pratiques et d'autres innovations sont intégrées aux politiques, aux procédures et aux protocoles⁹⁹, par exemple, l'utilisation d'appareils portatifs manuels pour la collecte des données de surveillance et d'audit.

A. Le plan de gestion des informations de la PCI

Un plan établit comment le programme de PCI s'occupera de⁶⁴ :

- définir et prioriser les besoins actuels et futurs en matière d'information;
- capter, analyser, enregistrer et diffuser les données;
- présenter des données exactes d'une manière standardisée;
- soutenir, éduquer et former le personnel de la PCI au traitement et à l'utilisation du système de gestion des informations du programme de la PCI et à l'utilisation optimale de la technologie;
- gérer la capacité d'intensification en cas d'éclosion, d'urgence ou de sinistre;
- prévoir la flexibilité nécessaire pour gérer le changement et les besoins futurs;
- veiller à la confidentialité, à l'intégrité et à la sécurité des données; et

- gérer la conservation des dossiers et le stockage des informations conformément aux lois applicables.

B. La conservation des dossiers et le stockage des informations

Les données, les informations et les sources de connaissances sont conservées de façon sécuritaire (conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* – LPRPDE), tout en demeurant accessibles aux professionnels responsables de la PCI. Des processus sont en place pour la récupération des données en cas de sinistre ou de défaillance du système.

Les dossiers du programme de PCI sont conservés pour le temps approuvé par l'organisme, en fonction de ses politiques et des lois applicables localement (p. ex., au moins trois ans dans certains établissements, jusqu'à sept ou dix ans dans d'autres). Parmi les dossiers à conserver sont les rapports d'enquête, les procès-verbaux des réunions du comité de PCI, les dossiers relatifs à l'éducation et à la formation et les bases de données épidémiologiques¹⁰⁹.

NORME 17

Les protocoles et les plans de gestion de l'information du programme de PCI doivent répondre à ses besoins actuels, prévoir ses besoins futurs et rehausser son rendement.

NORME 18

L'utilisation des renseignements confidentiels des patients aux fins du programme de PCI doit être conforme aux lois fédérales (LPRPDE) et provinciales/territoriales (y compris pour la conservation et de stockage) et aux normes éthiques de confidentialité et de protection de la vie privée.

2.2.5 Les ressources du programme de PCI

Les investissements dans les programmes de PCI et la répartition adéquate des ressources⁸² ont un impact sur la quantité et la qualité de la surveillance des IASS dans les milieux de soins actifs³⁴. Il a été démontré que l'augmentation de la surveillance des organismes antibiorésistants (OA) et l'éducation ciblée en matière de PCI réduisent les taux des OA dans les hôpitaux et les milieux de soins de longue durée^{45, 106}; toutefois les études sur la valeur économique des programmes de PCI pour les soins de longue durée sont limitées^{49, 50}.

Les programmes de PCI ont besoin de ressources physiques, financières et humaines en fonction de la taille de l'organisme, des types de services fournis et du mandat du programme^{64, 66}.

L'équipe de PCI examine régulièrement (p. ex., annuellement) les ressources du programme de PCI et sollicite des ressources au besoin.

NORME 19

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

2.2.5.1 L'accès aux services de laboratoire de microbiologie

Le programme de PCI a accès à un programme 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 accessible afin de faciliter la détection rapide des IASS^{64, 66}. Idéalement, le personnel de la PCI a accès aux rapports de laboratoire et aux avis d'identification de microorganisme à haut risque.

Le laboratoire de microbiologie a les ressources qu'il faut pour fournir rapidement des résultats pour des microorganismes à haut risque, comme *C. difficile*, et aider l'enquête sur l'éclosion dans les meilleurs délais.

NORME 20

Le programme de PCI doit être soutenu par un laboratoire de microbiologie agréé.

2.2.5.2 Les exigences budgétaires

Des ressources dédiées sont affectées au programme de PCI de façon continue, dont des fonds suffisants pour ces nécessités⁶⁶ :

- les ressources intellectuelles (p. ex., livres, manuels, lignes directrices, ressources en ligne, abonnements) et leur entretien;
- les ressources matérielles (p. ex. matériel de bureau, matériel électronique comme des ordinateurs et des logiciels, matériel d'éducation et de formation, matériel audiovisuel);
- les ressources humaines (p. ex. médecin œuvrant dans le domaine de la PCI, professionnels de la PCI, soutien administratif, leadership en PCI, p. ex., chef d'équipe, gestionnaire, directeur/directrice);
- la formation continue (p. ex. participation à des congrès, téléconférences, vidéoconférences, webinaires, cours de formation).

NORME 21

Des ressources financières doivent être affectées aux besoins du programme de PCI.

2.2.5.3 Les besoins en personnel

La direction soutient la dotation en personnel compétent en PCI dans l'organisme, ainsi que les objectifs et le personnel du programme de PCI, pour assurer la prestation de services de qualité⁹⁹.

Le soutien administratif et le personnel de bureau

L'organisme fournit de l'aide administrative au programme de PCI⁶⁶. Il y a du personnel de soutien permettant aux professionnels de la PCI de s'occuper des besoins du programme de PCI dans les services cliniques. Le soutien administratif fourni dépendra de la complexité du programme de PCI.

NORME 22

Le programme de PCI doit avoir suffisamment de personnel de soutien pour répondre à ses besoins et à ses buts.

Le professionnel / la professionnelle de la prévention et du contrôle des infections

Le poste de professionnel de la PCI est un poste dédié spécifiquement à la PCI. Quelle que soit la taille de l'organisme, les attentes en ce qui concerne le nombre d'heures par semaine à consacrer à la PCI doivent être clairement énoncées et protégées⁶⁶.

Les niveaux de dotation en professionnels de la PCI correspondent aux types de soins fournis par l'organisme et varient selon leur volume, leur complexité et leur acuité. La dotation en personnel ne devrait pas dépendre exclusivement du nombre de lits et devrait tenir compte de l'évaluation des risques organisationnels^{64,66}. Des lignes directrices de l'Ontario publiées en 2012 recommandent⁶⁶ :

- un ratio minimal d'un (1,0) équivalent temps plein (ETP) en PCI pour 115 lits en soins actifs;
- un ratio minimal d'un (1,0) ETP en PCI pour 100 lits en soins actifs occupés, s'il y a des activités à risque élevé (p. ex. la dialyse);
- un ratio supplémentaire d'un (1,0) ETP en PCI pour 30 lits en soins intensifs devrait être envisagé là où le suivi hémodynamique et la ventilation sont régulièrement effectués;
- un (1,0) ETP en PCI pour 150 lits de soins de longue durée occupés là où 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 élevée;
- un (1,0) ETP en PCI pour 150 à 200 lits dans les autres milieux de soins, selon les niveaux d'acuité.

Des publications plus récentes constatent que les niveaux de demande sont en hausse^{110,111}, préconisent un modèle de dotation en personnel axé sur une évaluation granulaire des programmes, des contextes et des rôles¹¹² et encouragent l'adoption de ratios plus élevés, p. ex., 1,25 professionnel de la PCI

pour 100 patients hospitalisés recensés et 1,0 ETP en PCI pour 69 lits si les soins ambulatoires, les soins à long terme ou les soins à domicile sont inclus ^{112, 113}.

Des études ont constaté le besoin de ressources accrues pour la PCI dans les foyers de soins infirmiers des États-Unis, y compris le personnel, à la suite de la pandémie ^{113, 114}. Depuis 2022, des normes de PCI établies par la loi en Ontario pour les foyers de soins de longue durée (SLD) ¹⁰⁶ exigent que la personne à la tête des services de PCI travaille régulièrement dans ce poste et sur les lieux pendant le nombre d'heures suivant, au minimum :

- Dans les foyers de SLD où la capacité en lits autorisés est d'au plus 69 lits (les foyers plus petits), au moins 17,5 heures par semaine;
- Dans les foyers où la capacité en lits autorisés est de plus de 69, mais de moins de 200 lits, au moins 26,25 heures par semaine;
- Dans les foyers où la capacité en lits autorisés est de 200 lits ou plus, au moins 35 heures par semaine (art. 102. par. 15 du règlement);
- Un (1,0) ETP en PCI pour 150 à 200 lits dans d'autres organismes, compte tenu des niveaux acuité.

L'organisme voit à ce que les professionnels de la PCI nouvellement embauchés soient inscrits dans un programme de formation en PCI (minimum de 80 heures) dans les six premiers mois de leur entrée dans la profession ⁶⁶ (programmes fournis ou approuvés par PCI Canada) et aient le soutien d'un professionnel / d'une professionnelle chevronné de la PCI après l'embauche. Un précepteur / une préceptrice est fourni dès l'embauche si la personne n'a pas d'expérience en PCI. Après la période d'orientation initiale, la professionnelle ou le professionnel de la PCI continue de développer ses compétences ¹¹⁵ et devrait avoir une relation de mentorat. On estime qu'il faut au moins cinq ans pour acquérir la pleine expertise d'un domaine particulier des soins de santé ¹¹⁶. On encourage les professionnels de la PCI à adhérer à leur association professionnelle (p. ex., PCI Canada et sa section locale). Les professionnels de la PCI sont censés continuer de chercher des occasions de s'éduquer pour enrichir leurs connaissances et approfondir leurs habiletés dans les divers domaines de compétence des programmes de PCI ^{115, 117}, à savoir :

- l'éducation
- les maladies infectieuses et la microbiologie
- les pratiques de base et les précautions additionnelles
- la surveillance et l'épidémiologie
- l'utilisation des recherches
- la conception, la construction, la rénovation et l'entretien d'établissements de soins de santé
- la santé et la sécurité au travail
- la gestion des éclosions et les dangers des maladies infectieuses
- l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients
- le nettoyage et la désinfection
- le retraitement des dispositifs médicaux
- les communications
- le leadership

- la gestion de programmes et de projets
- le professionnalisme
- la diversité, l'équité et l'inclusion
- l'asepsie
- l'évaluation de produits
- les technologies de l'information et la gestion de données
- l'administration de programmes, là où il y a lieu ¹¹⁴
- les questions juridiques et l'élaboration de politiques
- l'intendance des antimicrobiens

PCI Canada affirme qu'une exigence fondamentale pour le poste de professionnel de la PCI est l'obtention et la conservation de la certification en prévention et en contrôle des infections (le titre de CIC[®] ou de LTC-CIP, selon les milieux) auprès du Certification Board of Infection Control and Epidemiology Inc. (CBIC). La certification signifie que les connaissances spécialisées nécessaires à l'exécution compétente de la pratique de la PCI actuelle ont été obtenues et tenues à jour. Les professionnels de la PCI se préparent pour la certification en combinant divers modes d'apprentissage, dont des cours approuvés par PCI Canada, le mentorat dans le milieu de travail et l'éducation permanente. Le titre de CIC[®] devrait être obtenu deux à cinq ans après le début du rôle et des responsabilités de la PCI ¹¹⁸.

L'organisme de SLD compte au moins un membre du personnel qui détient la certification (le titre Certified in Infection Control [CIC[®]] ou LTC-CIP) ou qui l'obtiendra lorsqu'il ou elle y sera admissible, selon l'acuité des services fournis par l'établissement ^{66, 118}. Les nouveaux professionnels de la PCI obtiennent une éducation qui leur permettra d'obtenir et de maintenir la certification ⁶⁶. *Voir aussi la section Éducation et formation.*

Les exigences en matière d'éducation permanente

L'organisme veille à ce que les professionnels de la PCI maintiennent leurs connaissances et leurs compétences en s'adonnant à l'éducation permanente en rapport avec leur pratique professionnelle et en renouvelant leur certification en PCI aux cinq ans ⁶⁶.

Les professionnels de la PCI tiennent à jour leurs connaissances sur les pratiques exemplaires de la PCI en prenant connaissance de recherches fondées sur des données probantes, de consensus et de lignes directrices établies et en intégrant les résultats de recherches publiées dans leur pratique, leur éducation et/ou leur consultation ^{66, 115}.

Les ressources pour la formation en PCI sont examinées régulièrement pour vérifier qu'elles correspondent aux données probantes établies et aux normes de la profession et du milieu de travail ⁹⁹.

Voir aussi la section L'éducation et la formation.

NORME 23

L'organisme doit prévoir et protéger un nombre approprié d'heures de travail que le personnel du service de PCI est censé consacrer au programme de PCI selon l'acuité et le volume des soins que l'organisme fournit.

NORME 24

L'organisme doit appuyer ses professionnels de la PCI dans l'obtention et le maintien de leurs compétences pour la pratique de la PCI.

NORME 25

Les professionnels de la PCI doivent obtenir la certification en PCI lorsqu'ils y deviennent admissibles et la maintenir pendant qu'ils exercent cette fonction.

Le médecin en PCI

L'organisme a accès à un médecin qualifié en PCI qui a des connaissances, de l'expertise et de la formation qui correspondent aux éléments du programme de PCI^{64, 66} et qui consacre un temps prescrit à l'atteinte des objectifs de ce rôle⁸⁰. Selon la taille de l'organisme et l'acuité des besoins des patients, le médecin en PCI peut être présent sur les lieux, accessible pour consultation ou joignable dans un hôpital local.

Dans les milieux de soins actifs, un médecin rattaché à l'organisme ou en service contractuel soutient le programme de PCI et voit à la participation de la communauté médicale aux activités du programme de PCI^{32, 106}. Dans les hôpitaux plus petits et les foyers de soins infirmiers, ou dans les communautés distantes ou isolées, le médecin hygiéniste en chef peut agir comme médecin en PCI au service du programme de PCI.

L'épidémiologiste en PCI

L'accès à l'expertise de l'épidémiologiste peut aider à analyser et à gérer les données. Dans le cas d'organismes plus petits ou offrant des soins non actifs, ce service peut être fourni par la santé publique locale.

NORME 26

L'organisme doit avoir accès à un médecin qualifié en PCI qui fournit son apport au programme de PCI.

2.2.5.4 Les exigences intellectuelles/techniques

L'organisme veille à la disponibilité des ressources essentielles au soutien du programme de PCI qui sont exigées par la loi, les pratiques exemplaires et le plan stratégique de l'organisme^{64, 66}. L'accès commode aux systèmes de données de l'organisme est essentiel au soutien de certaines fonctions importantes du programme de PCI, comme la surveillance et les enquêtes sur les éclosions. Le personnel de la PCI reçoit la formation et le soutien nécessaire lorsque des équipements électroniques et/ou des logiciels nouveaux sont installés.

La collecte – les informations entrantes

Des sources d'informations à exploiter pour les besoins du programme de PCI sont :

- les données démographiques des systèmes d'information (p. ex., les dossiers médicaux électroniques, les résultats de laboratoire, les systèmes de pharmacie), ce qui suppose une bonne accessibilité;
- les normes, les lignes directrices et les pratiques exemplaires nécessaires à l'élaboration du manuel du programme de PCI et d'autres politiques, procédures et protocoles; et
- les liens avec d'autres plans de l'organisme, comme le plan stratégique, le plan d'affaires ou le plan d'amélioration de la qualité⁶⁶.

L'analyse – le traitement des informations

Les données sont analysées et les résultats servent à éclairer la prise de décisions et à atteindre les objectifs du programme⁶⁶.

Le personnel de la PCI utilise les données analysées et les informations obtenues pour éclairer les processus, les pratiques, l'éducation et la formation de la PCI et pour faire participer les patients et le public aux activités de PCI (p. ex., publication des taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains).

La diffusion – les informations sortantes

L'équipe de PCI communique avec des collègues et des groupes externes à des fins d'échange d'informations, de soutien professionnel et d'orientation, donc il doit avoir accès à de l'équipement de communication (p. ex., intranet, Internet, téléconférence, vidéoconférence) sur les lieux.

Les données sont transmises en respectant la protection de la vie privée et le copyright, en obtenant les autorisations appropriées et en protégeant la confidentialité⁶⁶.

Les besoins intellectuels du programme de PCI nécessitent l'accès à ces ressources :

- les ordinateurs et Internet;
- les normes, les lignes directrices, les pratiques exemplaires et les lois pertinentes en vigueur pour l'élaboration du manuel du programme de PCI et d'autres politiques, procédures et protocoles^{64, 66};

- les dossiers médicaux (préférentiellement électroniques) des patients avec la capacité de « signaler » les dossiers de patients nécessitant un suivi à leurs prochaines visites;
- les dossiers électroniques de laboratoire, de pharmacie et de chirurgie;
- un moyen d'analyser les données des activités du programme de PCI (p. ex., pour la surveillance et l'analyse des éclosions);
- les communications électroniques pour les discussions de groupe et les collaborations (p. ex., courriel, webinaires, formation en ligne, visionnement et partage de documents, téléconférences ou vidéoconférences); et
- un personnel compétent en technologies de l'information pour l'entretien de l'équipement.



NORME 27

Le personnel de la PCI doit avoir accès aux ressources intellectuelles qu'il lui faut.



NORME 28

Le personnel de la PCI doit disposer d'outils électroniques modernes pour soutenir le programme et collaborer avec ses partenaires.



NORME 29

Le personnel de la PCI doit avoir accès à des ressources électroniques pour ses communications internes et externes à des fins de collaboration et d'éducation.

3 Les liaisons du programme de PCI : son envergure

L'envergure du programme de PCI, c'est la portée du programme et l'étendue de la population ciblée ou des parties concernées qui l'influencent ou qui en subissent l'influence.

3.1 Les impacts, les collaborations et les interactions du programme de PCI

3.1.1 Les parties concernées par le programme de PCI

Le programme de PCI doit se pencher sur les besoins des parties concernées pour déterminer comment il peut le mieux y répondre⁶⁶.

Le programme comprend un processus pour cerner, examiner et évaluer les besoins en matière de PCI à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisme de soins de santé. Des politiques, procédures et protocoles (PPP) sont rédigés avec l'apport des parties concernées internes et externes et peuvent servir à orienter le travail du programme de PCI^{98, 99}.

Parmi les parties concernées internes, il y a les travailleurs de la santé, les patients et d'autres personnes actives au sein de l'organisme de soins de santé. L'examen des besoins des parties concernées internes peut prendre la forme de questions prétest et post-test, de questionnaires ou de sondages¹¹⁹, de résultats d'analyses environnementales ou d'études et de revues préliminaires en vue de déterminer des stratégies d'interaction^{120, 121}.

Le programme de PCI d'un organisme de soins de santé influence aussi les établissements et les organismes externes, comme les soins préhospitaliers, les cliniques ambulatoires, les services de santé publique, les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les cabinets de médecins et/ou les soins à domicile. Dans ces environnements, les audits périodiques des pratiques (p. ex, sondages par téléphone ou courriel) et les évaluations peuvent aider à cerner et à examiner les connaissances et les pratiques de la PCI et la conformité aux pratiques exemplaires recommandées dans la communauté¹²².

Les besoins des parties concernées par le programme de PCI font l'objet d'un réexamen comme prévu par les autorités compétentes ou à intervalles établies d'un commun accord. La rétroaction continue, la communication et un système de mesure des améliorations et/ou des lacunes sont d'importantes façons de vérifier que le programme de PCI atteint ses buts, établit des relations efficaces et satisfait aux besoins des parties concernées¹²³.

Le programme comprend un processus pour fournir de la rétroaction aux parties concernées au sein de l'organisme. Il peut s'agir de moyens formels, comme des rapports d'audits ou d'éclosions, ou de bulletins informels faciles d'accès, comme une infolettre ou l'intranet de l'organisme.

**NORME 30**

Les besoins en matière de PCI des parties concernées internes et externes sont cernés, examinés, évalués et réexaminés ponctuellement.

3.1.2 Les liaisons et les collaborations du programme de PCI

Le programme de PCI entretient une relation avec tous les autres départements dans l'organisme et un processus de communication est en place pour les communications internes et externes (p. ex., avec la santé publique) sur les questions de PCI et d'autres informations de santé pertinentes ⁶⁴.

Il y a des communications claires au sein de l'organisme au sujet des IASS, des maladies transmissibles, des infections qui circulent dans la communauté et des façons de réduire leurs effets néfastes ^{64,99}. Des approches coordonnées locales, régionales, provinciales, territoriales et nationales pour les questions de PCI favorisent la standardisation des processus et permettent de comparer des résultats, de valider des méthodologies et d'évaluer leur rendement par référencement ¹²². Le programme de PCI de l'organisme agit comme un lien important dans les systèmes locaux, régionaux, provinciaux et territoriaux ¹²⁴.

Les questions liées au programme de PCI sont inscrites comme des points permanents à l'ordre du jour des autres comités ⁶⁶ et des avantages mutuels découlent du fait que le service de PCI a un siège aux comités des autres départements et vice versa. La représentation du service de PCI peut aussi bénéficier aux équipes multidisciplinaires de l'organisme en améliorant les communications, l'apport aux processus décisionnels et le renforcement des stratégies et des initiatives du programme de PCI ^{81,126}. Les décisions complexes liées aux ressources et aux actions de la PCI peuvent être éclairées par un cadre décisionnel fondé sur l'éthique ¹²⁷. Voir [Ethical Infection Prevention and Control \(EIPAC\) Decision-Making Framework \(ipac-canada.org\)](https://www.ipac-canada.org)

Les organismes de soins de santé suivent des procédures établies pour recevoir les avis de santé internationaux, nationaux, provinciaux, territoriaux, régionaux et locaux et y faire suite. Les avis de santé importants sont communiqués promptement aux autres services de l'organisme lorsqu'un suivi est nécessaire.

**NORME 31**

Le programme de PCI doit collaborer et entretenir des liens avec les parties concernées internes et externes.

NORME 32

Le programme de PCI utilise un cadre décisionnel fondé sur l'éthique pour éclairer les décisions complexes.

NORME 33

Le programme de PCI doit avoir un processus de communication pour la diffusion d'informations urgentes ou critiques aux parties internes et externes concernées.

3.2 Les lignes directrices : les politiques, procédures et protocoles du programme de PCI

Les principes généraux de l'élaboration et du maintien des politiques, procédures et protocoles (PPP) du programme de PCI

L'organisme maintient pour son programme de PCI des politiques, procédures et protocoles (PPP) qui se fondent sur la réglementation locale, provinciale/territoriale et nationale, les données probantes et les pratiques exemplaires, tout en donnant suite aux priorités organisationnelles et aux données de l'évaluation des risques⁶⁴. Les évaluations des risques sont menées en collaboration avec le personnel de la PCI et d'autres départements.

L'équipe de PCI travaille en partenariat avec d'autres parties pour développer des PPP qui sont^{64, 66, 128} :

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

Les PPP sont fondés sur des données probantes^{64, 66} et en conformité avec :

- les exigences réglementaires et légales;
- les normes, les lignes directrices et les pratiques exemplaires nationales et provinciales;
- les données probantes de la littérature scientifique;
- les principes de la gérance⁵;
- les résultats de la surveillance, des audits internes et des enquêtes menés par l'organisme.

Pour maintenir leur actualité et leur pertinence, les PPP du programme de PCI sont revus, évalués et mis à jour régulièrement^{1, 33, 64, 66, 128, 129} comme l'exigent l'organisme lui-même et les instances d'agrément. L'évaluation comprend un examen de l'efficacité des protocoles actuels afin de cerner des aspects à améliorer^{128, 129}. La mise à jour des PPP tient compte aussi des modifications aux lois locales et provinciales/territoriales, aux données probantes et aux pratiques exemplaires⁶⁴.

Le personnel, les fournisseurs de services et les bénévoles savent où et comment accéder aux PPP du programme de PCI^{64, 66}. La conformité est surveillée et des améliorations sont apportées à la lumière des résultats des audits de rendement^{1, 64, 66}. Ce processus comprend un mécanisme permettant au personnel, aux bénévoles, aux patients et aux familles de signaler une non-conformité⁶⁴, ainsi qu'une démarche d'audit de conformité du personnel (voir la section 2.3, Surveillance). PCI Canada a développé des outils d'audit, qui sont accessibles dans son site Web (<https://ipac-canada.org/tools>).

Les PPP sont liés à des programmes éducatifs, ainsi qu'à des plans d'action pour leur mise en œuvre⁶⁶. Le personnel du programme de PCI fournit des conseils d'expert pour aider à l'exécution des protocoles de PCI¹²⁸ et travaille en partenariat avec d'autres parties pour éduquer le personnel et d'autres personnes lorsqu'il y a lieu^{66 128}.

 NORME 34	L'organisme doit avoir des politiques, des procédures et des protocoles de PCI qui sont à jour; fondés sur la réglementation locale et provinciale/territoriale, les données probantes, les pratiques exemplaires et les principes de l'intendance des ressources; conformes aux priorités de l'organisme; et accessibles à toute personne qui travaille au sein de l'organisme.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 NORME 35	Les politiques, les procédures et les protocoles du programme de PCI sont liés à des programmes éducatifs et sont assortis de plans d'action et d'une responsabilisation clairement définie pour leur mise en œuvre et leur durabilité.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.2.1 Les politiques, procédures et protocoles départementaux

Le personnel de la PCI peut fournir des conseils d'experts pour le développement des politiques, des procédures et des protocoles départementaux^{128, 129}. Le programme de PCI est consulté et il fournit son apport à tout département qui développe des protocoles ayant une incidence sur le programme de PCI. Outre les protocoles et les procédures de la SST qui touchent à des sujets liés à la PCI (p. ex., manipulation sécuritaire des objets pointus et tranchants, utilisation de l'équipement de protection individuelle, immunisation), d'autres protocoles et procédures départementaux pour lesquels il faut l'apport du personnel de la PCI sont, sans s'y limiter⁶⁶:

- le nettoyage et la désinfection de l’environnement;
- les systèmes de chauffage, ventilation et climatisation (CVC);
- l’achat et l’approvisionnement d’équipements et de fournitures;
- le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de dispositifs médicaux;
- la manipulation de la lessive et des déchets;
- la diététique et la manipulation des aliments;
- la construction, l’entretien, la rénovation et la conception des bâtiments; et
- les ententes avec les entrepreneurs.

Lorsque la prestation de services est confiée à un fournisseur externe, l’organisme a un processus pour définir le rôle et les responsabilités du fournisseur par rapport aux questions de PCI et veiller au respect des normes et des PPP de l’organisme en matière de PCI ⁶⁴. La participation du personnel de la PCI à toutes les étapes, y compris l’appel d’offres et l’élaboration du contrat, aidera à définir et à atténuer les risques en matière de PCI.

Voir les annexes pertinentes pour des détails concernant :

- A. L’environnement des soins de santé
- B. L’équipement médical
- C. Le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux
- D. La buanderie
- E. Les services diététiques et alimentaires
- F. La gestion des matériaux et l’évaluation des produits
- G. La conception, la construction et l’entretien du bâtiment

NORME 36	Les politiques, les procédures et les protocoles des services/cliniques/départements doivent prévoir l’apport et les interventions du personnel de la PCI en vue de prévenir et de contrôler les risques en matière de PCI.
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3 Le rôle des services de santé et sécurité au travail dans le programme de PCI

Le programme de santé et de sécurité au travail (SST) met l’accent sur la prévention des infections transmissibles par le sang, de la tuberculose, des maladies évitables par la vaccination et des infections respiratoires et gastro-intestinales sévères parmi le personnel ⁹⁹. Un programme de SST proactif et accessible, ou l’accès à des fournisseurs de services de SST bien formés et très compétents dans tous les domaines liés au programme de PCI, aide à veiller au bien-être du personnel (y compris les contractuels et les bénévoles). Dans certains organismes, comme les établissements au palier communautaire, ces responsabilités peuvent inclure l’aiguillage de cas de santé au service de santé publique, aux médecins de famille ou aux services d’urgence locaux. L’organisme

doit faire en sorte que les programmes de PCI et de SST soient en place et qu'ils collaborent.

3.3.1 La relation entre les programmes de PCI et de SST

Le programme de PCI, conjointement avec les cadres supérieurs / le conseil d'administration de l'organisme, aide à maintenir un environnement de travail sain et sécuritaire en énonçant clairement la priorité stratégique de l'organisme en matière de PCI et ce qu'il faut faire pour que le milieu de travail soit sécuritaire.

Les cadres supérieurs / le conseil d'administration sont tenus au courant des priorités de la santé et de la sécurité de l'environnement de travail liées à la PCI, ainsi que des progrès en vue d'atteindre ou d'appuyer les priorités de l'organisme⁶⁴.

Le programme de PCI est représenté au comité mixte de santé et de sécurité au travail et les questions de PCI qui touchent à la SST sont inscrites à l'ordre du jour du comité⁶⁶. Le personnel de la PCI peut servir de source d'expertise pour traiter d'incidents, de plaintes et d'allégations. Inversement, le service de SST est représenté au comité de PCI.

NORME 37

Les dirigeants de l'organisme doivent faire du soutien aux exigences de la santé et la sécurité au travail liées à la PCI une priorité de l'organisme et s'assurer que les politiques, les procédures et les protocoles du programme de PCI sont intégrés à l'environnement de travail.

3.3.2 Les politiques et les programmes de SST liés au programme de PCI

Les programmes de SST et de PCI travaillent en collaboration au développement des politiques, des procédures et des protocoles visant le personnel des soins de santé, comme l'évaluation des stages, les programmes de santé du milieu de travail, les programmes d'immunisation et les protocoles de suivi en cas d'exposition^{33, 66, 130}.

Les dirigeants de l'organisme veillent à ce que le programme de SST ait des protocoles et des procédures à jour pour le personnel, y compris les contractuels et les bénévoles⁶⁶. Une évaluation organisationnelle des risques est menée afin de formuler des stratégies pour la réduction des problèmes de PCI parmi le personnel en tenant compte des lois applicables et des lignes directrices émises.

Des procédures et des protocoles du programme de SST qui intègrent des composantes du programme de PCI sont :

- l'évaluation de la transmissibilité des maladies parmi le personnel, y compris un programme d'immunisation;

- la gestion des travailleurs de la santé qui ont été exposés à des maladies infectieuses, y compris la prophylaxie post-exposition, les protocoles de gestion des présences et les indications pour les restrictions du travail;
- la manipulation sécuritaire des objets pointus et tranchants et des matières biologiques dangereuses;
- l'éducation et la formation en matière de pratiques de base et de précautions additionnelles, notamment le bon usage de l'EPI, y compris un programme de protection respiratoire; et
- la mise en œuvre d'un programme de soins des mains.

NORME 38

Les protocoles de santé et de sécurité au travail qui ont trait au programme de PCI sont conformes aux lois applicables de la SST et aux normes, aux lignes directrices et aux pratiques exemplaires de la PCI.

NORME 39

La composante du programme de SST visant la PCI doit être développée conjointement par le personnel de la SST et le personnel de la PCI. Si les services de SST et de PCI ne sont pas distincts, l'organisme affecte des ressources à chacun de ces éléments.

3.3.3 La PCI et l'évaluation des risques liés aux tâches et au personnel

Un processus est en place pour cerner les risques liés à la PCI en relation avec un emploi dans un organisme de soins de santé. L'organisme évalue les risques visés par la PCI dans le milieu de travail (p. ex., risques liés à la ventilation, aux contenants d'objets pointus et tranchants, à l'équipement de l'hygiène des mains) et met en place des mesures d'ingénierie, là où c'est possible, pour protéger le personnel. La travailleuse ou le travailleur de la santé évalue les risques liés à la PCI inhérents à ses tâches à accomplir et prend des mesures pour réduire ou éliminer le risque (p. ex., mener une évaluation des risques au point d'intervention, porter l'EPI, obtenir les immunisations, enseigner l'étiquette respiratoire aux patients).

Au moment de l'embauche, le service de SST évalue tous les membres du personnel pour dépister des états de santé liés aux maladies transmissibles qui pourraient se propager et/ou être contractées au sein de l'organisme^{64, 66}. Il peut s'agir, par exemple, de la vérification du dossier d'immunisation, du dépistage de la tuberculose latente ou active et du dépistage sérologique de maladies évitables par la vaccination, là où c'est indiqué⁶⁶.

NORME 40

Il doit y avoir un processus de SST pour détecter les maladies transmissibles chez les travailleurs au moment de l'embauche, après l'exposition et ultérieurement, au besoin.

NORME 41

Il doit y avoir un processus de SST pour évaluer les possibilités de risques associés à la PCI pour le personnel dans le milieu de travail et prévoir des mesures de contrôle pour les gérer.

3.3.3.1 L'immunisation

Tous les organismes de soins de santé ont en place un programme d'immunisation qui s'occupe du dépistage et de la vaccination du personnel et des médecins pour les protéger contre les maladies transmissibles ayant un rapport avec leur travail⁶⁴. Ce programme peut aussi s'étendre aux bénévoles, aux contractuels, aux aidants essentiels et à d'autres employés. Les programmes d'immunisation suivent les lignes directrices provinciales et fédérales, comme celles du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)¹³¹.

Les renseignements des dossiers d'immunisation des travailleurs de la santé sont accessibles et conservés dans une base de données électronique confidentielle. Des ressources adéquates sont en place pour mener un programme de lutte contre les maladies évitables par la vaccination (p. ex., la grippe annuelle, la COVID-19 et autres éventuellement). Dans certains contextes administratifs, un dossier d'immunisation à jour est une condition d'embauche ou d'affectation au sein d'un organisme de soins de santé⁶⁵ et une exigence pour pouvoir travailler dans certains milieux en cas d'éclosion³².

NORME 42

Il doit y avoir une politique, une procédure et un protocole de la SST traitant de la vaccination des travailleurs de la santé, y compris une façon de documenter le statut et le dossier d'immunisation.

3.3.3.2 Les politiques de gestion des présences

L'organisme de soins de santé établit clairement l'attente qu'un membre du personnel ne doit pas se présenter au travail lorsqu'il ou elle est malade (présentéisme) et soutient cette attente avec des protocoles appropriés de gestion des présences^{64, 66}.

Des restrictions de travail préviennent les contacts directs entre le personnel atteint d'une infection transmissible et les collègues, les patients, les aliments,

ou encore les fournitures, les dispositifs et les équipements stériles. Il peut s'agir de limiter les tâches et les responsabilités et de prendre des précautions, comme le port de l'EPI pour le contrôle à la source.

L'organisme a des politiques de restriction du travail et de retour au travail visant le personnel, les fournisseurs de service, les bénévoles ou les étudiants atteints d'infections transmissibles et ces politiques sont conformes aux lignes directrices nationales, provinciales/territoriales et à celles de l'OMS ⁶⁴.

NORME 43

Il doit y avoir une politique de SST qui empêche le personnel atteint d'une maladie contagieuse de se présenter au travail.

3.3.3.3 Interventions et enquêtes en cas de blessures et d'expositions liées à la PCI

Les politiques, les procédures et les protocoles de SST traitent du suivi et de la prophylaxie post-exposition ⁶⁶ en utilisant un cadre élaboré pour les interventions et les enquêtes en cas de blessures concernant la PCI (p. ex., piqûres d'aiguilles, exposition au sang et aux liquides corporels, autres lacunes des pratiques entraînant l'exposition aux agents infectieux) et elles prévoient le counseling, le suivi et la modification du travail.

Le personnel de la PCI et celui de la SST sont en relation étroite pour pouvoir gérer convenablement les cas d'exposition et les éclosions, notamment la recherche des contacts du personnel ⁶⁶.

Les organismes plus petits peuvent confier une partie ou la totalité de leur programme de SST à un fournisseur externe.

NORME 44

Les organismes de soins de santé doivent fournir le counseling, le suivi et les recommandations de restriction du travail à la suite de blessures ou de maladies dues à l'exposition aux agents infectieux.

3.3.3.4 La manipulation d'objets pointus ou tranchants et de matières biologiques dangereuses

L'organisme suit ses politiques, ses procédures et ses protocoles, ainsi que les exigences prévues par la loi, pour la manipulation de matières biologiques dangereuses ⁶⁴. La *Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses* réglemente le déplacement des matières biologiques dangereuses au Canada ¹³³. La norme *Manipulation des déchets de soins de santé* ¹³⁴ de l'Association canadienne de normalisation (CSA), fournit des directives pour la gestion des déchets biologiques dangereux. La plupart des provinces/territoires et certaines

municipalités ont aussi leurs propres cadres réglementaires pour la manipulation et le transport de déchets et de matières biologiques dangereuses.

Les objets pointus et tranchants contaminés sont pour les travailleurs le risque le plus important de contracter une infection transmissible par le sang. Des politiques de prévention et de gestion de ce type de blessures sont mises en œuvre dans tous les organismes de soins de santé^{64, 66, 135, 136}. Les objets pointus et tranchants sont éliminés sur les lieux mêmes de l'utilisation dans des contenants non perforables appropriés⁶⁴.

L'utilisation de dispositifs sécuritaires techniques pour les objets pointus et tranchants et d'autres équipements à risque élevé⁶⁴ est une exigence établie par la loi¹³⁵.

NORME 45

Un programme de SST pour la prévention des blessures dues aux objets pointus et tranchants doit être en place.

3.3.3.5 L'équipement de protection individuelle (EPI)

L'organisme fournit de l'équipement de protection individuelle immédiatement disponible, facilement accessible et approprié à la tâche ou au risque visé¹³⁶.

L'organisme fournit aux travailleurs de la santé une formation sur le choix de l'EPI selon une évaluation des risques au point d'intervention qui tient compte du type de risque d'exposition prévu, de l'adéquation à la tâche prévue et de l'ajustement¹³⁶.

Les organismes de soins de santé ont des PPP écrits décrivant la façon sécuritaire de mettre et d'enlever l'EPI pour éviter le risque de contamination. Le personnel reçoit une formation sur la sélection, l'utilisation, le retrait et l'élimination de l'EPI^{64, 135, 136}.

Le personnel obligé de porter un respirateur participe à un programme de protection respiratoire tous les deux ans au minimum⁶⁶. Un programme de protection respiratoire comprend¹³⁷ :

- une évaluation de la santé;
- un essai d'ajustement du respirateur suivant les normes de la CSA; et
- une formation sur l'utilisation et l'entretien d'un respirateur.

NORME 46

L'équipement de protection individuelle (EPI) doit être immédiatement disponible et facilement accessible.



NORME 47

L'organisme de soins de santé doit fournir la formation sur les bonnes façons de choisir, d'utiliser, d'enlever et d'éliminer l'EPI.

NORME 48

Il doit y avoir un programme de protection respiratoire.

4 L'éducation et la formation

4.1 La PCI et la culture de l'apprentissage de l'organisme

L'organisme favorise une culture de l'apprentissage qui donne au personnel le temps de participer à la formation et à l'éducation en PCI^{66, 129}. Un organisme mène à bien ses stratégies d'équilibre travail-vie personnelle (voir la section 1.6) lorsque le personnel reçoit des ressources lui permettant de faire son travail et du soutien lui permettant de continuer de développer ses compétences par l'accès à l'éducation⁶⁴. Le respect des protocoles recommandés et des pratiques exemplaires de la PCI rehausse la fierté des employés qui les ont intégrés à leur routine quotidienne¹³⁶. L'OMS voit comme une priorité la formation (pour les compétences et le curriculum) des professionnels de la PCI et des travailleurs de la santé⁷⁷.

Pour d'autres informations sur l'éducation en PCI, voir la section 4.3.1.1.

NORME 49

Il doit y avoir une culture de l'apprentissage qui encourage l'éducation en PCI pour tout le personnel, les médecins et les bénévoles.

4.2 Les modèles de rôle et les champions du programme de PCI

La conformité des pratiques de PCI du personnel est grandement influencée par le comportement d'autres travailleurs de la santé, comme les champions et les modèles de rôle¹³⁸⁻¹⁴⁰, dont le personnel médical. Les champions prennent la responsabilité d'être personnellement des modèles du respect des pratiques exemplaires et responsabilisent les autres dans le cadre d'un système de responsabilisation interne de l'organisme⁶⁶. On fait appel à des champions particuliers selon la nature et l'emplacement de l'initiative menée (p. ex., unité hospitalière, département, étage des soins à long terme, établissement communautaire, etc.)¹⁴¹.

La communication peut être un moyen efficace de modifier les comportements^{142, 143}, comme l'ont démontré ces dernières années des initiatives de promotion de l'hygiène des mains par des champions et des modèles de rôle au sein d'organismes de soins de santé, qui ont eu des effets bénéfiques sur la motivation du personnel et qui réduisent possiblement les taux d'infection^{146, 148, 150}. On a aussi fait état d'améliorations des pratiques et de subséquentes réductions importantes des IASS¹⁵¹.

NORME 50

La promotion de la PCI doit faire appel à l'engagement du personnel, des médecins, des bénévoles, des champions et des modèles de rôle.

4.3 L'éducation en PCI

L'éducation et la formation en PCI sont fournies à tous les travailleurs de la santé au sein de l'organisme pour promouvoir et renforcer une culture de la sécurité.

Les priorités éducatives peuvent viser à :

- améliorer les habiletés et des compétences professionnelles;
- apporter des solutions à des problèmes émergents dans le domaine de la PCI;
- poursuivre les buts administratifs et financiers, les objectifs de productivité et la référencement avec les pratiques exemplaires;
- mener des études d'évaluation des besoins ou d'amélioration du rendement pour cerner les lacunes des connaissances, des compétences ou des attitudes et fournir des bases pour le développement des programmes pédagogiques;
- élaborer pour chaque expérience d'apprentissage un plan bien défini qui comprend des buts, des objectifs et des méthodes d'enseignement appropriées; et
- rejoindre la vision, la mission, les valeurs et les processus de l'organisme ¹⁵².

4.3.1 L'éducation en PCI pour le personnel de l'organisme

L'approche multidimensionnelle de l'organisme pour son programme de PCI comprend un programme de formation qui reflète ses priorités, comme l'orientation du personnel, la formation spécifique au rôle et la gestion des éclosions, ainsi que des séances supplémentaires au besoin ^{64, 143} visant l'ensemble de son personnel ⁶³. L'organisme doit accorder à tous les employés du temps prévu pour leur formation en PCI.

Les programmes de formation en PCI répondent aux besoins du public cible ⁶⁶, reflètent les compétences liées au rôle ¹¹⁵ et sont suffisamment souples pour fournir des expériences d'apprentissage à des personnes aux antécédents éducationnels ^{66, 130} et aux rôles ¹⁵² variés.

NORME 51

Un programme de formation en PCI doit être fourni à des fins d'orientation au moins une fois par année, et aussi de façon régulière selon les besoins, à tous les membres de l'organisme.

4.3.1.1 Le contenu du programme d'éducation en PCI

Le contenu du programme de formation en PCI peut varier en fonction des besoins des membres de l'organisme, de la portée des services fournis et des buts et objectifs du programme de PCI. Il doit inclure des sujets tels que les PPP du programme de PCI, les compétences de base en PCI pour les fournisseurs de soins de santé et les IASS que l'organisme rencontre couramment⁶⁴. Le programme de PCI collabore également avec des partenaires locaux de la santé (p. ex., service de santé publique) pour intégrer au programme d'éducation les leçons tirées de la gestion des éclosions et des incidents liés à la PCI¹²⁹.

À tout le moins, le programme de formation en PCI comprend les éléments suivants¹⁵² :

- les compétences essentielles en matière d'évaluation de la PCI et d'évaluation des risques;
- les compétences de base de la PCI, en fonction du rôle^{151, 153, 154};
- la chaîne d'infection et les voies de transmission;
- les pratiques de base et les précautions additionnelles, notamment^{64, 136} :
 - l'hygiène des mains pour tous les membres de l'organisme;
 - l'utilisation de l'EPI;
 - la gestion sécuritaire des objets pointus et tranchants;
 - le nettoyage de l'environnement;
 - le nettoyage et la désinfection/stérilisation de l'équipement;
- comment et quand signaler les incidents liés à la PCI, y compris les expositions et les problèmes liés aux patients;
- la vaccination des travailleurs de la santé;
- les restrictions de travail dues aux maladies infectieuses;
- des informations sur les infections les plus fréquentes au sein de l'organisme; et
- comment accéder aux ressources pour la PCI.

NORME 52

Le programme de formation en PCI doit répondre aux priorités de l'organisme de soins de santé.

NORME 53

Le programme de formation en PCI doit inclure l'enseignement des compétences de base en PCI en fonction des rôles et des responsabilités des membres de l'organisme.

4.3.1.2 L'élaboration du programme éducatif en PCI

L'équipe de PCI participe activement à l'élaboration, à la coordination et à la prestation d'initiatives de formation en PCI au sein de l'organisme^{33, 64, 66, 68}.

L'organisme développe son régime de formation en PCI en tenant compte de ces aspects^{153, 154} :

- les principes de l'enseignement et de l'apprentissage des adultes^{33, 136, 155};
- l'évaluation des besoins des apprenants;
- l'établissement de buts clairs et d'objectifs mesurables;
- les considérations liées au cadre, au contenu, au support, au matériel didactique;
- la création d'un climat propice à l'apprentissage;
- la préparation d'une évaluation; et
- la mise en œuvre, l'évaluation et la révision annuelle du programme.

Les méthodes d'enseignement utilisées tiennent compte de la langue, du contexte culturel, du niveau d'éducation et de littératie et du souci de diversité, d'équité et d'inclusion (DEI)⁶⁶. Le matériel pédagogique est normalisé de manière à en assurer la facilité d'utilisation et l'uniformité¹⁴². Le programme fait appel à des méthodes d'enseignement diversifiées et adaptées au contenu, aux besoins des apprenants et aux résultats souhaités.

NORME 54

Les professionnels de la PCI doivent participer à l'élaboration des programmes éducatifs en PCI de l'organisme et y appliquer les principes de l'enseignement et de l'apprentissage des adultes.

4.3.2 Le programme de PCI et le perfectionnement professionnel

Les professionnels de la PCI mènent le travail de développement des connaissances, des compétences et des pratiques nécessaires à un programme de PCI efficace^{68, 121}.

Les professionnels de la PCI doivent :

- collaborer à l'intégration de la culture du programme de PCI parmi le personnel;
- avoir une formation en sciences de la santé et des compétences en enseignement, en résolution de problèmes, en communication et en analyse qui leur permettront de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer leurs programmes;
- profiter régulièrement d'occasions et de solutions d'apprentissage et de perfectionnement pour améliorer le programme de PCI^{66, 66, 115}.

L'organisme soutient le perfectionnement professionnel et l'apprentissage continu des professionnels de la PCI^{66,121}. La formation des professionnels de la PCI (les compétences et le curriculum) est une priorité établie par l'OMS^{61,77}. L'organisme de soins de santé développe et fournit de la formation spécialisée aux professionnels de la PCI en fonction des besoins^{61,77}.

L'éducation et la formation des professionnels de la PCI se fondent sur les compétences de base définies par PCI Canada¹¹⁵ et comprennent :

- la formation de base en PCI obtenue dans le cadre d'un cours reconnu (p. ex., les cours de PCI approuvés par PCI Canada);
- la formation en PCI propre au milieu de pratique (p. ex., soins de courte durée, soins de longue durée, santé publique, dentisterie);
- le perfectionnement professionnel continu en PCI dans le cadre de l'éducation permanente formelle et de réunions professionnelles, d'ateliers et de séminaires;
- l'accès à la littérature récente, aux manuels et aux revues scientifiques en PCI et l'accès à Internet; et
- des ressources de réseautage et des occasions d'échange avec des pairs dans le domaine de la PCI^{66,115}.

L'organisme de soins de santé encourage et soutient l'obtention de la certification spécialisée en contrôle des infections (CIC[®] ou LTC-CIP[®] selon le contexte) à la suite de l'atteinte des exigences de certification de base. Le programme *Associate – Infection Prevention and Control* (a-PCI) du CBIC n'ayant pas d'exigences minimales à l'admission, cette certification peut être utile aux novices et aux personnes qui s'intéressent à faire carrière dans le domaine de la PCI. La préparation à la certification et au renouvellement de la certification favorise l'apprentissage continu et le maintien des compétences. Les normes professionnelles exigent le maintien de la certification des professionnels de la PCI^{66,115,118}.

NORME 55

L'organisme de soins de santé doit prendre en charge le perfectionnement professionnel continu et fournir des ressources pour la formation continue des professionnels de la PCI.

4.3.3 L'éducation en PCI pour les patients, les soignants et les visiteurs

Pour prévenir les IASS, il faut que les patients aient accès à des renseignements sur les IASS qui soient exacts, à jour et fournis sur un support approprié¹²⁹. Les professionnels de la PCI travaillent en collaboration avec le personnel de l'organisme pour accéder aux renseignements sur les patients et à l'information de surveillance locale à jour qui les aident à communiquer efficacement au sujet des IASS¹. Les professionnels de la PCI peuvent aider le personnel à éduquer les

patients et les visiteurs en élaborant ou en examinant du matériel éducatif, comme les fiches d'information sur les IASS, les autres infections et la prévention (p. ex., l'hygiène des mains)¹⁵². L'information destinée aux patients respecte les principes de la littératie et de l'apprentissage en matière de santé¹⁵⁴⁻¹⁵⁷ et tient compte des principes de la DEI.

NORME 56

L'organisme de soins de santé doit fournir des informations pertinentes sur la réduction des risques d'infection aux patients, aux soignants et aux visiteurs.

4.4 L'évaluation de l'enseignement de la PCI

La formation en PCI suit un cycle continu d'amélioration de la qualité (planifier-faire-étudier-agir) et à la lumière des constatations, des ajustements sont apportés aux programmes et communiqués aux parties intéressées, notamment :

- de la rétroaction sur toutes les composantes du programme éducatif (p. ex., évaluation après l'enseignement, tests, évaluation des enseignants)¹⁵⁸;
- les résultats des vérifications de la conformité des pratiques (p. ex., méthode démonstrative);
- les modifications du comportement observées; et
- l'impact des événements indésirables, dont les IASS, sur ces résultats⁶⁴.

Il faut surveiller les pratiques de soins de façon continue pour cerner les secteurs préoccupants et évaluer l'efficacité des interventions éducatives³³. Les enquêtes sur les incidents liés à la PCI (p. ex., exposition au sang et aux liquides corporels) peuvent servir à orienter l'éducation en PCI.

Le matériel pédagogique est révisé régulièrement afin d'assurer sa conformité avec les lignes directrices et les meilleures pratiques actuelles¹²⁹. La rétroaction sur les informations et la documentation éducative est obtenue auprès des utilisateurs (dont les patients) et sert à les réviser ou à les renouveler¹⁴³.

Des processus sont en place pour tirer des leçons d'expériences vécues à l'extérieur de l'organisme qui puissent profiter à son programme de PCI¹²⁹.

NORME 57

La formation en PCI doit être évaluée régulièrement et le programme de formation doit être revu en conséquence.

5 La surveillance dans le programme de PCI

5.1 Le rôle de la surveillance et de l'épidémiologie dans la réduction des IASS

Des études ont démontré que la collecte, l'analyse et la diffusion des données de surveillance sont des facteurs importants pour la prévention des IASS^{36, 159}. Les systèmes de surveillance de la PCI recueillent régulièrement des données sur les infections ciblées par l'organisme afin de surveiller l'efficacité de ses stratégies de PCI par rapport à ses buts et objectifs et d'éclairer sa réponse aux IASS^{66, 99, 159}. Les taux d'IASS au sein de l'organisme peuvent être considérablement réduits par des méthodes d'intervention appropriées. La rétroaction rapide aux travailleurs de la santé et à la direction de l'établissement encourage les interventions en temps opportun pour l'amélioration de la qualité¹⁵⁹. Par exemple, la rétroaction donnée aux chirurgiens sur les taux d'infection est une composante de surveillance essentielle pour réduire les infections du site chirurgical et l'utilisation des antimicrobiens¹⁶⁰. Les taux d'infection sont d'importants indicateurs de résultats pour les patients à fournir à la haute direction, aux conseils d'administration, aux bailleurs de fonds et aux gouvernements^{95, 159}.

Le succès d'un programme de PCI se voit dans l'efficacité des efforts de l'organisme pour surveiller, prévenir ou limiter les IASS⁹⁹.

Le programme de surveillance met l'accent sur l'épidémiologie locale et les risques d'infection spécifiques au sein de l'organisme.

NORME 58

L'organisme de soins de santé doit avoir un programme de surveillance de la PCI qui porte sur sa population à risque.

5.2 La mise en œuvre du programme de surveillance des IASS

L'organisme a comme priorité d'avoir un programme de surveillance des IASS qui soit actif, continu et doté de ressources et qui respecte la réglementation, les exigences de déclaration, les données probantes et les pratiques exemplaires^{64, 99}. Le programme de surveillance est géré par du personnel qualifié en PCI et les activités de surveillance sont prévues dans leurs heures de travail^{66, 159}. Le programme de surveillance correspond aux populations desservies, aux services fournis et aux données de surveillance antérieures.

Les protocoles et les procédures du programme de surveillance de la PCI comprennent ces éléments⁹⁹ :

- des objectifs de surveillance précis et définis localement¹;
- des définitions de cas reconnues, normalisées et écrites pour les indicateurs (le numérateur)^{1, 63, 65, 121};
- l'identification et la description des sources de données⁶⁶;
- l'identification et la description de la population à risque (dénominateur)⁶⁶;
- les processus de nettoyage et d'analyse des données, dont le calcul des taux;
- les mécanismes de la déclaration d'infections;
- les données de référencement⁶⁶;
- les stratégies pour constater et corriger les lacunes; et
- les processus d'évaluation du programme.

L'incidence des IASS dans les milieux de soins non actifs devrait être surveillée régulièrement. Le type et l'étendue de la surveillance sont à déterminer en fonction des types de services offerts et des risques aux patients qui y sont associés¹⁵⁹.

Dans les milieux communautaires, la surveillance peut représenter un défi. Les services communautaires peuvent être appelés à faire suite à des programmes hospitaliers, par exemple, pour la surveillance des infections postopératoires de patients ayant obtenu leur congé. Les infections liées aux procédures effectuées dans les cliniques communautaires et les soins à domicile, comme la canulation intraveineuse, l'insertion d'une sonde urinaire et les soins dentaires, ainsi que toute exposition professionnelle au sang ou aux liquides corporels, doivent être surveillées et signalées aux autorités compétentes (p. ex., fournisseur de soins de santé, service de santé publique)¹⁵⁹.

NORME 59

Le programme de surveillance doit être doté de ressources suffisantes et géré par un personnel formé et disposant du temps et des outils nécessaires à l'exécution du programme.

5.3 La surveillance des résultats

La surveillance des résultats est la surveillance qui mesure d'importants résultats pour les patients pouvant être attribués aux soins fournis par un organisme de soins de santé¹⁵⁹.

La surveillance des résultats de la PCI a pour but d'identifier les grappes et les éclosions (c.-à-d. les augmentations qui dépassent le taux de base des données de référencement), de comparer les taux d'infection aux données de

référenciation externes et de mesurer l'amélioration interne au fil du temps⁶⁴. Les indicateurs d'IASS sont communiqués au conseil d'administration ou à l'organe directeur de l'organisme de soins de santé et à son équipe de direction.

La surveillance des résultats comprend ces démarches :

- déterminer des indicateurs de résultats mesurables à surveiller, qui peuvent inclure les taux d'infection et les taux de mortalité qui y sont associés⁶⁴;
- utiliser des définitions normalisées pour relever les incidents d'infections;
- déterminer les sources de données sur les infections;
- identifier la population à risque pour le résultat spécifique visé;
- effectuer des analyses statistiques appropriées; et
- interpréter les résultats.

Les indicateurs d'infection

Dans sa planification de la surveillance des résultats, l'organisme de soins de santé évalue les types de patients qu'il sert, les principales interventions et procédures médicales que les patients subissent et les types d'infections pour lesquelles ils sont les plus à risque. Cette évaluation a pour but d'établir des priorités du système de surveillance¹⁵⁹. Les infections les plus importantes ont la priorité pour inclusion dans le système de surveillance.

Ces éléments sont à prendre en compte lors du choix des indicateurs d'infection^{64, 66, 159} :

- les maladies à déclaration obligatoire ou les maladies d'intérêt pour la santé publique – il s'agit d'exigences prévues par la loi pour tous les organismes de soins de santé;
- les obligations de signalement – l'organisme de soins de santé peut recevoir le mandat de surveiller certains types d'infections pour se conformer à des exigences de signalement provinciales ou territoriales;
- les examens d'accréditation – le suivi et la surveillance de certaines infections peuvent être une exigence de l'accréditation;
- les OA, comme *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), les entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) et *Candida auris* (*C. auris*);
- les IASS importantes en raison de leur fréquence, de leur transmissibilité, de leur évitabilité et/ou de leur impact sur le système de soins (p. ex. infections à *Clostridioides difficile* [ICD], infections liées aux dispositifs médicaux, infections liées aux procédures, grippe saisonnière, COVID-19, norovirus, infections des voies urinaires et des tissus mous dans les établissements de soins de longue durée); et
- les indicateurs de surveillance syndromique pour les infections respiratoires et la gastro-entérite, qui sont exigés par tous les hôpitaux et certains milieux d'habitation collective dans certaines provinces¹⁵⁹, ce qui comporte

l'avantage supplémentaire de détecter les IASS (p. ex., ICD), les éclosions et les événements sentinelles.

NORME 60

L'organisme de soins de santé doit surveiller les indicateurs de résultats qui sont ciblés du fait de leur importance pour les services de l'organisme. Les exigences prévues par la loi doivent être respectées.

La collecte de données

Des méthodes de collecte de données sont en place pour fournir au programme de surveillance des informations fiables sur les IASS dans l'organisme de soins de santé. D'importantes sources de données sur les infections sont :

- l'accès à un laboratoire de microbiologie accrédité qui signale au personnel de la PCI tous les isolats importants dans un format pratique et accessible, qui fournit des analyses de laboratoire en temps opportun et qui assure des délais d'exécution rapides pour les microorganismes à risque élevé comme *C. difficile*⁶⁴;
- le personnel, les fournisseurs de services et les patients ayant reçu leur congé qui signalent les IASS (p. ex., infections du site chirurgical) à l'équipe de PCI⁶⁴;
- d'autres secteurs ou services qui fournissent des données et/ou des indicateurs cliniques de surveillance, y compris l'accès à des bases de données informatisées⁶⁶ (p. ex., données de pharmacie, dossiers de salle d'opération); et
- les données d'admission qui identifient les patients admis pour des maladies transmissibles, les patients signalés pour une infection à un OA et les réadmissions pour des infections à la suite d'une chirurgie ou d'une procédure.

NORME 61

L'organisme de soins de santé doit utiliser des méthodes de collecte de données de façon à détecter rapidement les tendances en matière d'IASS.

Les définitions d'infections

Les définitions normalisées servent à comparer les taux d'infection entre divers services d'un organisme de soins de santé ou avec des données de référence externes^{61, 63, 157}, par exemple :

- Les définitions du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) pour les infections nosocomiales actuellement sous surveillance au Canada ¹⁶¹;
- Le système du National Healthcare Safety Network (NHSN) aux États-Unis, lorsque les définitions du PCSIN font défaut ¹⁶²;
- Les définitions de PCI Canada pour la surveillance des infections associées aux maisons de soins de longue durée au Canada ¹⁶³;
- Le programme Partners for Appropriate Community Therapy (PACT) pour les infections acquises dans la communauté ¹⁶⁴.

NORME 62

Des définitions normalisées des IASS doivent être utilisées pour la surveillance des résultats internes et la comparaison avec des tendances internes et des données de référence externes.

5.4 La surveillance des processus

La surveillance des processus est un audit des pratiques qui sert à vérifier si les procédures ou les normes de pratique sont respectées et à élaborer un plan d'action pour l'amélioration des pratiques ⁶⁶. La surveillance des processus a les avantages d'être plus sensible aux différences dans la qualité des soins et d'être une mesure directe de la qualité ¹⁶⁵.

Le processus d'audit est un cycle continu qui fait le pont entre la politique et la pratique. Les étapes de ce processus sont l'établissement des normes, la vérification de la conformité des pratiques avec les normes, la communication des résultats et des rétroactions constructives aux personnes auditées, la correction des pratiques lorsque des lacunes sont constatées et un nouvel audit des pratiques pour vérifier qu'elles respectent les normes ⁶⁴.

L'organisme de soins de santé détermine les mesures de rendement à surveiller en fonction des priorités de son programme de PCI, des résultats pour la santé et des risques ⁶⁴. Par exemple, si les données de la surveillance des résultats suggèrent que le nombre d'IASS a augmenté dans un secteur donné, il serait indiqué de mener une vérification accrue des pratiques de PCI, comme l'hygiène des mains.

PCI Canada a mis au point des outils d'audit détaillés pour surveiller les pratiques dans divers milieux. La trousse *IPAC Canada Audit Toolkit* est offerte à ses membres dans son site Web : <https://ipac-canada.org/tools>.

NORME 63

L'organisme de soins de santé doit surveiller les indicateurs de processus ciblés qui importent pour l'organisme. Les exigences législatives doivent être respectées.

5.5 L'analyse et la référencement

Les données de la surveillance des processus et des résultats sont rassemblées, analysées et communiquées en temps opportun^{66, 125}. Le personnel de la PCI utilise des principes épidémiologiques et des méthodes statistiques pour identifier les populations cibles, analyser les tendances et les facteurs de risque, concevoir les stratégies de prévention et de contrôle et évaluer ces stratégies¹⁵⁹. Un plan d'amélioration, qui précise aussi la responsabilisation organisationnelle, est élaboré par le secteur ciblé en collaboration avec l'équipe de la PCI, à partir des résultats de la surveillance⁶⁶.

Pour analyser efficacement les données de surveillance, il convient de :

- décrire les données en fonction des personnes, des lieux et des temps;
- calculer les taux d'infection ajustés en fonction du risque (p. ex., les taux d'infection du site opératoire d'après les catégories chirurgicales)¹⁶⁰;
- comparer les taux d'infection aux données internes historiques, ainsi qu'aux données de référence externes lorsqu'elles sont disponibles¹⁶¹;
- enquêter sur la source ou la cause de l'IASS au moyen d'analyses épidémiologiques, de causes profondes ou statistiques⁶⁴;
- consulter d'autres experts, y compris les médecins spécialistes des maladies infectieuses, les microbiologistes médicaux, les infirmières et infirmiers, les spécialistes de la santé publique ou d'autres professionnels⁶⁴;
- mener une évaluation critique de l'importance des constatations et formuler des recommandations d'amélioration en fonction de ces constatations^{68, 115}.
- Des points de référence externes sont disponibles par le biais de rapports tels que :
 - Rapports et données de Santé Ontario¹⁶⁶;
 - Au palier national : *Infections nosocomiales sous surveillance*¹⁶⁷;
 - Au palier international : rapports du réseau américain National Healthcare Safety Network (NHSN)¹⁶⁸;
 - Infobase Santé¹⁶⁹ : L'ensemble de données le plus à jour du Canada pour l'analyse comparative des IASS de type AO, ICD et IRV en milieu adulte et pédiatrique ainsi que leur répartition géographique au Canada. Voir <https://sante-infobase.canada.ca/pcsin/>

Il existe des programmes de surveillance électronique pour aider à la collecte, à l'analyse et à la diffusion des données de surveillance¹⁷⁰.

NORME 64

L'organisme de soins de santé doit appliquer des principes épidémiologiques aux données de surveillance pour enquêter sur la source et la cause des IASS, identifier les facteurs de risque d'infection, analyser les tendances, identifier les grappes et les éclosions et faire des recommandations d'amélioration en fonction des résultats.

5.6 Les rapports des résultats de la surveillance de la PCI

L'organisme de soins de santé diffuse l'information de surveillance de façon régulière et en temps opportun (p. ex., des rapports trimestriels à tous les services), en particulier aux personnes qui ont la capacité d'apporter des changements (p. ex., les travailleurs de la santé, les gestionnaires/décideurs)^{64, 159, 171}. À partir des données du suivi des IASS, l'organisme détermine les renseignements de surveillance à communiquer, la façon de les diffuser (p. ex., rapports imprimés, affichage sur le site Web) et les personnes à viser (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, provinciaux ou territoriaux (p. ex. infections à déclaration obligatoire, obligations de déclarer provinciales et territoriales)⁶⁴.

L'organisme communique les tendances en matière d'IASS et les constatations importantes à d'autres organismes, aux services de santé publique et à la communauté⁶⁴, selon les obligations de déclarer provinciales et territoriales.

NORME 65

L'organisme de soins de santé doit transmettre les informations de surveillance en temps opportun.

6 Le cheminement des patients

Les normes du programme de PCI pour le confinement et le contrôle des infections transmissibles sont respectées en ce qui concerne le placement, l'hébergement et le cheminement des patients au sein de l'organisme de soins de santé. Le personnel de la PCI fait partie de l'équipe multidisciplinaire du cheminement des patients et fournit des conseils d'experts pour étayer les actions de l'établissement devant ses limites et ses contraintes, y compris les événements contagieux inhabituels qui peuvent avoir une incidence sur le cheminement des patients (p. ex., éclosions).

Parmi les obstacles au cheminement optimal des patients, il y a les situations où la demande de services dépasse la capacité de fournir ces services, ce qui nuit aux transitions harmonieuses dans le continuum des soins aux patients¹⁷². Du point de vue de la PCI, il peut s'agir, par exemple, de situations où il faut fournir des chambres individuelles ou des toilettes/chaises d'aisance réservées pour empêcher la transmission de microorganismes, mais qu'elles ne sont pas disponibles, ce qui entraîne des retards dans le cheminement des patients entre les services d'urgence ou le service d'admission et les soins de longue durée ou d'autres contextes d'hébergement en commun. Le personnel de la PCI collabore avec le personnel clinique et les services de placement pour trouver d'autres options d'hébergement, optimiser le regroupement en cohortes et donner des conseils sur les interventions visant à réduire la transmission dans les salles bondées, comme l'utilisation de barrières, la circulation de l'air et des purificateurs d'air à filtre HEPA¹⁷³.

Le personnel de la PCI travaille en collaboration avec les secteurs opérationnels pour aider le cheminement des patients lors d'éclosions et de situations d'urgence liées à des maladies infectieuses, comme les épidémies^{64,66}. Par exemple, il peut :

- établir les priorités pour l'attribution des chambres individuelles;
- améliorer la capacité en regroupant en cohortes des patients porteurs du même microorganisme;
- identifier des espaces de remplacement ou des espaces non conventionnels (dans le bâtiment¹⁷⁴ et ailleurs¹⁷⁵) pour soigner les patients; appuyer l'évaluation des risques initiale et continue; et appuyer la révision et la mise en œuvre de processus de PCI pour assurer la sécurité des soins;
- travailler avec les services environnementaux pour améliorer les délais de nettoyage des lits et des chambres;
- faciliter la circulation de l'information entre les départements ou les services; et
- faire la liaison avec les organismes communautaires pour faciliter le congé ou le transfert en temps opportun des patients atteints de maladies infectieuses.



NORME 66

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

7 La gestion des éclosions

L'organisme de soins de santé a des ressources dédiées à la gestion d'une éclosion. Une évaluation organisationnelle des risques détermine les besoins du programme de PCI face aux éclosions d'infections ayant diverses voies de transmission (p. ex., contact, gouttelettes, air) et les capacités qu'a l'organisme pour prendre les précautions requises pour chacune d'elles ⁶⁶.

Les éclosions ou les grappes d'infections dans un organisme de soins communautaires peuvent être gérées par les autorités de santé publique lorsqu'il y a lieu, notamment si l'organisme n'a pas assez de personnel interne ayant la formation nécessaire.

7.1 Les politiques, procédures et protocoles en cas d'éclosion

Il y a des protocoles et des procédures pour la détection des cas et des grappes, l'identification des éclosions et des microorganismes responsables, l'enquête, l'intervention immédiate et le contrôle continu. Les protocoles en cas d'éclosion sont axés sur des pratiques exemplaires scientifiquement fondées et sont conformes aux règlements locaux, provinciaux, territoriaux ou fédéraux applicables. Les protocoles et les procédures de l'organisme traitent de la façon de gérer les organismes émergents, rares ou problématiques, dont les OA, et les éclosions d'origine alimentaire ⁶⁴.

NORME 67

L'organisme de soins de santé doit avoir des politiques, des procédures et des protocoles pour chaque étape de la gestion des éclosions : détection, identification, enquête, intervention et contrôle.

7.2 L'identification d'une éclosion

Une éclosion est une augmentation du taux d'occurrence d'une maladie au-dessus du niveau de référence ou du niveau d'endémie établi ¹⁵⁹. Une éclosion peut être un seul cas d'un événement rare (p. ex., anthrax), ou de nombreux cas d'une maladie (p. ex., la grippe) ou d'une colonisation (p. ex., SARM) plus courantes. Une intervention précoce visant à prévenir et à limiter les éclosions réduira la transmission et aura un impact sur les soins de santé et leurs coûts ⁶⁶.

La plupart des éclosions dans les établissements de soins de santé sont détectées grâce à une surveillance de routine. Les éclosions de maladies infectieuses qui ne sont pas incluses dans la surveillance de routine sont identifiées par d'autres moyens, comme la reconnaissance d'un groupe d'infections similaires par le personnel infirmier ou médical ou par l'examen de rapports microbiologiques ¹⁵⁹.

L'organisme de soins de santé a un programme qui permet de détecter en temps opportun l'apparition de grappes ou d'éclosions de maladies infectieuses^{33, 64, 106}. Le programme comprend ces éléments^{66, 153} :

- la surveillance continue de l'incidence des IASS afin de déceler les augmentations par rapport au niveau de référence;
- les mécanismes permettant au personnel clinique de signaler les grappes ou les éclosions potentielles au programme de PCI;
- l'examen en temps opportun des rapports de microbiologie afin de déceler des grappes inhabituelles ou une incidence plus importante que d'habitude de microorganismes spécifiques; et
- la reconnaissance rapide d'organismes rares (p. ex., anthrax).

NORME 68

L'organisme de soins de santé doit déceler les éclosions de maladies infectieuses dans les meilleurs délais.

7.3 L'intervention et le contrôle en cas d'éclosion

Une équipe multidisciplinaire de gestion des éclosions (EGE) gère les incidents et les éclosions de maladies infectieuses dans les hôpitaux et autres établissements de soins de santé et d'hébergement collectif^{66, 99, 128}. Le comité de PCI ou l'équipe de PCI convoque une EGE pour enquêter sur l'éclosion. Dans les milieux de soins non actifs, elle est souvent guidée par le service local de santé publique.

Les membres de l'EGE sont choisis en fonction de la nature et de l'emplacement de l'éclosion, de sorte que les services et les fonctions appropriés soient représentés^{66, 128}. À tout le moins, l'EGE comprend des représentants des principales parties concernées, notamment l'équipe de PCI et les responsables de la santé au travail, des soins infirmiers, des soins aux patients, des services environnementaux, du laboratoire, de la pharmacie, du comité mixte de santé et de sécurité au travail, de l'administration et des relations publiques^{66, 106}. D'autres membres s'y ajoutent en fonction de l'emplacement, du contexte, des caractéristiques et des répercussions de l'éclosion.

L'EGE a le pouvoir d'apporter des changements aux pratiques ou de prendre d'autres mesures pour contrôler l'éclosion, y compris, mais sans s'y limiter⁶⁶ :

- le déplacement des patients;
- la mise en cohorte des patients et du personnel;
- la restriction des déplacements des patients à des fins essentielles uniquement;

- 
- la restriction des admissions et des transferts;
 - la limitation des visiteurs, tout en soutenant les fournisseurs de soins essentiels;
 - la communication d'informations urgentes;
 - l'augmentation du nettoyage environnemental dans la zone d'éclosion⁶⁴; et
 - l'obtention d'échantillons cliniques supplémentaires au besoin.

L'équipe de PCI participe à la gestion de l'éclosion depuis l'étape initiale de la détection jusqu'à l'étape finale du rapport et de l'évaluation. Pour pouvoir mener une enquête approfondie sur l'éclosion, identifier tous les cas possibles et tenter d'identifier sa source, le personnel de la PCI a accès à tous les renseignements nécessaires sur les patients, y compris les dossiers médicaux, les dossiers infirmiers, les dossiers de laboratoire et les dossiers administratifs⁶⁶.

Les professionnels de la PCI peuvent diriger ou exécuter certaines ou toutes les tâches suivantes¹²⁸ :

- analyser les informations disponibles et rechercher des données probantes supplémentaires pour établir la nature et l'ampleur de l'éclosion, selon des principes épidémiologiques⁶⁴;
- informer et intégrer les collègues et les organismes partenaires concernés en temps opportun;
- élaborer et diffuser des messages clairs et exacts en temps opportun à l'intention des collègues, des organismes partenaires et d'autres intervenants, y compris les patients et le public, tout au long de l'éclosion;
- s'entendre sur les mesures de contrôle à prendre pour diminuer l'exposition aux dangers, réduire les risques et prévenir la propagation ou l'exposition;
- appliquer le principe de précaution jusqu'à ce que de plus amples informations soient disponibles;
- étudier la disponibilité des ressources nécessaires au maintien des mesures de contrôle tout au long de l'éclosion;
- voir à la tenue de dossiers précis sur l'enquête et la gestion de l'éclosion tout au long de l'enquête;
- fournir l'éducation en réponse aux besoins;
- revoir l'enquête et la gestion de l'éclosion et modifier les mesures au besoin; et
- évaluer l'éclosion, formuler des recommandations et les communiquer en vue d'améliorations futures⁶⁴.

Les rôles et les responsabilités de l'équipe PCI et d'autres membres du personnel (p. ex., soins infirmiers, services environnementaux) sont clairement définis dans les politiques, protocoles et procédures en cas d'éclosion⁶⁴. Les protocoles définissent l'autorité exercée par le professionnel ou la professionnelle de la PCI

lors d'une éclosion, notamment en ce qui concerne des mesures comme la fermeture d'un service touché⁶⁶.

Lors d'une éclosion, le laboratoire de microbiologie est en mesure de fournir des résultats en temps opportun à l'EGE et, au besoin, il a accès à des méthodes d'évaluation de la clonalité (similitude) des organismes à l'origine de l'éclosion⁶⁶. Une entente en place prévoit la possibilité de faire appel à un laboratoire de référence plus grand si cela devient nécessaire.

 NORME 69	Les éclosions doivent être gérées par une équipe multidisciplinaire qui comprend des représentants du programme de PCI et des dirigeants organisationnels.
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 NORME 70	Les professionnels de la PCI doivent prendre part à l'analyse et à l'évaluation des éclosions dans l'organisme des soins de santé.
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 NORME 71	L'équipe de PCI doit avoir accès à des rapports de laboratoire de microbiologie en temps opportun, en particulier lors d'une éclosion.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.4 La communication et la collaboration pendant et après une éclosion

L'organisme de soins de santé a une politique, des procédures et des protocoles en cas d'éclosion pour ce qui est des communications et des rapports internes (avec le personnel) et externes (avec d'autres organismes de santé et la communauté)⁶⁴. Une personne au sein de l'organisme est désignée comme la source des communications. Les communications peuvent aussi viser les patients et les familles.

Les informations sur l'éclosion sont résumées, examinées et communiquées au sein de l'organisme dès que possible après la détection de l'éclosion et de façon continue par la suite jusqu'à ce que l'éclosion soit terminée.

Les recommandations issues de l'analyse et de l'examen des éclosions sont communiquées au personnel, aux médecins, à la haute direction et à l'organe directeur⁶⁴.

Pendant les éclosions, l'organisme collabore avec des partenaires, en particulier des services de santé publique, pour communiquer des informations exactes et en temps opportun et coordonner des stratégies d'atténuation des risques. Les informations sont communiquées aux autorités compétentes conformément à la réglementation applicable à la région en question. À la suite d'une éclosion, un rapport sommaire comprenant les renseignements contextuels, les détails de l'enquête, les résultats et les recommandations est fourni aux partenaires et aux organismes désignés dans la communauté ⁶⁴.

D'autres expertises et ressources sont obtenues au besoin auprès des sources suivantes ⁶⁶ :

- les services de santé publique;
- une entente de consultation formelle donnant accès à des experts en maladies infectieuses ou en épidémiologie des soins de santé (p. ex., services contractuels);
- les réseaux régionaux, provinciaux et territoriaux de lutte contre les infections;
- les centres universitaires des sciences de la santé; et
- d'autres organismes (p. ex., les sections régionales de PCI Canada).

NORME 72

Une stratégie pour les communications en cours d'éclosion prévoit la diffusion d'informations en temps opportun et de renseignements sur l'état de l'éclosion aux parties internes et externes.

7.5 Le suivi et l'évaluation à la suite d'une éclosion

À la suite d'une éclosion, l'organisme de soins de santé révisé sa politique et ses procédures en y apportant des améliorations nécessaires à la prévention d'une récurrence de l'éclosion ⁶⁴. Les recommandations peuvent viser, par exemple, l'affectation de ressources supplémentaires (matérielles et/ou humaines), de l'éducation, ou des changements aux protocoles du programme ou à l'équipement. L'organisme de soins de santé travaille aussi avec des partenaires de santé locaux pour revoir et améliorer la gestion des éclosions majeures ⁹⁹.

NORME 73

L'organisme de soins de santé doit utiliser les résultats des enquêtes sur les éclosions pour apporter des améliorations à ses politiques et procédures.

8 Urgences, catastrophes et incidents majeurs

Le programme de PCI joue un rôle dans l'intervention efficace lors d'urgences, de catastrophes ou d'incidents majeurs qui peuvent accroître les risques de transmission d'infections. Il peut s'agir de changements aux infrastructures (p. ex., pénuries d'eau, pannes de courant, ruptures de conduites de gaz), d'afflux inattendus de patients (p. ex., catastrophes naturelles, intervention d'urgence à la suite d'incidents communautaires), ou de situations nécessitant la prestation de soins accrus ou prolongés (p. ex., pandémies, agents pathogènes inhabituels, bioterrorisme).

8.1 La planification de la PCI pour les urgences, les catastrophes et les incidents majeurs

L'organisme se prépare aux catastrophes et aux situations d'urgence, notamment celles qui ont une incidence sur le programme de PCI, en élaborant et exécutant un plan d'intervention d'urgence (PIU)^{176, 177}, dont la mise en œuvre consiste habituellement en un système de commandement en cas d'incident (SCI) ou un système de gestion des incidents (SGI). Le PIU est fondé sur une approche « tous risques » qui tient compte des règlements et des PIU locaux, régionaux, provinciaux/territoriaux/autochtones et fédéraux, ainsi que des recommandations internationales (p. ex. OMS¹⁷⁸).

Le PIU :

- détermine les mesures immédiatement nécessaires pour répondre aux catastrophes et aux situations d'urgence d'une manière coordonnée;
- définit les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe, dont le personnel de la PCI, qui peuvent varier selon le type de situation d'urgence ou de catastrophe;
- intègre la planification en cas de pandémie dans le plan général de l'organisme en cas de catastrophe ou d'urgence⁶⁴;
- prévoit les divers événements catastrophiques et prépare la réponse à tous les dangers éventuels qu'ils comportent en consultant largement les leaders de l'organisme et le personnel de la PCI; évalue les risques; et élabore des plans d'action en tenant compte de la vérification de préparation aux situations d'urgence;
- est mis à l'essai au besoin (p. ex., exercices réguliers pour tester les problèmes de gestion des urgences ou les procédures de capacité de pointe) et les résultats des bilans d'essai sont utilisés pour étayer le PIU et les procédures d'urgence, au besoin¹⁷⁹; et
- est harmonisé avec les plans des organismes partenaires et des gouvernements locaux, régionaux, provinciaux et territoriaux afin de faciliter la coordination des interventions à grande échelle s'il y a lieu^{176, 177, 179}.

Il y a un plan distinct pour chaque établissement ou emplacement, ainsi que les sites de soins de santé temporaires associés à l'organisme, et ces plans sont harmonisés.

Le rôle du programme de PCI dans le cadre du PIU comprend, sans s'y limiter ^{64, 181-185} :

- **La dotation en personnel de PCI** : Le personnel de la PCI est disponible au besoin lorsqu'il y a des problèmes liés à la prévention et au contrôle des infections. L'émergence de nouvelles maladies infectieuses a mis en évidence la nécessité de prévoir une capacité de pointe pour les programmes de PCI et d'autres services de soins de santé. La capacité de pointe ¹⁷⁹ est définie en fonction des ressources nécessaires à l'exploitation quotidienne et de la capacité de réorienter les ressources en cas de besoin ^{184, 185}.
- **La surveillance** : Le personnel de la PCI tient à jour des registres précis de l'incidence et de la transmission des infections et les utilise pour aider à orienter les mesures de contrôle. Le personnel de la PCI élabore un processus de suivi des cas (p. ex., liste descriptive des cas, angl. *line list*).
- **Le placement des patients** : Le personnel de la PCI supervise les déplacements et l'hébergement des patients atteints d'infections (ou l'exposition aux patients atteints d'infections) à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisme. La restriction des visiteurs peut en faire partie.
- **Le placement du personnel** : Là où c'est possible, le personnel est regroupé en cohortes pour fournir des soins à des groupes de patients atteints de la même infection, de façon à réduire le risque de transmission à d'autres patients ou à d'autres membres du personnel.
- **Les communications** : Le personnel de la PCI aide à diffuser des informations essentielles sur la prévention des infections au personnel et à d'autres parties internes pertinentes; fournit des affiches qui éduquent et informent le personnel, les patients, les visiteurs et les entrepreneurs; communique avec les organismes externes (p. ex., la santé publique) et la communauté sur les questions liées à la PCI; reçoit les avis sanitaires importants, y répond et les communique promptement.
- **L'éducation et la formation du personnel** : Le personnel de la PCI voit à ce que des messages et de l'information sur la prévention des infections soient transmis de façon constante, selon des procédures opérationnelles normalisées et en élaborant des outils appropriés aux interventions en matière de PCI, pour répondre à des situations comme le manque d'eau potable, les inondations, le refoulement des eaux usées et les pannes d'électricité.
- **La gestion du matériel ou l'approvisionnement en fournitures** : Le personnel de la PCI peut faciliter l'approvisionnement adéquat en produits tels que le désinfectant pour les mains à base d'alcool, l'équipement de protection individuelle, les nettoyeurs environnementaux et les désinfectants ¹⁸⁶.

- **Les services environnementaux** : Le personnel de la PCI aide à résoudre les problèmes liés à l'acquisition de fournitures suffisantes (p. ex., linge propre) et à l'entreposage et à l'élimination des déchets plus abondants. Un nettoyage accru de l'environnement peut être nécessaire (p. ex., lors d'inondations, de refoulements d'égouts). Le personnel de PCI peut fournir des conseils sur les exigences en matière de nettoyage et de dotation en personnel.
- **Les services alimentaires** : Le personnel de la PCI aide à résoudre les problèmes liés à la préparation, à l'entreposage et à la livraison sécuritaires des aliments lorsque les infrastructures sont compromises, p. ex., en cas d'inondation ou de perte d'eau potable.
- **Les installations sanitaires** : Le personnel de la PCI aide à résoudre des problèmes liés à la perte des services d'eau potable ou d'égouts (p. ex., approvisionnement en eau de secours, toilettes chimiques temporaires, produits d'hygiène des mains).
- **Soins post-mortem** : Le personnel de PCI aide à résoudre les problèmes liés aux soins post-mortem lorsque des agents hautement infectieux sont impliqués.

NORME 74

Il doit y avoir un plan d'intervention écrit avec l'apport de professionnels de la PCI pour faire face aux problèmes liés à la PCI dans les situations d'urgence, les catastrophes et les incidents.

8.2 Le commandement et la gestion des situations d'urgence, des catastrophes et des incidents majeurs

Un comité de gestion des urgences (CGU) et des catastrophes est en place et il compte des représentants du programme de PCI. Le rôle du représentant de la PCI au comité vise les questions relatives à l'incidence ou à la transmission des infections et peut inclure ces tâches ^{6, 182} :

- évaluer la rigueur et l'efficacité du programme actuel de PCI de l'organisme du point de vue de la situation d'urgence, pour déterminer les domaines nécessitant des interventions supplémentaires;
- évaluer l'information disponible et rechercher des données probantes supplémentaires sur la nature et l'ampleur de la situation d'urgence, qu'il s'agisse d'un événement passager (p. ex., un refoulement d'égout) ou continu (p. ex., une pandémie);
- établir l'intervention en matière de PCI à l'aide de guides de planification locaux pour les situations d'urgence et les catastrophes, ce qui peut comprendre des fermetures de services ou d'installations et/ou des restrictions relatives aux visiteurs;

- informer et intégrer les collègues et les organismes partenaires concernés en temps opportun;
- communiquer des renseignements clairs et exacts en temps opportun aux collègues, aux organismes partenaires et à d'autres intervenants pour bien gérer les risques et favoriser un travail d'équipe efficace;
- s'entendre sur les mesures de PCI visant à éviter l'exposition aux dangers, à réduire les risques et à prévenir la propagation ou l'exposition;
- prendre contact avec d'autres experts dans des domaines liés à la PCI pour discuter de la gestion des urgences, des catastrophes et des incidents majeurs;
- connaître les installations physiques de l'organisme (p. ex., l'aménagement des bâtiments, les systèmes de ventilation), ainsi que les limites et les capacités des bâtiments, pour éclairer la prise de décisions liées à la PCI (p. ex., placement des patients, regroupement en cohortes, mise en place de précautions supplémentaires);
- préparer du matériel éducatif à l'intention du personnel, des bénévoles, des patients, des visiteurs et d'autres membres de l'organisme, ou obtenir des conseils à cette fin; et
- participer aux évaluations continues et aux débriefages et recommander des améliorations futures.

NORME 75

La PCI doit jouer un rôle dans la gestion des urgences.

8.3 La formation de préparation aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux incidents majeurs

Il y a une procédure permettant au personnel de signaler rapidement les problèmes urgents liés à la PCI (p. ex. défaillances de stérilisation, dommages structurels, inondations, refoulements d'égouts). Une formation liée à la PCI est offerte pour soutenir le plan d'intervention d'urgence tous risques en sensibilisant le personnel et en renforçant les compétences requises pour élaborer, établir, maintenir et exécuter le PIU ¹⁸².

L'éducation et la formation pertinentes en matière de PCI permettent au personnel de :

- Savoir quand et à qui signaler les urgences et les incidents majeurs qui concernent la PCI;
- Connaître les procédures de signalement des maladies infectieuses;

- Savoir à qui s'adresser pour obtenir des fournitures supplémentaires pour la PCI en cas de pénurie (p. ex., EPI, DMBA); et
- Obtenir du soutien pour pouvoir assister à des exercices d'urgence et à des essais programmés (dont ceux qui sont liés à la PCI) ^{180, 182}.

NORME 76

Le plan d'intervention d'urgence prévoit de la formation et des exercices d'intervention d'urgence liés à la PCI pour tout le personnel.

9 La gérance des antimicrobiens

L'utilisation d'agents antimicrobiens, intervention sanitaire importante, peut entraîner des conséquences imprévues, comme des effets indésirables, des infections à *C. difficile* et le développement de microorganismes résistants aux agents antimicrobiens, qui peuvent avoir un sérieux impact sur la santé et la sécurité des patients et sur les ressources du système de soins de santé ⁶⁴.

La gérance efficace des antimicrobiens comprend le commencement du traitement en temps opportun (les administrer seulement lorsqu'ils sont nécessaires), le choix de régime (sélection de l'antimicrobien, de la dose et de la voie) et la durée du traitement. L'objectif principal d'un programme de gérance des antimicrobiens (PGA) est d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens afin d'obtenir les meilleurs résultats pour les patients, de limiter le risque d'émergence d'une résistance aux antimicrobiens et de minimiser les événements indésirables liés aux médicaments, favorisant ainsi la sécurité des patients ^{64, 187-189}.

Des stratégies actives visant à éviter l'utilisation inutile d'antimicrobiens et à optimiser le traitement antimicrobien sont au cœur de tout PGA. Dans les milieux hospitaliers, il peut s'agir d'audits prospectifs et de rétroaction en combinaison avec d'autres approches, comme les lignes directrices, l'éducation et l'optimisation des ordonnances préétablies ¹⁹⁰. La gestion des antimicrobiens dans les soins de longue durée et les soins primaires est une approche émergente essentielle à l'optimisation de l'utilisation des antimicrobiens dans ces milieux. Toutefois, il peut être nécessaire d'adapter les stratégies du PGA aux ressources et à l'expertise disponibles. On utilise le plus souvent les stratégies multimodales, qui peuvent inclure des approches comme la comparaison entre pairs, la participation des patients et des familles, les outils d'aide à la prise de décisions et les outils d'aide à la prescription ^{191, 192}.

Une gérance efficace des antimicrobiens combinée à un programme complet de PCI limite l'émergence et la transmission des OA ^{193, 194}. Des études indiquent que les PGA ont un bon rapport coût-efficacité, parce qu'ils apportent des économies en réduisant les coûts des médicaments et en évitant de développer la résistance aux antimicrobiens ¹⁹⁵. La gestion des antimicrobiens devrait faire partie du programme d'amélioration de la qualité d'un organisme de soins de santé ¹⁹⁶.

Les données mesurées sont recueillies et diffusées aux parties concernées afin d'évaluer l'efficacité du PGA et de déterminer les orientations futures. Les hôpitaux utilisent les données sur l'utilisation des antimicrobiens pour mesurer les effets des stratégies de PGA. Ces données peuvent également servir à la rétroaction aux fournisseurs et justifier des modifications du PGA, y compris l'optimisation des ressources humaines et les TI ¹⁹⁷. On reconnaît aussi de plus en plus l'importance de surveiller l'utilisation des antimicrobiens dans les milieux de soins externes ^{198, 199}.

Dans les hôpitaux, l'organisme met en œuvre un PGA multidisciplinaire en collaboration avec les parties concernées, y compris le personnel de la PCI, les pharmaciens, les spécialistes des maladies infectieuses, le service de microbiologie et les médecins prescripteurs^{64,99}. Dans le PGA de l'organisme, le programme de PCI joue un rôle essentiel. Le personnel de la PCI peut^{193,196} :

- appuyer activement les comités du PGA;
- assurer la surveillance des OA et d'autres IASS, constater et rapporter les tendances au fil du temps;
- utiliser les données de surveillance pour éclairer l'évaluation des risques et la planification de la prévention des infections;
- interpréter les données de surveillance et les taux d'infection pour le personnel et les administrateurs; et
- comprendre et promouvoir les principes de l'utilisation prudente des antimicrobiens, par exemple :
 - assurer la gérance des diagnostics²⁰⁰ ;
 - éviter l'utilisation de traitements antimicrobiens inutiles (p. ex. pour la bactériurie asymptomatique, les infections des voies respiratoires supérieures qui sont principalement de nature virale);
 - remplacer les antimicrobiens intraveineux par les antimicrobiens oraux;
 - utiliser les antimicrobiens au spectre le plus étroit une fois que les résultats de sensibilité sont disponibles;
 - éviter les antimicrobiens connus pour être associés à l'émergence de la résistance bactérienne^{193,201} ; et
 - connaître les lignes directrices du PGA.

En ce qui a trait aux soins de longue durée et aux soins primaires, les PGA peuvent être adaptés aux ressources offertes, mais ils doivent comprendre un engagement démontré envers la prescription appropriée d'antimicrobiens, une ou plusieurs politiques ou pratiques visant à améliorer l'utilisation des antimicrobiens, un suivi de la prescription avec rétroaction, ainsi que de l'éducation et de l'expertise. Les spécialistes de la PCI peuvent être d'importants partenaires et défenseurs de ces efforts, notamment en soutenant le rôle important du personnel infirmier dans la gérance efficace des antimicrobiens²⁰²⁻²⁰⁵. Les compétences attendues des infirmières et infirmiers au Canada en ce domaine ont été publiées récemment²⁰⁶.

NORME 77

Le personnel de la PCI doit activement soutenir la gérance des antimicrobiens au sein de l'organisme de soins de santé.

10 Le programme d'hygiène des mains

Bien qu'elle fasse partie intégrante des lignes directrices, de l'éducation et de la formation, ainsi que de la surveillance, du suivi, de la vérification et de la rétroaction des processus, l'hygiène des mains est aussi un programme autonome au sein de l'organisme. L'hygiène des mains protège les patients, le personnel et les visiteurs contre l'acquisition et la transmission de microorganismes. Elle est considérée comme la pratique la plus importante et la plus efficace pour prévenir la propagation des IASS^{144, 207}.

La politique et la procédure en matière d'hygiène des mains établissent des normes et des attentes claires en matière de pratiques d'hygiène des mains^{64, 128, 144-146, 207-208}.

Le programme d'hygiène des mains comprend ces éléments^{64, 145, 202-204} :

- un engagement manifeste de la haute direction; et
- des politiques, des procédures et des protocoles écrits traitant de ce qui suit :
 - les obstacles à une bonne hygiène des mains (p. ex. ongles longs, pose d'ongles, bijoux pour la main ou le bras; présence d'attelles, de pansements ou de vêtements de compression);
 - les indications pour l'hygiène des mains (d'après *Hygiène des mains de l'ASPC*, les *Quatre moments d'hygiène des mains* de SPO, les *Cinq moments de service à la clientèle* de l'OMS)²⁰⁹;
 - la participation du personnel de la PCI et de la santé au travail à la sélection des agents d'hygiène des mains;
 - la gestion des récipients de savon et de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) (p. ex., ne pas « faire le plein »);
 - l'utilisation de la lotion pour les mains;
 - la fourniture et l'utilisation de DMBA (teneur en alcool de 70 à 90 %);
 - la fourniture de lavabos réservés au lavage des mains;
 - l'accès facile aux produits d'hygiène des mains au point de service;
 - la formation continue du personnel, qui comprend des indications sur l'hygiène des mains, les bonnes techniques d'hygiène des mains et les soins à donner aux mains;
 - les informations sur l'hygiène des mains fournies aux patients et aux visiteurs;
 - des rappels visibles des consignes et de la technique de l'hygiène des mains;
 - la promotion de l'hygiène des mains par des champions et des modèles de rôle;
 - le suivi de la conformité des pratiques de l'hygiène des mains au moyen d'audits et de rétroactions individualisées au personnel, à la direction et à l'équipe des cadres supérieurs, fournies par le comité de la PCI ou l'équivalent;
 - les exigences réglementaires en matière de rapports de conformité; et
 - un programme de soins des mains.

 <p>NORME 78</p>	<p>L'organisme de soins de santé doit avoir un programme d'hygiène des mains visant l'ensemble de l'organisme, qui comprend un leadership administratif, des politiques, des procédures, des protocoles et du soutien.</p>
 <p>NORME 79</p>	<p>Il doit y avoir une approche multidisciplinaire pour l'évaluation, la sélection et l'achat de produits d'hygiène des mains.</p>
 <p>NORME 80</p>	<p>Les ressources nécessaires à l'hygiène des mains doivent être facilement disponibles et accessibles au point de service.</p>
 <p>NORME 81</p>	<p>Une formation sur l'hygiène des mains doit être fournie à toutes les personnes au sein de l'organisme de soins de santé, y compris aux visiteurs, selon les besoins.</p>
 <p>NORME 82</p>	<p>Il doit y avoir un processus pour mesurer la conformité à l'hygiène des mains qui comprend la surveillance et la rétroaction.</p>

10.1 Le programme de soins des mains

Un programme proactif de soins des mains est en place pour évaluer et maintenir l'intégrité de la peau des travailleurs de la santé qui doivent souvent assurer l'hygiène de leurs mains^{66,207-210}. Le programme de protection des mains est un aspect essentiel de la promotion des pratiques sûres et efficaces d'hygiène des mains qui protègent les travailleurs de la santé et les patients contre les infections. Lorsqu'un travailleur ou une travailleuse de la santé n'arrive pas à maintenir l'intégrité de la peau de ses mains, l'organisme facilite son affectation à des tâches qui ne nécessitent pas une pratique aussi fréquente de l'hygiène des mains, dans la mesure du possible⁶⁶.

Un programme de soins des mains comprend ^{210, 211} :

- l'évaluation des soins des mains;
- l'aiguillage du membre du personnel vers la SST ou vers son propre professionnel de la santé si l'intégrité de sa peau fait problème;
- le DMBA contenant des hydratants; et
- des hydratants pour les mains qui ne nuisent pas à l'action du DMBA, qui n'endommagent pas les gants et qui sont approuvés par l'organisme de soins de santé.

Le personnel de la PCI et le personnel de la SST sont consultés et participent à la sélection et aux essais de produits d'hygiène des mains au sein de l'organisme de soins de santé. Le personnel a accès à la lotion de soin des mains facilement et gratuitement. Les produits choisis n'interfèrent pas avec l'intégrité des gants et n'interagissent pas avec d'autres produits d'hygiène des mains ⁶⁶.

NORME 83

Il doit y avoir un programme de soins des mains pour le personnel de l'organisme de soins de santé.

11 La recherche : l'amélioration de la qualité des pratiques à la lumière de données probantes et les initiatives de recherche

Par rapport à la recherche, les organismes de soins de santé tiennent compte de trois concepts interdépendants, mais distincts : utiliser les données probantes dans la pratique, participer à des projets d'amélioration de la qualité et contribuer à des initiatives de recherche²¹².

La pratique fondée sur des données probantes

Les programmes de PCI sont planifiés et élaborés en fonction de données probantes et de pratiques exemplaires⁶⁴. Les données probantes sont évaluées et l'organisme de soins de santé peut les intégrer dans le cadre de l'élaboration de ses politiques, de la planification de la surveillance, de la prise de décisions cliniques, de la pratique, de l'éducation et/ou de la consultation^{64, 66}.

Les professionnels de la PCI se gardent au courant des données probantes et des pratiques exemplaires de la PCI par la formation continue; l'évaluation critique des recherches fondées sur des données probantes; et l'examen des documents de consensus et d'autres lignes directrices établies^{64, 66}. Les professionnels de la PCI interprètent les connaissances pour que les lignes directrices de la prévention des infections fondées sur des données probantes soient mises en œuvre dans la pratique clinique²¹³.

L'amélioration de la qualité

Les équipes responsables des programmes de PCI ont mis en place des plans d'amélioration de la qualité (AQ) qui sont régulièrement examinés et mis à jour⁶⁴. Les projets d'amélioration de la qualité utilisent des méthodes ou des outils reconnus pour résoudre des problèmes ou améliorer les processus cliniques^{212, 213} et sont un élément clé de l'amélioration des rendements pour la réduction des IASS²¹⁴. De telles initiatives peuvent être entreprises pour diverses raisons, par exemple, en réponse aux données de la surveillance ou des processus, lors de l'élaboration et de l'examen d'un régime annuel d'AQ, en réponse aux priorités stratégiques d'un organisme, ou en réponse aux exigences des organismes d'accréditation ou de la législation^{214, 215}. Les professionnels de la PCI jouent un rôle dans la considération des possibilités d'amélioration et peuvent jouer un rôle de direction ou de collaboration dans des initiatives multidisciplinaires d'AQ dans le contexte d'un travail en équipe^{115, 128}.

La recherche

Des recherches selon la méthode scientifique sont menées dans le but de créer de nouvelles connaissances²¹². Les professionnels de la PCI peuvent participer à des études qui donneront lieu à de nouvelles connaissances, à l'amélioration des soins aux patients, à la prévention des infections et à des progrès dans le domaine de la PCI^{66, 123}.

Les professionnels de la PCI recueillent, rassemblent, analysent et résument des données et des informations qualitatives et quantitatives en utilisant des méthodes appropriées^{115, 128} et les transmettent aux collègues de leur organisme et d'ailleurs pour enrichir les connaissances et encourager l'amélioration⁶⁷.

Les projets d'amélioration de la qualité et les résultats de recherches sont communiqués dans le cadre de publications, de présentations orales ou d'affiches lors de congrès et par d'autres moyens, afin de contribuer au corpus de connaissances sur la PCI⁶⁶.

 NORME 84	Le personnel de la PCI doit participer aux initiatives d'amélioration de la qualité et/ou à la recherche.
---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 NORME 85	Les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité et/ou des recherches du programme de PCI doivent être communiqués aux parties concernées.
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 NORME 86	Les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité et/ou des recherches du programme de PCI doivent être intégrés au programme de PCI.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11.1 L'amélioration continue de la qualité

L'amélioration continue de la qualité est essentielle à la bonification des programmes dans tous les contextes⁹⁹. Dans le contexte de la PCI, elle comprend le sixième élément de base de l'OMS, à savoir le suivi, l'audit et la rétroaction^{3, 171}, mais elle est plus large, parce qu'elle intègre aussi tous les éléments de l'évaluation, de la planification, de la mise en œuvre/action et de l'évaluation à tous les paliers (c.-à-d. la haute direction, les professionnels de la PCI et les travailleurs de la santé).

11.2 La gestion du rendement de la PCI

La prévention des infections chez les patients est une vision et un objectif que tous les organismes de soins de santé ont en commun. Le travail d'équipe, à la différence de l'intervention individuelle, repose sur le leadership, l'adaptabilité, le suivi mutuel et le soutien. Les responsabilités liées à la PCI sont précisées dans

les descriptions de travail de tous les membres du personnel, y compris les gestionnaires et les superviseurs. À tous les paliers de l'organisme, les travailleurs peuvent expliquer leur rôle dans la PCI et le mode d'évaluation de leur rendement en matière de PCI.

11.2.1 L'évaluation et la responsabilisation de la haute direction

La haute direction est responsable et doit rendre compte de toutes les initiatives de PCI qui visent tout le monde au sein de l'organisme. Il incombe à la haute direction de s'assurer que tout le personnel a la formation et les compétences nécessaires aux pratiques de la PCI⁹⁹.

La haute direction manifeste son engagement envers le programme de PCI au moins une fois l'an par la surveillance de la conformité et l'évaluation du rendement du personnel. Des preuves écrites attestent que la haute direction communique régulièrement les attentes de l'organisme par rapport au programme de PCI⁹⁹.

NORME 87

La haute direction de l'organisme doit soutenir la vérification et l'évaluation annuelles des initiatives de PCI élaborées par l'équipe de PCI.

11.2.2 L'évaluation et la responsabilisation du personnel du programme de PCI

L'obtention de la certification en PCI est une attente de l'organisme pour les professionnels de la PCI et les descriptions de poste l'affirment. Les responsabilités spécifiques de la PCI sont consignées dans les contrats, les descriptions de poste et les manuels de programmes.

Les évaluations du rendement de tout le personnel du programme de PCI sont effectuées selon un calendrier établi, p. ex., annuellement. L'évaluation du rendement comprend les éléments suivants¹⁴³ :

- un examen des réalisations et des possibilités d'amélioration;
- un plan de formation, d'éducation et de développement d'appoint pour améliorer le rendement et les perspectives de carrière des membres du personnel;
- la reconnaissance des réalisations en matière de PCI (p. ex., renouvellement de la certification); et
- l'assurance que la formation et les compétences en PCI sont tenues à jour^{99, 115}.

Le personnel de la PCI devrait également autoévaluer son rendement et son développement à l'aide de moyens comme l'outil d'auto-évaluation des membres

de PCI Canada (https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/Tools/tools_ICP_Self-appraisalTool.pdf)

NORME 88

Le personnel de la PCI doit faire preuve de ses compétences en matière de prévention et de contrôle des infections.

11.2.3 L'évaluation des connaissances, de la responsabilisation et de la conformité du personnel en matière de PCI

Un système de surveillance et d'amélioration de la conformité du personnel aux initiatives du programme de PCI est élaboré et mis en œuvre à tous les paliers de l'organisme de soins de santé. Il comprend notamment des preuves des responsabilités spécifiques du personnel selon leurs descriptions de poste et leurs évaluations de rendement⁹⁹.

Dans le cadre de leur examen/entretien de rendement annuel, les employés sont évalués individuellement du point de vue de leur rendement en PCI et de leur adhésion aux pratiques de la PCI⁶⁶. De plus, le rendement individuel est régulièrement évalué et documenté, p. ex., au moyen d'audits de routine¹⁵⁹ et d'auto-évaluations de l'acquisition des connaissances et des aptitudes relevant des compétences de base de la PCI¹¹⁵. Des données probantes montrent que le personnel reçoit régulièrement de la rétroaction et du soutien pour s'acquitter de ses responsabilités en matière de PCI, selon les besoins⁹⁹.

NORME 89

Il doit y avoir un programme de gestion du rendement clair et évident qui comprend une évaluation du rendement de tout le personnel en matière de PCI.

11.3 La vérification et l'évaluation du programme de PCI

L'amélioration de la qualité du programme de PCI est une priorité stratégique des organismes de soins de santé. Il incombe à l'organisme de⁶⁴:

- promouvoir l'apprentissage à partir des résultats de l'AQ; et
- prendre des décisions éclairées par la recherche, les données probantes, les expériences particulières à l'organisme et les résultats continus de l'AQ.

11.3.1 L'évaluation du programme de PCI

Le programme de PCI fait l'objet d'une évaluation interne pour déterminer si les ressources du programme (financières, matérielles et humaines) sont adéquates pour atteindre ses objectifs. Un audit normalisé du programme de PCI permettra

de déterminer dans quelle mesure l'organisme de soins de santé, avec ses partenaires, peut atteindre les buts et objectifs de son programme de PCI ^{64, 66}.

L'évaluation externe du programme de PCI peut faire appel à des organismes d'accréditation externes ou à des organismes gouvernementaux.

NORME 90

Il doit y avoir un processus d'évaluation de la qualité du programme de PCI.

11.3.2 L'amélioration continue du programme de PCI

L'amélioration continue du programme de PCI devrait s'éclairer des résultats de l'évaluation du programme, par l'intermédiaire d'un plan d'action, d'une rétroaction et d'une évaluation subséquente. Les objectifs ciblés et le plan stratégique sont examinés et révisés pour refléter l'évolution de l'épidémiologie et des priorités de l'organisme.

L'amélioration continue du programme de PCI comprend ces démarches :

- prévoir du temps consacré à la réflexion sur les résultats des vérifications et des évaluations de programmes;
- mettre en place des mécanismes de rétroaction et de réflexion collectives, comme des séances d'information ou des groupes de discussion ⁶⁴;
- élaborer des plans d'action assortis d'échéanciers à délais rapprochés mais réalistes, en partenariat avec les parties concernées et en se référant aux pratiques exemplaires;
- obtenir le soutien des cadres supérieurs pour l'exécution des plans d'action, y compris l'allocation des ressources;
- offrir des possibilités d'éducation; et
- faire part des leçons apprises aux parties concernées internes et externes.

NORME 91

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

Annexes

A. L'environnement des soins de santé

Des surfaces environnementales ont été impliquées dans la transmission des IASS. Les organismes de soins de santé ont la responsabilité de maintenir un environnement physique propre et sûr^{64, 216-220}. Cette responsabilité comprend le nettoyage efficace de l'environnement et le traitement sécuritaire des déchets. Des ressources sont consacrées au nettoyage de l'environnement dans le respect des pratiques exemplaires²¹⁷.

Les membres de l'équipe de PCI doivent consulter le personnel des services environnementaux (SE) pour mener des évaluations des risques environnementaux par rapport aux risques de transmission de microorganismes dans chaque secteur. Les évaluations livrent des informations sur les types de patients, le nombre de personnes qui y circulent, les types d'activités effectuées et la probabilité d'être exposé aux fluides corporels. Ces informations permettront d'établir la fréquence de nettoyage recommandée, le niveau de désinfection et le nombre d'employés qu'il faut pour maintenir le niveau de nettoyage requis^{64, 217}.

Les protocoles et les procédures du nettoyage efficace de l'environnement dans un organisme de soins de santé comprennent, sans s'y limiter^{64, 217} :

- des procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des chambres des patients et de l'équipement partagé, y compris des normes et des fréquences pour le nettoyage quotidien et le nettoyage à la suite d'un congé ou d'un transfert;
- des procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des chambres des patients visés par des mesures de précaution additionnelles;
- l'orientation et la formation continue du personnel des services environnementaux en y intégrant les principes du programme de PCI;
- l'augmentation des capacités pour la gestion d'éclosions; et
- l'examen continu des procédures, y compris la surveillance, l'audit des processus et la rétroaction au personnel.

Les employés ont la responsabilité de maintenir leurs compétences, y compris pour les pratiques pertinentes à la PCI. La rétroaction à ce sujet fait partie de leur examen du rendement^{64, 217}. Lorsque des services de nettoyage sont confiés à des fournisseurs externes, l'organisme de soins de santé établit et maintient avec chaque fournisseur un contrat qui stipule des niveaux de qualité à maintenir de façon constante et le respect des normes acceptées de la pratique de la PCI. L'organisme contrôle la qualité des services fournis.

Les déchets biomédicaux (qui comprennent les tissus humains, les liquides corporels et les objets pointus et tranchants contaminés) représentent une faible proportion des déchets générés par les organismes de soins de santé et

présentent un risque minime s'ils sont gérés conformément aux normes et aux règlements applicables⁶⁴. Les protocoles et les procédures de la manipulation des déchets biomédicaux doivent¹³⁴ :

- respecter les règlements locaux, régionaux, provinciaux/territoriaux et nationaux; et
- intégrer l'avis du programme de PCI sur les questions de traitement des déchets.

B. L'équipement médical

L'équipement médical comprend les pièces d'équipement non critiques (c.-à-d. non invasifs) qui entrent en contact seulement avec la peau intacte d'une personne et qui nécessitent un nettoyage et une désinfection de faible niveau. Il peut s'agir, par exemple, de brassards de tensiomètre, de fauteuils roulants et d'appareils d'imagerie.

Les politiques, procédures et protocoles liés à l'équipement médical comprennent le nettoyage et la désinfection :

- de façon régulière;
- lorsqu'il est visiblement souillé; et
- entre chaque utilisation sur/par une personne.

Il y a un mécanisme de responsabilisation pour l'exécution de ces tâches.

C. Le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont de type semi-critique ou critique et nécessitent un niveau plus élevé de désinfection, de stérilisation/retraitement, qui est effectué dans une zone dédiée ou un service de retraitement des dispositifs médicaux.

Pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux, l'organisme de soins de santé suit des protocoles et des procédures de retraitement qui :

- sont élaborés avec l'apport de l'équipe de PCI;
- sont évalués, surveillés et révisés pour assurer l'efficacité des processus de retraitement^{136, 221-223};
- font usage de moniteurs/indicateurs de processus;
- sont fondés sur un système de classification reconnu, comme les critères de Spaulding²²⁴, qui classent le niveau de retraitement selon le degré de risque d'infection^{64, 223, 225};
- suivent les instructions du fabricant²²¹⁻²²³;

- respectent les protocoles, les normes et les pratiques exemplaires des programmes de PCI et du service de retraitement des dispositifs médicaux²²¹⁻²²³;
- sont conformes aux exigences législatives²²¹; et
- définissent toutes les étapes du processus de retraitement, y compris²²¹⁻²²³:
 - la manipulation de dispositifs médicaux contaminés;
 - le nettoyage au point de service;
 - le transport de dispositifs médicaux contaminés;
 - le démontage/remontage des dispositifs pour le nettoyage et la stérilisation, au besoin;
 - le nettoyage/rinçage (manuel ou automatisé);
 - la désinfection thermique;
 - le séchage et le remontage;
 - la désinfection de haut niveau ou la stérilisation; et
 - l'entreposage.

Les protocoles et les procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation s'appliquent à toute personne qui retire des dispositifs médicaux au sein de l'organisme, y compris les services d'urgence, d'imagerie clinique/diagnostique et d'endoscopie, ainsi que les cliniques et les services. Ils visent aussi les soins des pieds et les soins dentaires dans les milieux de soins de longue durée. Si les activités de retraitement sont confiées à des fournisseurs externes, il incombe à l'organisme de soins de santé de vérifier que chaque fournisseur externe respecte les normes de pratique acceptées en matière de retraitement et surveille la qualité des services fournis^{64, 222, 223}.

Il existe également des protocoles et des procédures pour :

- la gestion des dispositifs médicaux à usage unique²²³;
- les dispositifs médicaux prêtés, partagés, consignés et loués^{221, 223};
- les compétences du personnel et, idéalement, une certification en retraitement de dispositifs médicaux obtenue d'un programme de certificat d'études collégiales reconnu^{64, 221-223}; et
- la gestion des défaillances des processus de désinfection et de stérilisation, y compris la capacité de retracer ou de rappeler tous les instruments médicaux retraités qui nécessitent des mesures de suivi^{64, 223}.

La maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

Les patients atteints de la MCJ sont pris en charge selon les pratiques de base^{226, 227}. Le risque d'infection par la MCJ est lié aux tissus neurologiques, y compris après la mort. La mise en place de politiques, de procédures et de protocoles relatifs à la MCJ est indiquée pour les organismes de soins de santé qui fournissent des services neurochirurgicaux et des services post-mortem⁶⁴. Les protocoles et les procédures comprennent les éléments suivants^{226, 227} :

- effectuer une évaluation préopératoire pour les patients à haut risque;

- effectuer une évaluation préopératoire pour les interventions chirurgicales à haut risque; et
- prévoir soit :
 - un ensemble dédié de dispositifs neurochirurgicaux, neuro-endoscopiques et orthorachidiens à utiliser lorsque la MCJ est diagnostiquée ou soupçonnée avant l'opération; ou
 - la mise en quarantaine de l'équipement immédiatement après la chirurgie et avant le retraitement jusqu'à ce que le diagnostic postopératoire de MCJ soit validé ou exclu.

D. La buanderie

Le linge et les textiles peuvent être contaminés par des agents pathogènes et, dans de rares cas, ils ont été associés à la transmission de microorganismes en raison de leur gestion inappropriée²²⁸⁻²³⁰. Par conséquent, le personnel des services de buanderie doit manipuler, entreposer, traiter et transporter le linge de manière sécuritaire pour éviter de propager des infections.

Les services de buanderie comprennent ces éléments :

L'aménagement des lieux

- S'assurer que le secteur de la buanderie dispose d'un espace dédié fait de matériaux durables pour résister aux rigueurs des activités qui y sont menées (c.-à-d. résistant à l'eau et à la vapeur)^{230, 231}.
- Le déroulement du travail est clairement délimité et une barrière physique sépare le linge propre du linge sale.
- Les zones du linge souillé doivent être ventilées par aspiration (pression inférieure à celle des zones environnantes) et la ventilation ne doit pas déplacer l'air de la zone de traitement du linge souillé vers les zones du linge propre^{232, 233}.
- Des produits d'hygiène des mains et des lavabos pour le lavage des mains sont situés dans toutes les zones de travail de la buanderie.

Le processus

Les chariots, les étagères et les tables pliantes doivent être nettoyés et désinfectés à intervalles réguliers, quotidiennement et au besoin.

- La vérification et l'entretien de l'équipement de la buanderie, y compris l'entretien préventif régulier, sont effectués conformément à la politique de l'organisme et aux instructions du fabricant. Ces activités de surveillance sont documentées.
- Il y a une procédure établie qui détermine où et comment le linge est trié.
- Les organismes doivent suivre les recommandations du fabricant pour ce qui est des laveuses, des sécheuses, des tissus à laver et du détergent utilisé²³¹.

- Les services de buanderie peuvent être confiés en sous-traitance à une entreprise commerciale de buanderie de services de santé ou fournis sur les lieux à l'aide de laveuses et de sécheuses de qualité commerciale. Les exemptions accordées aux très petits établissements pour l'utilisation de laveuses et de sécheuses domestiques nécessitent l'approbation du service de santé publique local.
- Les services de buanderie en interne doivent suivre les règlements de buanderie publiés ^{221, 231}.

Le linge sale

- Sacs à linge :
 - Les sacs à linge souillés doivent être assez robustes pour le contenu prévu, résistants aux fuites, remplis seulement aux deux tiers et attachés solidement.
 - Les sacs à linge réutilisables sont lavés après chaque utilisation.
 - Il n'est pas nécessaire d'utiliser des sacs à linge jetables.
 - Le double ensachage n'est pas recommandé, sauf en cas de déchirure ou de fuite du sac. Le linge souillé de sang, de liquides corporels, de sécrétions ou d'excrétions devrait être manipulé selon les mêmes pratiques de base, quels que soient la source (p. ex., patients visés par des précautions additionnelles) ou le milieu de soins de santé ^{64, 217}.
- La saleté grossière (p. ex., les matières fécales) doit être enlevée manuellement avant d'être placée dans la lessive.
- Le linge sale doit être mis dans un sac ou un autre contenant au point de service.
- Ne pas trier ni prérincer le linge sale dans les zones de soins, les couloirs ou les zones à accès libre.
- Tout objet pointu ou tranchant trouvé dans le linge doit être signalé à la direction et documenté pour aider à éviter ces incidents à l'avenir ²³³.
- Le linge souillé doit être manipulé avec un minimum d'agitation.
- Il n'est pas nécessaire de couvrir les chariots à linge ou les paniers à linge utilisés pour collecter ou transporter des sacs de linges souillés, sauf si la réglementation l'exige.
- Les contenants (y compris les chariots, les sacs et les bacs en plastique) destinés à la collecte, à l'entreposage ou au transport du linge souillé doivent être étanches, non poreux et en bon état, et doivent être décontaminés après utilisation.
- Les chariots doivent être nettoyés et désinfectés avant de servir au transport du linge propre ou stérile.
- Les descentes de linge :
 - Leur utilisation est à considérer avec prudence pour ces raisons : le risque de contamination par des fuites et des sacs déchirés ou ouverts; la difficulté du nettoyage, de la désinfection et de la réparation de la

descente; les dommages potentiels aux textiles causés par des bords tranchants ou des fuites de liquides; et le contrôle de l'accès.

- Si elles sont utilisées, veiller à ce qu'elles soient bien conçues, entretenues, nettoyées, désinfectées et utilisées de manière à minimiser la dispersion des aérosols.
- Les sacs à linge doivent être bien attachés avant d'être placés dans la descente.
- Les objets non ensachés ne doivent pas être placés dans la descente.
- Les descentes de linge devraient être ventilées par aspiration (pression négative) et doivent déboucher dans la zone de collecte du linge souillé.
- Les descentes de linge devraient être nettoyées et entretenues (selon les instructions du fabricant) de façon régulière.
- Les articles lavés devraient être retirés de la laveuse dès que possible afin de réduire le risque de contamination et de formation de biofilm ^{216, 233}.
- L'efficacité du processus de lavage pour rendre le linge hygiéniquement propre dépend des facteurs suivants ²³¹ :
 - la durée et la température;
 - l'action mécanique;
 - les produits chimiques utilisés;
 - la qualité de l'eau, y compris le niveau de pH, la dureté;
 - les exigences en matière de rinçage;
 - la quantité de linge chargée;
 - la nature et le degré de la saleté; et
 - le modèle de lave-linge et de sèche-linge.
- L'utilisation d'un désinfectant (p. ex., l'eau de Javel) pourrait n'apporter aucun avantage supplémentaire si la souillure est faible. Mais un désinfectant peut être utilisé pour les souillures importantes ou lorsque la réinstallation de microorganismes sur les articles lavés est une préoccupation ²³³.

Le linge propre

- Le linge propre devrait être trié, emballé, transporté et entreposé de manière à éviter la manipulation accidentelle, la contamination par la poussière ou les débris et le contact avec des articles souillés ou contaminés ^{231, 233}.
- Il devrait y avoir des zones désignées (p. ex., placard dédié, salle d'approvisionnement propre) pour le tri et l'entreposage du linge propre.
- Si l'on utilise un système de chariots fermés, il est permis d'entreposer les chariots à linge propre dans une alcôve si celle-ci est hors de la circulation normale et qu'elle est sous le contrôle du personnel.

Les chariots de buanderie

Exigences :

- Finition lisse, fond solide pour résister au nettoyage et à la désinfection.

- Nettoyage et désinfection après chaque utilisation s'il sert au transport du linge sale.
- Recouvrement pendant le transport et le stockage s'il sert au transport du linge propre.

Les chariots à linge mobiles plus petits devraient :

- être remplis et utilisés pour la prestation de soins pendant un quart de travail;
- rester couverts et ne contenir que du linge propre, sans articles rangés sur le dessus; et
- être nettoyés quotidiennement.

Les politiques, procédures et protocoles (PPP)

Établir des PPP clairs pour les aspects suivants :

- le linge sale (collecte, manutention, transport, entreposage);
- les textiles hygiéniquement propres, y compris la manutention, le transport et l'entreposage;
- l'utilisation d'équipement de protection individuelle (EPI);
- l'utilisation et l'entretien régulier des machines; et
- le nettoyage et la désinfection des machines et de toutes les zones de buanderie une fois par jour.

L'éducation et la formation du personnel

Les travailleurs apprennent :

- les PPP de la buanderie, comme la manipulation du linge souillé, la formation sur la PCI et le SIMDUT, et
- les compétences de base, dont l'hygiène des mains, comment revêtir et retirer l'EPI, les circonstances nécessitant la protection oculaire.

Tous les processus doivent faire l'objet d'audits. *Voir les propos sur les audits.*

E. Les services diététiques et alimentaires

Les protocoles et les procédures définissent les mécanismes et les processus mis en place pour prévenir les maladies d'origine alimentaire au sein de l'organisme. Les normes et la réglementation relatives à la préparation, à la manipulation et à l'entreposage des aliments sont respectées. Elles s'appliquent aux aliments préparés par l'établissement ou un sous-traitant externe, ainsi qu'aux aliments préparés ou distribués dans les cuisinettes ou les cuisines des patients et du personnel ⁶⁴.

L'organisme doit se conformer au processus d'inspection et mettre en œuvre les recommandations sur les aspects à améliorer que le processus d'inspection locale ou provinciale a relevés ⁶⁴.

F. La gestion du matériel et l'évaluation des produits

Le personnel de la PCI doit participer à l'évaluation, à l'achat et à l'approvisionnement d'équipement, de dispositifs et de fournitures médicales. Le rôle du représentant de la PCI est d'évaluer les risques potentiels liés à la PCI. Voir les propos sur la santé au travail.

G. La conception, la construction et l'entretien des bâtiments

Les conditions environnementales qui dépendent du système de CVC sont établies de manière à contenir les microorganismes et à prévenir leur transmission ^{64, 232, 234-236}. Il y a un processus de validation qui assure que les chambres d'isolement des infections aéroportées, les salles d'opération et les environnements de protection respectent les normes pour les patients qui ont subi une greffe ou qui sont sévèrement compromis ^{237, 238}.

Les principes de la PCI sont respectés lors de la conception de nouvelles installations ou du réaménagement d'installations existantes, ainsi que pendant les activités de construction, de rénovation et d'entretien et jusqu'à la mise en service, afin de fournir un environnement sécuritaire pour les patients et le personnel et de réduire au minimum le risque d'IASS ^{66, 99, 216, 237-240}. L'organisme consulte l'équipe de la PCI lors de la planification et de la conception de l'environnement physique, y compris les projets de construction neuve et/ou de rénovation ⁶⁴.

Les protocoles et les processus de la conception, de la construction et de l'entretien d'une installation définissent le rôle que l'équipe de PCI doit y jouer, notamment ^{64, 66, 216, 232, 237-240} :

- participer à toutes les phases, y inclus la planification;
- déterminer la législation, les lignes directrices nationales et les résultats/indicateurs qui s'appliquent au projet;
- préciser quels seront les membres du personnel et la population de patients touchés par le projet;
- déterminer les risques liés à la PCI et les niveaux de risque associés au projet (p. ex., *Aspergillus* et *Legionella*);
- confirmer les barrières et les mesures préventives qui seront mises en place pendant le projet (par exemple, clôture de chantier, ventilation par aspiration, contrôle de la poussière);
- s'assurer que les systèmes CVC de la zone de construction répondent aux normes les plus récentes;

- 
-
- définir les besoins de nettoyage et de désinfection pendant et après le projet;
 - confirmer les voies de passage sécuritaires pour les déplacements des déchets, des fournitures, des outils et des personnes;
 - inspecter les locaux régulièrement et à la fin du projet pour veiller au maintien des conditions environnementales optimales;
 - veiller au respect des barrières et des mesures préventives; et
 - avoir le pouvoir d'arrêter les projets en cas de risque pour la sécurité des patients ou du personnel.

Références

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). 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, Genève (Suisse) 26-27 juin 2008. Organisation mondiale de la santé, 2009. Accessible au : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70229/WHO_HSE_EPR_2009.1_fre.pdf?sequence=1
2. Storr J, Twyman A, Zingg W, Damani N, Kilpatrick C, Reilly J, Price L, Egger M, Grayson ML, Kelley E, Allegranzi B. Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2017 Dec;6:1-8. Accessible au : <https://link.springer.com/article/10.1186/s13756-016-0149-9>
3. OMS. Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée. Organisation mondiale de la santé, 2016. Accessible au : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272850/9789242549928-fre.pdf>
4. OMS. Rapport mondial sur la lutte anti-infectieuse. Résumé d'orientation. Genève 2022. Accessible au <https://www.who.int/fr/publications/i/item/global-report-on-infection-prevention-and-control-executive-summary>
5. Worrell R, Appleby MC. Stewardship of natural resources: definition, ethical and practical aspects. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*. 2000 Jan;12:263-77. Accessible au : <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1009534214698>
6. OMS. Les principales agences sanitaires présentent une terminologie actualisée pour les agents pathogènes qui se transmettent par voie aérienne. Communiqué de presse le 18 avril 2024. Accessible au : <https://www.who.int/fr/news/item/18-04-2024-leading-health-agencies-outline-updated-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air>
7. Morgan DJ, Lomotan LL, Agnes K, McGrail L, Roghmann MC. Characteristics of healthcare-associated infections contributing to unexpected in-hospital deaths. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2010 Aug;31(8):864-6. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3528178/>
8. Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV, CDC SENIC PLANNING COMMITTEE. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): summary of study design. *American Journal of Epidemiology*. 1980 May 1;111(5):472-85. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6246798/>
9. Plowman R, Graves N, Griffin MA, Roberts JA, Swan AV, Cookson B, Taylor L. 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. *Journal of Hospital Infection*. 2001 Mar 1;47(3):198-209. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195670100908818>
10. 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* Accessible au : <https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/07-CNISP1.pdf>

11. OMS. Manuel pratique provisoire pour la mise en œuvre nationale des Lignes directrices de l'OMS sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2018. Accessible au : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-%28ihs%29/core-components/cc-implementation-guideline-fr.pdf>
12. OMS. Les principales agences sanitaires présentent une terminologie actualisée pour les agents pathogènes qui se transmettent par voie aérienne. Communiqué de presse le 18 avril 2024. Accessible au : <https://www.who.int/fr/news/item/18-04-2024-leading-health-agencies-outline-updated-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air>
13. Niederman MS. Impact of antibiotic resistance on clinical outcomes and the cost of care. *Critical Care Medicine*. 2001 Apr 1;29(4):N114-20. Accessible au : https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2001/04001/impact_of_antibiotic_resistance_on_clinical.11.aspx
14. Engemann JJ, Carmeli Y, Cosgrove SE, Fowler VG, Bronstein MZ, Trivette SL, Briggs JP, Sexton DJ, Kaye KS. Adverse clinical and economic outcomes attributable to methicillin resistance among patients with *Staphylococcus aureus* surgical site infection. *Clinical Infectious Diseases*. 2003 Mar 1;36(5):592-8. Accessible au : <https://academic.oup.com/cid/article/36/5/592/452636?login=false>
15. Schwaber MJ, Navon-Venezia S, Kaye KS, Ben-Ami R, Schwartz D, Carmeli Y. Clinical and economic impact of bacteremia with extended-spectrum- β -lactamase-producing Enterobacteriaceae. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2006 Apr;50(4):1257-62. Accessible au : <https://journals.asm.org/doi/full/10.1128/aac.50.4.1257-1262.2006>
16. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2004 May 25;170(11):1678-86. Accessible au : <https://www.cmaj.ca/content/170/11/1678?ct=>
17. Stone PW, Larson E, Kwar LN. A systematic audit of economic evidence linking nosocomial infections and infection control interventions: 1990-2000. *American Journal of Infection Control*. 2002 May 1;30(3):145-52. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019665530225141X>
18. Burke JP. Infection control-a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*. 2003 Feb 13;348(7):651-6. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12584377/>
19. Fakhri, M.G., Bufalino, A., Sturm, L., Huang, R.H., Ottenbacher, A., Saake, K., Winegar, A., Fogel, R. and Cacchione, J., 2022. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, central-line-associated bloodstream infection (CLABSI), and catheter-associated urinary tract infection (CAUTI): the urgent need to refocus on hardwiring prevention efforts. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(1), pp.26-31. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33602361/>
20. Mitchell R, Taylor G, Rudnick W, Alexandre S, Bush K, Forrester L, Frenette C, Granfield B, Gravel-Tropper D, Happe J, John M. Trends in health care-associated infections in acute care hospitals in Canada: an analysis of repeated point-prevalence surveys. *Canadian Medical Association Journal*. 2019 Sep 9;191(36):E981-8. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6733684/>

21. Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN). Les infections associées aux soins de santé et la résistance aux antimicrobiens dans les hôpitaux canadiens de soins aigus, 2016 à 2020. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2022. 7juil;48(7-8) :339. Accessible au : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-7-8-july-august-2022/ccdrv48i78a03f-fra.pdf>
22. RMTC 2017-21. Programme PCSIN. Infections associées aux soins de santé et résistance aux antimicrobiens dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée, 2017 à 2021. Relevé des maladies transmissibles au Canada. Mai 2023;49(5):263. Accessible au : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2023-49/issue-5-may-2023/ccdrv49i05a09f-fra.pdf>
23. Graves N, Weinhold D, Tong E, Birrell F, Doidge S, Ramritu P, Halton K, Lairson D, Whitby M. Effect of healthcare-acquired infection on length of hospital stay and cost. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2007 Mar;28(3):280-92. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17326018/>
24. Jodra VM, de los Terreros Soler LS, Perez CD, Requejo CM, Farrás NP. Excess length of stay attributable to surgical site infection following hip replacement: a nested case-control study. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2006 Dec;27(12):1299-303. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17152026/>
25. Birnbaum D. La résistance aux antimicrobiens : une sombre menace sur laquelle aucun pays ne peut fermer les yeux. *Canada Communicable Disease Report – Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2003 sept 1;29(18):157-64. Accessible au : <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H12-21-29-18.pdf>
26. Conseil des académies canadiennes. Quand les antibiotiques échouent. Le comité d'experts sur les incidences socioéconomiques potentielles de la résistance aux antimicrobiens au Canada. Ottawa ON : CAC; 2019. [Consulté le 7 mai 2021]. Accessible au : https://www.rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2023/05/Updated-AMR-report_FR.pdf
27. Strausbaugh LJ, Joseph CL. The burden of infection in long-term care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2000 Oct;21(10):674-9. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11083186/>
28. Tchouaket EN, Kruglova K, Beogo I, Sia D, Robins S, Bélanger E, Jubinville M, Séguin C, Kilpatrick K, Boivin S, Létourneau J. Economic evaluation of healthcare-associated infection prevention and control in long-term care: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*. 2022 Dec;11(1):1-1. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9719189/>
29. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence: International Long Term Care Policy Network; 2020. Accessible au : https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2021/02/LTC_COVID_19_international_report_January-1-February-1-2.pdf. [Consulté le 15 juillet 2021]
30. Institut canadien d'information sur la santé. Incidence de la COVID-19 sur les soins de longue durée. Accessible au : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/soins-de-longue-duree>

31. Cohen CC, Choi YJ, Stone PW. Costs of infection prevention practices in long-term care settings: a systematic review. *Nursing Economic\$*. 2016 Jan;34(1):16. Accessible au : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4915220/>
32. Zoutman DE, Ford BD, Bryce E, Gourdeau M, Hébert G, Henderson E, Paton S, Canada H, Canadian Hospital Epidemiology Committee, Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals. *American Journal of Infection Control*. 2003 Aug 1;31(5):266-73. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655303000865>
33. Scheckler WE, Brimhall D, Buck AS, Farr BM, Friedman C, Garibaldi RA, Gross PA, Harris JA, Hierholzer WJ, Martone WJ, McDonald LL. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals: a consensus panel report. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 1998 Feb;19(2):114-24. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9503113/>
34. 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. *American Journal of Infection Control*. 2004 Feb 1;32(1):2-6. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655303007351>
35. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *Journal of Hospital Infection*. 2003 Aug 1;54(4):258-66. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195670103001506>
36. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Hooton TM. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *American Journal of Epidemiology*. 1985 Feb;121(2):182-205. Accessible au : <https://academic.oup.com/aje/article-abstract/121/2/182/113816?login=false>
37. 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 <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000798199730560>. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2011 Feb;32(2):101-14. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21460463/>
38. Haley RW. Managing Hospital Infection Control for Cost-effectiveness. 1986. Accessible au : <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000798199730560>
39. Borg MA, Cookson BD, Scicluna E, Group AP. Survey of infection control infrastructure in selected southern and eastern Mediterranean hospitals. *Clinical Microbiology and Infection*. 2007 Mar 1;13(3):344-6. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X14627610>
40. Rosenthal VD, Guzman S, Pezzotto SM. 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. *American Journal of Infection Control*. 2003 Nov 1;31(7):405-9. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14639436/>

41. Lobo RD, Levin AS, Gomes LM, Cursino R, Park M, Figueiredo VB, Taniguchi L, Polido CG, Costa SF. Impact of an educational program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit in Brazil. *American Journal of Infection Control*. 2005 Mar 1;33(2):83-7. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655304005632>
42. Cooper BS, Stone SP, Kibbler CC, Cookson BD, Roberts JA, Medley GF, Duckworth G, Lai R, Ebrahim S. Isolation measures in the hospital management of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): systematic review of the literature. *BMJ*. 2004 Sep 2;329(7465):533. Accessible au : <https://www.bmj.com/content/329/7465/533.short>
43. Zafar AB, Gaydos LA, Furlong WB, Nguyen MH, Mennonna PA. Effectiveness of infection control program in controlling nosocomial *Clostridium difficile*. *American Journal of Infection Control*. 1998 Dec 1;26(6):588-93. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655398001175>
44. Tomic V, Sorli PS, Trinkaus D, Sorli J, Widmer AF, Trampuz A. Comprehensive strategy to prevent nosocomial spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a highly endemic setting. *Archives of Internal Medicine*. 2004 Oct 11;164(18):2038-43. Accessible au : <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/217466>
45. Zoutman DE, Ford BD, Canadian Hospital Epidemiology Committee, Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. The relationship between hospital infection surveillance and control activities and antibiotic-resistant pathogen rates. *American Journal of Infection Control*. 2005 Feb 1;33(1):1-5. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655304006054>
46. Miller PJ, Farr BM, Gwaltney Jr JM. Economic benefits of an effective infection control program: case study and proposal. *Reviews of Infectious Diseases*. 1989 Mar 1;11(2):284-8. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2704926/>
47. Nguemeleu ET, Beogo I, Sia D, Kilpatrick K, Séguin C, Baillet A, Jabbour M, Parisien N, Robins S, Boivin S. Economic analysis of healthcare-associated infection prevention and control interventions in medical and surgical units: systematic review using a discounting approach. *Journal of Hospital Infection*. 2020 Sep 1;106(1):134-54. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670120303327>
48. Zoutman DE, Ford BD, Gauthier J. A cross-Canada survey of infection prevention and control in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*. 2009 Jun 1;37(5):358-63. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019665530800905X>
49. Grinspun D, Matthews JH, Bonner R, Moreno-Casbas T, Mo J. COVID-19 pandemic in long-term care: An international perspective for policy considerations. *International Journal of Nursing Sciences*. 2023 Apr 1;10(2):158-66. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10063321/>
50. Betini R, Milicic S, Lawand C. The Impact of the COVID-19 pandemic on Long-Term Care in Canada. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*. 2021 Oct 1;24(3):13-5. Accessible au : <https://europepmc.org/article/med/34792442>
51. Flood CM, Thomas B, White K. Excellent Long-Term Care for Canadians and Federal Legislation. *Healthcare Papers*. 2021 Sep 1;20(1):27-33. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34792458/>

52. Agence de la santé publique du Canada. COVID-19 Infections parmi les travailleurs de la santé et les autres personnes travaillant dans les établissements de soins de santé. Janvier 2021. Accessible au : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases/coronavirus-disease-covid-19/epidemiological-economic-research-data/infections-healthcare-workers-other-people-working-healthcare-settings/covid-19-infections-healthcare-settings-fra.pdf>
53. Liu X, Pan H, Lin W, Wang M, Zhang Q. Sustainable Practices and Performance of Resource-Based Companies: The Role of Internal Control. *Sustainability*. 2024 Feb 7;16(4):1399. Accessible au : <https://www.mdpi.com/2071-1050/15/22/1572858>.
54. Griffiths H. Infection control and environmental sustainability: focus on practice. *Frontline Gastroenterology*. 2023 Nov 23. Accessible au : <https://fg.bmj.com/content/early/2023/11/23/flgastro-2023-102475.full>
55. OMS. Les tonnes de déchets des activités de soins liées à la COVID-19 montrent qu'il est urgent d'améliorer les systèmes de gestion des déchets. Organisation mondiale de la santé : Genève (Suisse). Février 2022. Accessible au : <https://www.who.int/fr/news/item/01-02-2022-tonnes-of-covid-19-health-care-waste-expose-urgent-need-to-improve-waste-management-systems>
56. Les sept examens et traitements à s'interroger en soins infirmiers : prévention et contrôle des infections. Choisir avec soin Canada. Août 2019. Accessible au : <https://choisiravecsoin.org/recommandation/soins-infirmiers/>
57. Les cinq examens et traitements sur lesquels on devrait s'interroger : médecine du travail. Choisir avec soin Canada. Septembre 2024. Accessible au : <https://choisiravecsoin.org/recommandation/medecine-du-travail/>
58. Keil M, Viere T, Helms K, Rogowski W. The impact of switching from single-use to reusable healthcare products: a transparency checklist and systematic review of life-cycle assessments. *European Journal of Public Health*. 2023 Feb 1;33(1):56-63. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9898010/>
59. Parveen N, Chowdhury S, Goel S. Environmental impacts of the widespread use of chlorine-based disinfectants during the COVID-19 pandemic. *Environmental Science and Pollution Research*. 2022 Dec;29(57):85742-60. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8799444/>
60. Cubas AL, Moecke EH, Provin AP, Dutra AR, Machado MM, Gouveia IC. The impacts of plastic waste from personal protective equipment used during the COVID-19 Pandemic. *Polymers*. 2023 Jul 25;15(15):3151. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10421242/>
61. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la lutte anti-infectieuse. Résumé d'orientation. Genève 2022. Accessible au <https://www.who.int/fr/publications/i/item/global-report-on-infection-prevention-and-control-executive-summary>
62. Loi canadienne sur la santé. 1985. Accessible au : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/page-1.html>
63. Health Canada. Canada's health care system. 2019. Accessible au : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>

64. Agrément Canada. Programmes d'évaluation Qmentum Global : Prévention et contrôle des infections. 2019. Accessible au https://store.accreditation.ca/products/prevention-et-controle-des-infections?_pos=1&_sid=d54722ed7&_ss=r
65. Agence de la santé publique du Canada. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins. Agence de la santé publique du Canada, 2013. Accessible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante/partie-b.html>
66. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé, 3^e édition. Toronto ON : Imprimeur de la reine de l'Ontario; mai 2012. Accessible au : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-ipac-hc-settings.pdf?la=fr>
67. Bubb TN, Billings C, Berriel-Cass D, Bridges W, Caffery L, Cox J, Rodriguez M, Swanson J, Titus-Hinson M. APIC professional and practice standards. American Journal of Infection Control. 2016 Jul 1;44(7):745-9. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655316001553>
68. Friedman C, Curchoe R, Foster M, Hirji Z, Krystofiak S, Lark RL, Laxson L, Ruppert MJ, Spaulding L. APIC/CHICA-Canada infection prevention, control, and epidemiology: professional and practice standards. American Journal of Infection Control. 2008 Aug 1;36(6):385-9. Accessible au : [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(08\)00460-4/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(08)00460-4/fulltext)
69. College of Registered Nurses of British Columbia. Professional Standards: Introduction. 2024. Accessible au : <https://www.bccnm.ca/RN/ProfessionalStandards/Pages/Introduction.aspx>
70. Bryce EA, Scharf S, Walker M, Walsh A. The infection control audit: the standardized audit as a tool for change. American Journal of Infection Control. 2007 May 1;35(4):271-83. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655306010121>
71. Melinkovich P, Hammer A, Staudenmaier A, Berg M. Improving pediatric immunization rates in a safety-net delivery system. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2007 Apr 1;33(4):205-10. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725007330249>
72. Bialachowski A, Clinker K, LeBlanc M, McDonald S. The audit process: part I pre-audit preparation. Canadian Journal of Infection Control. 2010 Mar 1;25(1). Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20469658/>
73. Millward S. P17. 31 Using Infection Control (IC) Link Practitioners to audit IC standards in the Independent Healthcare sector and provide robust evidence of practice. Journal of Hospital Infection. 2006(64):S91. Accessible au : https://journals.scholarsportal.info/details/01956701/v64inone_s1/s91_puiclpapreop.xml
74. 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. Journal of Hospital Infection. 1993 Jul 1;24(3):219-32. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019567019390051Z>

75. Sawyer M, Weeks K, Goeschel CA, Thompson DA, Berenholtz SM, Marsteller JA, Lubomski LH, Cosgrove SE, Winters BD, Murphy DJ, Bauer LC. Using evidence, rigorous measurement, and collaboration to eliminate central catheter-associated bloodstream infections. *Critical Care Medicine*. 2010 Aug 1;38:S292-8. Accessible au : https://journals.lww.com/ccmjournals/abstract/2010/08001/using_evidence_rigorous_measurement_and.4.aspx
76. Auditor General. Report of the Auditor General of Alberta. July. Accessible au : https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/06/2015_-_Report_of_the_Auditor_General_of_Alberta_-_March_2015.pdf
77. Seto WH, Otaíza F, Pessoa-Silva CL. Core components for infection prevention and control programs: a World Health Organization network report. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2010 Sep;31(9):948-50. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20636135/>
78. Houghton C, Meskell P, Delaney H, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):CD013582. doi:10.1002/14651858.CD013582. Accessible au <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013582/information>
79. Brannigan ET, Murray E, Holmes A. Where does infection control fit into a hospital management structure? *Journal of Hospital Infection*. 2009 Dec 1;73(4):392-6. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195670109001856>
80. Griffiths P, Renz A, Hughes J, Rafferty AM. Impact of organisation and ISQ management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *Journal of Hospital Infection*. 2009 Sep 1;73(1):1-4. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195670109001972>
81. Jarvis WR. The United States approach to strategies in the battle against healthcare-associated infections, 2006: transitioning from benchmarking to zero tolerance and clinician accountability. *Journal of Hospital Infection*. 2007 Jun 1;65:3-9. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019567010760005X>
82. 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*. 2013 Nov 1;26(4):154-7. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1036731413001604>
83. Excellence en santé Canada. Gouvernance efficace pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. s.d. Accessible au : <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/gouvernance-efficace-pour-assurer-la-qualite-des-soins-et-la-securite-des-patients/>
84. Haque M, Sartelli M, McKimm J, Bakar MA. Health care-associated infections—an overview. *Infection and Drug Resistance*. 2018 Nov 11:2321-33. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245375/>
85. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2013 Mar 5;158(5_Part_2):369-74. Accessible au : <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>

86. OMS. Sécurité des patients. 2023. Accessible au : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
87. Braun BI, Chitavi SO, Suzuki H, Soyemi CA, Puig-Asensio M. Culture of safety: impact on improvement in infection prevention process and outcomes. *Current Infectious Disease Reports*. 2020 Dec;22:1-41. Accessible au : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11908-020-00741-y>
88. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, Onate K, Denis JL, Pomey MP. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*. 2018 Dec;13:1-22. Accessible au : <https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-018-0784-z>
89. Kossek E, Lewis S, Hammer LB. Work–life initiatives and organizational change: Overcoming mixed messages to move from the margin to the mainstream. *Human Relations*. 2010 Jan;63(1):3-19. Accessible au : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0018726709352385>
90. Groupe CSA. CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013 (C2022), Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail. Accessible au : <https://www.csagroup.org/fr/article/can-csa-z1003-13-bnq-9700-803-2013-c2022-sante-et-securite-psychologiques-en-milieu-de-travail/>
91. Harrington B. 2015 Moving work life forward: Increasing our relevance and impact. Boston College Center for Work and Family. N.d. Accessible au : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj-ib3ypf2DAxUNg2oFHQDFCi8QFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bc.edu%2Fcontent%2Fdam%2Ffiles%2Fcenters%2Fcfwf%2Fresearch%2Fpublications%2Fresearchreports%2Fmoving%2520Work-Life%2520Forward_Increasing%2520our%2520Relevance%2520and%2520Impact&usg=AOvVaw3N1H9gc3FWHXpytFcoPR4t&opi=89978449
92. Stoewen DL. Wellness at work: Building healthy workplaces. *Canadian Veterinary Journal*. 2016 Nov;57(11):1188. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5081153/>
93. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*. 1999 Jun;44(2):350-83. Accessible au : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2307/2666999>
94. Harvey JF, Johnson KJ, Roloff KS, Edmondson AC. From orientation to behavior: The interplay between learning orientation, open-mindedness, and psychological safety in team learning. *Human Relations*. 2019 Nov;72(11):1726-51. Accessible au : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0018726718817812>
95. Delizonna L. High-performing teams need psychological safety. Here's how to create it. *Harvard Business Review*. 2017 Aug 24;8:1-5. Accessible au : <https://dulex.com/wp-content/uploads/2020/10/High-Performing-Teams-Need-Psychological-Safety.-Heres-How-to-Create-It.pdf>
96. 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. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2010 Sep;31(9):901-7. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20658939/>

97. Topea J, Brand C, Roberts C. A National Stakeholder Review of Australian Infection Control Programs. 2008. Accessible au : https://www.researchgate.net/profile/Joanne-Tropea/publication/237278813_A_national_stakeholder_review_of_Australian_infection_control_programs/links/56eccbb208aea35d5b985b5f/A-national-stakeholder-review-of-Australian-infection-control-programs.pdf
98. Freedman DB. Clinical governance—bridging management and clinical approaches to quality in the UK. *Clinica Chimica Acta*. 2002 May 21;319(2):133-41. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009898102000347>
99. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Infection Prevention and Control. Quality improvement guide. 2019. Accessible au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ph36>
100. Institut canadien d'information sur la santé. Les préjudices dans les hôpitaux canadiens... une réalité. 2023. Accessible au : <https://www.cihi.ca/fr/les-prejudices-dans-les-hopitaux-canadiens-une-realite>
101. Excellence en santé Canada : Ressources. 2024. Accessible au : <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/>
102. Denham CR, Angood P, Berwick D, Binder L, Clancy CM, Corrigan JM, Hunt D. The chasing zero department: making idealized design a reality. *Journal of Patient Safety*. 2009 Dec 1;210-5. Accessible au : <https://www.jstor.org/stable/26636617>
103. 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. *American Journal of Infection Control*. 2008 Dec 1;36(10):711-7. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655308005543>
104. Morton A. Hospital safety and hospital acquired infection. *Australian Infection Control*. 2006 Mar 1;11(1):3-5. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1329936016300517>
105. Smith PW, Bennett G, Bradley S, Drinka P, Lautenbach E, Marx J, Mody L, Nicolle L, Stevenson K. SHEA/APIC guideline: infection prevention and control in the long-term care facility. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2008 Sep;29(9):785-814. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319407/>
106. Ministère des Soins de longue durée. Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée. 2022. Accessible au : <https://ltchomes.net/LTCHPORTAL/Content/12.%20IPAC%20Standard%20-%20FR.pdf>
107. Lautenbach E, Woeltje K, Malani P, Society of Healthcare Epidemiology of America. Informatics for infection prevention. In *Practical Healthcare Epidemiology*. 3rd ed. Woeltje K, editor. Chicago: University of Chicago Press; 2010.
108. Woeltje KF. Moving into the future: electronic surveillance for healthcare-associated infections. *Journal of Hospital Infection*. 2013 Jun 1;84(2):103-5. Accessible au : [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(13\)00129-1/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(13)00129-1/fulltext)
109. Alberta Employment and Immigration. Audit Instrument Package. 2009. Accessible au : http://www.mtpinnacle.com/pdfs/WHS-PS_audinst.pdf

110. Pogorzelska-Maziarz M, Gilmartin H, Reese S. Infection prevention staffing and resources in US acute care hospitals: results from the APIC MegaSurvey. *American Journal of Infection Control*. 2018 Aug 1;46(8):852-7. Accessible au : [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(18\)30428-0/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(18)30428-0/fulltext)
111. Mitchell BG, Hall L, MacBeth D, Gardner A, Halton K. Hospital infection control units: staffing, costs, and priorities. *American Journal of Infection Control*. 2015 Jun 1;43(6):612-6. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655315001121>
112. Knighton SC, Engle J, Berkson J, Bartles R. A narrative review of how infection preventionist (IP) staffing and outcome metrics are assessed by health care organizations and factors to consider. *American Journal of Infection Control*. 2023 Nov 16. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655323004984>
113. Bartles R, Dickson A, Babade O. A systematic approach to quantifying infection prevention staffing and coverage needs. *American Journal of Infection Control*. 2018 May 1;46(5):487-91. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655317312300>
114. Crnich CJ. Reimagining infection control in US nursing homes in the era of COVID-19. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2022 Dec 1;23(12):1909-15.
115. Prévention et contrôle des infections Canada. Les compétences de base des professionnels de la prévention et du contrôle des infections. Document de consensus mis à jour en septembre 2022. Accessible au : https://ipac-canada.org/photos/custom/pdf/IPAC_CoreCompetencies_ICPs_2022_FRANCAIS.pdf
116. Benner P. From novice to expert. *AJN The American Journal of Nursing*. 1982 Mar 1;82(3):402-7.
117. Bush K, Leal J, Acorn L, Cordoviz M, Cundict F, Devine A, Edwards CL, Fletcher P, Gable Y, Gagnon H, Gallinger S. Developing a competency framework for all staff roles in an infection prevention and control program. *Canadian Journal of Infection Control/Revue canadienne de prévention des infections*. 2022 Dec 1;37(4). Accessible au : <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A11%3A10881643/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A161807408&crl=c>
118. Prévention et contrôle des infections Canada. Énoncé de PCI Canada sur la certification. 2024. Accessible au : [https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/24Feb6_CIC%20Position%20Statement_approved%20FRAN%C3%87AIS%20\(1\).pdf](https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/24Feb6_CIC%20Position%20Statement_approved%20FRAN%C3%87AIS%20(1).pdf)
119. 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. *British Journal of Infection Control*. 2008 May;9(3):12-7. Accessible au : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1469044607089620>
120. Ellis S. Role of emergency nurses in controlling infection. *Emergency Nurse*. 2012 Dec 6;20(8). Accessible au : <https://journals.rcni.com/emergency-nurse/role-of-emergency-nurses-in-controlling-infection-en2012.12.20.8.16.c9479>
121. Aziz AM. Can education and training for domestic staff increase awareness of infection control practices and improve cleanliness within hospitals? *Journal of Infection Prevention*. 2009 Sep;10(5):171-7. Accessible au : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757177409106778>

122. Holliday AJ, Murdoch S. Nursing homes infection control audit. *Health Bulletin*. 2001 Nov 1;59(6):356-63. Accessible au : <https://europepmc.org/article/med/12661385>
123. 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 Apr 1;32(2):49-54. Accessible au : <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/32/2/49/20418/The-Journey-to-Zero-Central-Catheter-Associated?redirectedFrom=fulltext>
124. Pincock T, Bernstein P, Warthman S, Holst E. Bundling hand hygiene interventions and measurement to decrease health care-associated infections. *American Journal of Infection Control*. 2012 May;40(4 Suppl 1):S18-27.
125. 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 Mar-Apr;126(2):176-85. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21387947/>
126. 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 Aug;15(4):235-9.
127. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) and Infection Prevention and Control Canada (IPAC Canada). Ethical Infection Prevention and Control (EIPAC) Decision-Making Framework. May 2024. Accessible au : <https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/2024-03-EthicsFramework-FINAL.pdf>
128. Burnett E. Outcome competences for practitioners in infection prevention and control: Infection Prevention Society and Competency Steering Group. *Journal of Infection Prevention*. 2011 Mar;12(2):67-90. Accessible au : <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757177410395797>
129. National Institute for Healthcare Excellence (NICE). Quality standard: Infection prevention and control. [QS61] 6: Educating people about infection prevention and control. 17 April 2014. Accessible au : <https://www.nice.org.uk/guidance/qs61/chapter/quality-statement-6-educating-people-about-infection-prevention-and-control>
130. Kuhar DT, Carrico RM, Cox K, de Perio MA, Irwin KL, Lundstrom T, Overholt AD, Roberts KT, Russi M, Steed C, Sen S. Infection Control in Healthcare Personnel: Infrastructure and Routine Practices for Occupational Infection Prevention and Control Services. October 2019. Accessible au : <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82043>
131. Gouvernement du Canada. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) : Déclarations et publications. Accessible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni.html>
132. Gruben V, Siemieniuk RA, McGeer A. Health care workers, mandatory influenza vaccination policies and the law. *Canadian Medical Association Journal*. 2014 Oct 7;186(14):1076-80. Accessible au : <https://www.cmaj.ca/content/186/14/1076.short>
133. Transport Canada. Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses. Accessible au : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/t-19.01/>
134. Canadian Standards Association. Z317.10-21. Handling of Health Care Waste Materials. Rexdale, Ont. Canadian Standards Association; 2021. Accessible au : <https://www.csagroup.org/store/product/CSA%20Z317.10%3A21/>

135. Ontario. Loi sur la santé et la sécurité au travail. Règlement de l'Ontario 474/07. Sécurité des aiguilles. Accessible au : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/070474>
136. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, 3^e édition. Toronto ON : Imprimeur de la reine pour l'Ontario, novembre 2012. Accessible au : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/B/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?rev=97a9a0d61f7848e3bc721a119a0f8f63&sc_lang=fr
137. Groupe CSA. CAN/CSA Z94.4:F18. Choix, utilisation et entretien des appareils de protection respiratoire. Santé et sécurité au travail. Toronto. 2018. Accessible au : <https://www.csagroup.org/fr/store/product/CAN-CSA-Z94.4-18/>
138. 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. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2005 Mar;26(3):305-11. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15796285/>
139. Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of role models and hospital design on the hand hygiene of health-care workers. *Emerging Infectious Diseases*. 2003 Feb;9(2):217. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2901948/>
140. Whitby M, Pessoa-Silva CL, McLaws ML, Allegranzi B, Sax H, Larson E, Seto WH, Donaldson L, Pittet D. Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *Journal of Hospital Infection*. 2007 Jan 1;65(1):1-8. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195670106004634>
141. 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*. 2009 Dec 1;18(6):434. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19955453/>
142. Cole M. Patient safety and healthcare-associated infection. *British Journal of Nursing*. 2011 Sep 21;20(17):1122-6. Accessible au : <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2011.20.17.1122>
143. The International Society for Quality in Health Care (ISQua). International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Organisations. 2022. Accessible au : <https://ieea.ch/>
144. Tromp M, Huis A, de Guchteneire I, van der Meer J, van Achterberg T, Hulscher M, Bleeker-Rovers C. The short-term and long-term effectiveness of a multidisciplinary hand hygiene improvement program. *American Journal of Infection Control*. 2012 Oct 1;40(8):732-6. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655311012429>
145. Organisation mondiale de la santé. Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. Organisation mondiale de la santé, 2009. Accessible au : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70469/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf
146. Larson EL, Early E, Cloonan P, Sugrue S, Parides M. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behavioral Medicine*. 2000 Jan 1;26(1):14-22. Accessible au : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08964280009595749>

147. Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *Journal of Hospital Infection*. 2004 Sep 1;58(1):1-3. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195670104002282>
148. Bearman G, Stevens MP. Pushing beyond resistors and constipators: implementation considerations for infection prevention best practices. *Current Infectious Disease Reports*. 2014 Jan;16:1-7. Accessible au : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11908-013-0388-3>
149. 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. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2002 Dec;23(S12):S3-40. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12418624/>
150. White CM, Statile AM, Conway PH, Schoettker PJ, Solan LG, Unaka NI, Vidwan N, Warrick SD, Yau C, Connelly BL. Utilizing improvement science methods to improve physician compliance with proper hand hygiene. *Pediatrics*. 2012 Apr 1;129(4):e1042-50. Accessible au : <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/129/4/e1042/32371/Utilizing-Improvement-Science-Methods-to-Improve>
151. Conly JM, Hill S, Ross J, Lertzman J, Louie TJ. Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. *American Journal of Infection Control*. 1989 Dec 1;17(6):330-9. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0196655389900023>
152. Kenneley I. APIC Text. Chapter 3: Education and training. 2014. Online. Accessible au : <https://text.apic.org/toc/overview-of-infection-prevention-programs/education-and-training>
153. Mayhall CG. *Hospital Epidemiology and Infection Control*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
154. Bryant KA, Harris AD, Gould CV, Humphreys E, Lundstrom T, Murphy DM, Olmsted R, Oriola S, Zerr D. Necessary infrastructure of infection prevention and healthcare epidemiology programs: a review. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2016 Apr;37(4):371-80. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26832072/>
155. Lopes H, McKay V. Adult learning and education as a tool to contain pandemics: The COVID-19 experience. *International Review of Education*. 2020 Aug;66(4):575-602. Accessible au : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11159-020-09843-0>
156. Chiarelli L, Edwards P. Building healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*. 2006 May 1:S37-42. Accessible au : <https://www.jstor.org/stable/41995826>
157. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2015). *Health Literacy Online: A guide to simplifying the user experience*. Accessible au : <https://health.gov/healthliteracyonline/>
158. Poitras ME, Bélanger E, Vaillancourt VT, Kienlin S, Körner M, Godbout I, Bernard-Hamel J, O'Connor S, Blanchette P, Khadhraoui L, Sawadogo J. Interventions to improve trainers' learning and behaviors for educating health care professionals using train-the-trainer method: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2021 Jul 1;41(3):202-9. Accessible au : https://journals.lww.com/jcehp/abstract/2021/04130/interventions_to_improve_trainers_learning_and.8.aspx

159. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé. 3^e édition. Toronto ON. Imprimeur de la reine pour l'Ontario; 2014. Accessible au : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2014/bp-hai-surveillance.pdf>
160. Ahuja S, Peiffer-Smadja N, Peven K, White M, Leather AJ, Singh S, Mendelson M, Holmes A, Birgand G, Sevdalis N. Use of feedback data to reduce surgical site infections and optimize antibiotic use in surgery: a systematic scoping review. *Annals of Surgery*. 2022 Feb 1;275(2):e345-52. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8746888/>
161. Agence de la santé publique du Canada : Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. Définitions de cas de surveillance des IAS 2020. Accessible au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP_2021_HAI_Case_Definitions_FR.pdf
162. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. 2024. Accessible au : https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf
163. Happe J, Agnihotri N, Clark J, Conrod D, Duran K, Elford BA, Ferenc S, Gable Y, Gambeta K, Giese D, Johnson R. Surveillance definitions for infections in Canadian long-term care homes: 2023 update. *Canadian Journal of Infection Control*. 2023 Jun 1;38(43):139-46. Accessible au : https://www.cjic.ca/images/Surveillance_definitions_for_infections_in_Canadian_long-term_care_homes-2023_update.pdf
164. MUMS Health. Anti-infective Review Panel. 2019. Anti-infective guidelines for community-acquired infections. Accessible au : <https://www.mumshealth.com/guidelines-tools/anti-infective>
165. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001 Dec 1;13(6):475-80. Accessible au : <https://academic.oup.com/intqhc/article/13/6/475/1807682?login=false>
166. Santé Ontario. Rapports et données. Accessible au : <https://www.ontariohealth.ca/fr/rapports-publics>
167. Santé Canada. Infections nosocomiales sous surveillance. Accessible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/infections-nosocomiales-professionnelles/infections-nosocomiales-sous-surveillance.html>
168. CDC. National Healthcare Safety Network (NHSN). Reports. Accessible au : <http://www.cdc.gov/nhsn/datastat/index.html>
169. Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. Infobase Santé. Accessible au : <https://sante-infobase.canada.ca/pcsin/>
170. IPAC Canada. Long-term care surveillance toolkit. 2023 Update. Accessible au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/IPAC_LTCSurveillanceToolkit2023Update_Sept2023.pdf
171. WHO. Minimum requirements for infection prevention and control. Geneva: World Health Organization. 2019. Accessible au : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330080/9789241516945-eng.pdf?sequence=1>

172. Åhlin P, Almström P, Wänström C. When patients get stuck: a systematic literature review on throughput barriers in hospital-wide patient processes. *Health Policy*. 2022 Feb 1;126(2):87-98.
173. Santé Canada. COVID-19 : Guide de ventilation des espaces intérieurs pendant la pandémie. 2022. Accessible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/guide-ventilation-espaces-interieurs-pandemie-covid-19.html>
174. Harrison M, Lancaster K, Rhodes T. The fluid hospital: On the making of care environments in COVID-19. *Health & Place*. 2023 Sep 1;83:103107. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829223001442>
175. Capolongo S, Gola M, Brambilla A, Morganti A, Mosca EI, Barach P. COVID-19 and healthcare facilities: a decalogue of design strategies for resilient hospitals. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2020;91(9-S):50. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8023092/>
176. Gouvernement du Canada. Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé. 2023. Accessible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/plan-dintervention-durgence-portefeuille-sante.html>
177. Gouvernement du Canada. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Programmes santé et sécurité – Planification des interventions d'urgence. Juin 2023. Accessible au : <https://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/planning.html>
178. WHO. A checklist for respiratory pathogen pandemic preparedness planning. 2023. Accessible au : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084513>
179. Santé publique Ontario. Préparation aux situations d'urgence. Accessible au : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/emergency-preparedness>
180. Gouvernement du Canada. Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé. Accessible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante.html>
181. 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. 2011. Accessible au : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cpip-pclcpi/assets/pdf/ann-f-fra.pdf>
182. 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. *American Journal of Infection Control*. 2007 Aug 1;35(6):374-81. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655306012363>
183. Rebmann T, 2008 APIC Emergency Preparedness Committee. APIC State-of-the-art Report: The role of the infection preventionist in emergency management. *American Journal of Infection Control*. 2009 May 1;37(4):271-81. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655309000455>

184. Apisarntharak A, Mundy LM, Khawcharoenporn T, Mayhall CG. Hospital infection prevention and control issues relevant to extensive floods. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2013 Feb;34(2):200-6. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23295568/>
185. Naylor CD, Chantler C, Griffiths S. Learning from SARS in Hong Kong and Toronto. *Jama*. 2004 May 26;291(20):2483-7. Accessible au : <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/198780>
186. CDC. Personal Protective Equipment Use Tracking Tools. PPE burn rate calculator. May 2023. Accessible au : <https://www.cdc.gov/niosh/topics/pandemic/ppe.html>
187. Lawton RM, Fridkin SK, Gaynes RP, McGowan JE. Practices to improve antimicrobial use at 47 US hospitals the status of the 1997 SHEA/IDSA position paper recommendations. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2000 Apr;21(4):256-9. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10782587/>
188. 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*. 2012 Sep 1;69(17):1500-8. Accessible au : <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/69/17/1500/5111997?login=false>
189. Drew RH. Antimicrobial stewardship programs: how to start and steer a successful program. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2009 Mar;15(2 Supp A):18-23. Accessible au : <https://www.jmcp.org/doi/abs/10.18553/jmcp.2009.15.s2.18>
190. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, MacDougall C, Schuetz AN, Septimus EJ, Srinivasan A, Dellit TH, Falck-Ytter YT, Fishman NO, Hamilton CW. Implementing an antibiotic stewardship program: guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2016 May 15;62(10):e51-77. Accessible au : <https://academic.oup.com/cid/article/62/10/e51/2462846>
191. Wu JH, Langford BJ, Daneman N, Friedrich JO, Garber G. Antimicrobial stewardship programs in long-term care settings: a meta-analysis and systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019 Feb;67(2):392-9. Accessible au : <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15675>
192. Marcelin JR, Chung P, Van Schooneveld TC. Antimicrobial stewardship in the outpatient setting: A review and proposed framework. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020 Jul;41(7):833-40. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32342826/>
193. Moody J, Cosgrove SE, Olmsted R, Septimus E, Aureden K, Oriola S, Patel GW, Trivedi KK. Antimicrobial stewardship: a collaborative partnership between infection preventionists and healthcare epidemiologists. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2012 Apr;33(4):328-30. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22381221/>
194. Baur D, Gladstone BP, Burkert F, Carrara E, Foschi F, Döbele S, Tacconelli E. Effect of antibiotic stewardship on the incidence of infection and colonisation with antibiotic-resistant bacteria and *Clostridium difficile* infection: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2017 Sep 1;17(9):990-1001. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629876/>
195. McNeil V, Cruickshank M, Duguid M. Safer use of antimicrobials in hospitals: the value of antimicrobial usage data. *Medical Journal of Australia*. 2010 Oct;193:S114-7. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20955139/>

196. Australasian College for Infection Prevention and Control. Position Statement: The role of the infection control practitioner in antimicrobial stewardship. Brisbane, Qld. 2017. Accessible au : https://www.acipc.org.au/wp-content/uploads/2017/07/20170622_ACIPC_Position_Statement_-_AMS_-_Final.pdf
197. Morris AM, Rennert-May E, Dalton B, Daneman N, Dresser L, Fanella S, Grant J, Keynan Y, Le Saux N, McDonald J, Shevchuk Y. Rationale and development of a business case for antimicrobial stewardship programs in acute care hospital settings. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2018 Dec;7(1):1-6. Accessible au : <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-018-0396-z>
198. Leung V, Langford BJ, Ha R, Schwartz KL. Metrics for evaluating antibiotic use and prescribing in outpatient settings. *JAC-Antimicrobial Resistance*. 2021 Sep 1;3(3):dlab098. Accessible au : <https://academic.oup.com/jacamr/article/3/3/dlab098/6323557>
199. Sanchez GV, Fleming-Dutra KE, Roberts RM, Hicks LA. Core elements of outpatient antibiotic stewardship. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2016 Nov 11;65(6):1-2. Core elements of outpatient antibiotic stewardship. Accessible au : <https://www.jstor.org/stable/24904408>
200. Cornish NE. The role of the laboratory in diagnostic and antibiotic stewardship: Introduction. Accessible au : https://www.cdc.gov/cliac/docs/november-2023/13_Intro_LDandAS.pdf
201. 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 & Hospital Epidemiology*. 2000 Jul;21(7):455-8. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10926395/>
202. CDC. Core Elements of Antibiotic Stewardship for Nursing Homes. 2021. Accessible au : <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/core-elements/nursing-homes.html>
203. Olans RN, Olans RD, DeMaria Jr A. The critical role of the staff nurse in antimicrobial stewardship—unrecognized, but already there. *Clinical Infectious Diseases*. 2016 Jan 1;62(1):84-9. Accessible au : <https://academic.oup.com/cid/article/62/1/84/2462624>
204. Van Huizen P, Kuhn L, Russo PL, Connell CJ. The nurses' role in antimicrobial stewardship: a scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021 Jan 1;113:103772. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748920302583>
205. Gotterson F, Buising K, Manias E. Nurse role and contribution to antimicrobial stewardship: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021 May 1;117:103787. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074892030273X>
206. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Compétences en matière de gestion des antimicrobiens : Un cadre pancanadien pour les infirmières et infirmiers. Accessible au : https://cna.informz.ca/cna/pages/AMS_framework_landing_page_French
207. Agence de la santé publique du Canada. Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins. Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Ottawa. 2012. Accessible au : https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP40-74-2012-fra.pdf

208. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4^e édition. Toronto ON. Imprimeur de la reine pour l'Ontario. Janvier 2014. Accessible au : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2014/bp-hand-hygiene.pdf>
209. World Health Organization. Hand hygiene in outpatient and home-based care and long-term care facilities: a guide to the application of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy and the "My Five Moments For Hand Hygiene" approach. Accessible au : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503372>
210. PCI Canada. Recommandations de pratique : L'hygiène des mains dans les milieux de soins. Octobre 2022. Accessible au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/22Nov11_Hand%20Hygiene_Practice%20Recom-mendation_final%20version_FRAN%C3%87AIS.pdf
211. Santé publique Ontario. Lavez-vous les mains. Programme de soins et protection des mains. 2008 Accessible au : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/j/2009/jcyh-hand-care-program.pdf?la=fr>
212. Grys CA. Evidence-based practice, quality improvement, and research: A visual model. *Nursing*. 2022 Nov 1;52(11):47-9. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36259907/>
213. Adams D. Quality improvement; part 1: Introduction and overview. *BJA Education*. 2018 Mar;18(3):89. Accessible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7807853/>
214. Flanagan P. Current standards for infection control: audit assures compliance. *British Journal of Nursing*. 2009 Sep 10;18(16):970-5. Accessible au : <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2009.18.16.43963>
215. Ward KA. Education and infection control audit. *Journal of Hospital Infection*. 1995 Jun 1;30:248-52. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0195670195900268>
216. Sehulster L, Chinn RY; CDC, HICPAC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR Recommendations and Reports*. 2003;52(RR-10):1-42. Accessible au : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5210a1.htm> Updated 2017 <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf>
217. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3^e éd. 2018. Accessible au : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/B/2018/bp-environmental-cleaning.pdf?rev=5dfe8f638f01400ea2640910902d789d&sc_lang=fr
218. Munoz-Price LS, Birnbach DJ, Lubarsky DA, Arheart KL, Fajardo-Aquino Y, Rosalsky M, Cleary T, DePascale D, Coro G, Namias N, Carling P. Decreasing operating room environmental pathogen contamination through improved cleaning practice. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2012 Sep;33(9):897-904. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22869263/>

219. 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. *American Journal of Infection Control*. 2012 Apr 1;40(3):284-6. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655311003233>
220. Mulvey D, Redding P, Robertson C, Woodall C, Kingsmore P, Bedwell D, Dancer SJ. Finding a benchmark for monitoring hospital cleanliness. *Journal of Hospital Infection*. 2011 Jan 1;77(1):25-30. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195670110003774>
221. Groupe CSA. CAN/CSA Z314 :F23. Retraitement des dispositifs médicaux au Canada dans tous les milieux de soins. Toronto. 2023. Accessible au : <https://www.csagroup.org/fr/store/product/CSA%20Z314%3A23/>
222. Alberta Health. Reusable & Single-Use Medical Devices Standards: Standards for the reprocessing of reusable medical devices and for the use of single-use medical devices in all health care facilities and settings. 2019. Accessible au : <https://open.alberta.ca/publications/9781460145470>
223. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins, 3^e éd. Toronto ON : Imprimeur de la reine pour l'Ontario. Mai 2013. Accessible au : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/B/2013/bp-cleaning-disinfection-sterilization-hcs.pdf?rev=7a36d8e526644eb794a9ef066d97a120&sc_lang=fr
224. Spaulding EH. The role of chemical disinfection in the prevention of nosocomial infections. In: PS Brachman and TC Eickof (Ed). *Proceedings of International Conference on Nosocomial Infections, 1970*. Chicago, IL: American Hospital Associations; 1971:254-74
225. Rutala WA, Weber DJ. *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*, 2008. Update: May 2019. Accessible au : <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/134910>
226. Agence de la santé publique du Canada : La maladie de Creutzfeldt-Jakob classique au Canada : Guide de consultation rapide. 2007. Accessible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/infections-nosocomiales-professionnelles/maladie-creutzfeldt-jakob/guide-prevention-infections.html>
227. Public Health England. Creutzfeldt-Jakob disease (CJD): guidance, data and analysis, available at: <https://www.gov.uk/government/collections/creutzfeldt-jakob-disease-cjd-guidance-data-and-analysis>.
228. Palmer R. Bacterial contamination of curtains in clinical areas. *Nursing Standard* (through 2013). 1999 Sep 29;14(2):33. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10786579/>
229. Weinstein SA, Gantz NM, Pelletier C, Hibert D. Bacterial surface contamination of patients' linen: isolation precautions versus standard care. *American Journal of Infection Control*. 1989 Oct 1;17(5):264. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2817514/>
230. Rotter ML. *Special Problems in Hospital Antisepsis. Principles and practice of disinfection, preservation and sterilization*. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing. 2004 Jan 1:540-2. Accessible au : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470755884#page=546>

- 
231. Groupe CSA. CAN/CSA Z314.10.2-15. Lavage, entretien et préparation des blouses, des champs opératoires et des enveloppes réutilisables dans les milieux de soins. Toronto ON : Groupe CSA; 2015. Accessible au : <https://www.csagroup.org/fr/store/product/Z314.10.2-15/>
232. Groupe CSA. CAN/ CSA Z317.2:F19. Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de soins de santé : exigences particulières. Toronto : Association canadienne de normalisation. 2019. Accessible au : <https://www.csagroup.org/fr/store/product/CSA%20Z317.2:19/>
233. Schulster LM. Healthcare laundry and textiles in the United States: review and commentary on contemporary infection prevention issues. *Infection control & hospital epidemiology*. 2015 Sep;36(9):1073-88. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26082994/>
234. Sutton PM, Nicas M, Harrison RJ. Tuberculosis isolation comparison of written procedures and actual practices in three California hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2000 Jan;21(1):28-32. Accessible au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10656351/>
235. Saravia SA, Raynor PC, Streifel AJ. A performance assessment of airborne infection isolation rooms. *American Journal of Infection Control*. 2007 Jun 1;35(5):324-31. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655307000491>
236. Fuss EP, Israel E, Baruch N, Roghmann MC. Improved tuberculosis infection control practices in Maryland acute care hospitals. *American Journal of Infection Control*. 2000 Apr 1;28(2):133-7. Accessible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655300900221>
237. Groupe CSA: CAN/CSA Z8000:F18 (C2023). Établissements de santé canadiens. Toronto. 2023. Accessible au : <https://www.csagroup.org/fr/store/product/Z8000/>
238. Groupe CSA : CAN/CSA Z317.13 :F22. Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé. Toronto 2022. Accessible au : <https://www.csagroup.org/fr/store/product/CSA%20Z317.13%3A22/>
239. 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. *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2001, Juillet 27 Suppl 2* :1-46. Accessible au : <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H12-21-3-27-2F.pdf>
240. Groupe CSA. CAN/CSA-Z8001-F13 (2023). Mise en service des établissements de santé. Toronto 2023. Accessible au : <https://www.csagroup.org/fr/store/product/CAN-CSA-Z8001-13/>

RÉSUMÉ DES NORMES POUR LES PROGRAMMES DE PCI

1 Un environnement habilitant : la culture de la sécurité

1.1 La culture de la PCI

NORME 1	Les dirigeants et le personnel de l'organisme de soins de santé doivent communiquer, être des modèles de rôles et s'investir dans le développement et le maintien d'une culture de prévention des infections dans l'ensemble de l'organisme.
NORME 2	Les activités et les campagnes de sensibilisation des programmes de PCI doivent être développées en partenariat et en collaboration avec les parties prenantes concernées.

1.2 La mission, la vision et les valeurs du programme de PCI

NORME 3	L'organisme de soins de santé doit avoir pour son programme de PCI une vision claire, soutenue par le conseil d'administration / l'organe directeur / les cadres supérieurs.
----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.3 La sécurité des patients

NORME 4	La sécurité des patients en relation avec le programme de PCI doit être une priorité stratégique de l'organisme de soins de santé.
----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.4 La conciliation travail-vie personnelle en rapport avec la PCI

NORME 5	L'organisme de soins de santé doit faire preuve d'engagement envers des stratégies visant à prévenir l'exposition du personnel aux microorganismes et les infections qui en résultent.
NORME 6	L'organisme de soins de santé doit faire preuve d'engagement envers des stratégies de conciliation travail-vie personnelle afin de soutenir activement le bien-être mental et la sécurité psychologique de son personnel.
NORME 7	L'organisme de soins de santé doit faire preuve d'engagement envers la diversité, l'équité et l'inclusion dans le milieu de travail.

2 Le programme de PCI : son cadre fondamental

2.1 La gouvernance et le leadership du programme de PCI

NORME 8	Le programme de PCI doit être une partie essentielle de la gouvernance et maintenir un profil clinique et un profil administratif élevés.
NORME 9	Le conseil d'administration / les cadres supérieurs doivent reconnaître le programme de PCI comme un élément essentiel du plan stratégique de l'organisme de soins de santé.
NORME 10	Le programme de PCI doit être positionné dans l'organisme de manière à avoir un canal efficace pour la reddition de comptes aux cadres supérieurs.

<p>NORME 11</p>	<p>L'organisme doit avoir un processus structuré pour l'atténuation des risques de maladies infectieuses.</p>
------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2 L'administration du programme de PCI

<p>NORME 12</p>	<p>Le programme de PCI doit être élaboré en collaboration avec les intervenants concernés au sein de l'organisme de soins de santé.</p>
<p>NORME 13</p>	<p>Les livrables du programme de PCI doivent être basés sur les priorités de l'organisme, les exigences législatives, la complexité de l'établissement de santé, les caractéristiques de la population à servir et les besoins de la communauté.</p>
<p>NORME 14</p>	<p>Les buts des programmes de PCI doivent être fondés sur des données probantes et assortis d'objectifs mesurables revus/révisés au moins une fois par année.</p>
<p>NORME 15</p>	<p>Le programme de PCI doit être soutenu par un comité de PCI multidisciplinaire qui relève de la haute direction.</p>
<p>NORME 16</p>	<p>Le comité de PCI doit passer en revue les buts annuels, solliciter des ressources pour atteindre ces buts, revoir les initiatives d'amélioration de la qualité et contribuer aux livrables du programme de PCI.</p>
<p>NORME 17</p>	<p>Les protocoles et les plans de gestion de l'information du programme de PCI doivent répondre à ses besoins actuels, prévoir ses besoins futurs et rehausser son rendement.</p>

<p>NORME 18</p>	<p>L'utilisation des renseignements confidentiels des patients aux fins du programme de PCI doit être conforme aux lois fédérales (LPRPDE) et provinciales/territoriales (y compris pour la conservation et de stockage) et aux normes éthiques de confidentialité et de protection de la vie privée.</p>
<p>NORME 19</p>	<p>L'organisme de soins de santé doit examiner régulièrement les ressources nécessaires au soutien du programme de PCI.</p>
<p>NORME 20</p>	<p>Le programme de PCI doit être soutenu par un laboratoire de microbiologie agréé.</p>
<p>NORME 21</p>	<p>Des ressources financières doivent être affectées aux besoins du programme de PCI.</p>
<p>NORME 22</p>	<p>Le programme de PCI doit avoir suffisamment de personnel de soutien pour répondre à ses besoins et à ses buts.</p>
<p>NORME 23</p>	<p>L'organisme doit prévoir et protéger un nombre approprié d'heures de travail que le personnel du service de PCI est censé consacrer au programme de PCI selon l'acuité et le volume des soins que l'organisme fournit.</p>
<p>NORME 24</p>	<p>L'organisme doit appuyer ses professionnels de la PCI dans l'obtention et le maintien de leurs compétences pour la pratique de la PCI.</p>
<p>NORME 25</p>	<p>Les professionnels de la PCI doivent obtenir la certification en PCI lorsqu'ils y deviennent admissibles et la maintenir pendant qu'ils exercent cette fonction.</p>

NORME 26	L'organisme doit avoir accès à un médecin qualifié en PCI qui fournit son apport au programme de PCI.
NORME 27	Le personnel de la PCI doit avoir accès aux ressources intellectuelles qu'il lui faut.
NORME 28	Le personnel de la PCI doit disposer d'outils électroniques modernes pour soutenir le programme et collaborer avec ses partenaires.
NORME 29	Le personnel de la PCI doit avoir accès à des ressources électroniques pour ses communications internes et externes à des fins de collaboration et d'éducation.

3 Les liaisons du programme de PCI : son envergure

3.1 Les impacts, les collaborations et les interactions du programme de PCI

NORME 30	Les besoins en matière de PCI des parties concernées internes et externes sont cernés, examinés, évalués et réexaminés ponctuellement.
NORME 31	Le programme de PCI doit collaborer et entretenir des liens avec les parties concernées internes et externes.

<p>NORME 32</p>	<p>Le programme de PCI utilise un cadre décisionnel fondé sur l'éthique pour éclairer les décisions complexes.</p>
<p>NORME 33</p>	<p>Le programme de PCI doit avoir un processus de communication pour la diffusion d'informations urgentes ou critiques aux parties internes et externes concernées.</p>

3.2 Les lignes directrices : les politiques, procédures et protocoles du programme de PCI

<p>NORME 34</p>	<p>L'organisme doit avoir des politiques, des procédures et des protocoles de PCI qui sont à jour; fondés sur la réglementation locale et provinciale/territoriale, les données probantes, les pratiques exemplaires et les principes de l'intendance des ressources; conformes aux priorités de l'organisme; et accessibles à toute personne qui travaille au sein de l'organisme.</p>
<p>NORME 35</p>	<p>Les politiques, les procédures et les protocoles du programme de PCI sont liés à des programmes éducatifs et sont assortis de plans d'action et d'une responsabilisation clairement définie pour leur mise en œuvre et leur durabilité.</p>
<p>NORME 36</p>	<p>Les politiques, les procédures et les protocoles des services/cliniques/départements doivent prévoir l'apport et les interventions du personnel de la PCI en vue de prévenir et de contrôler les risques en matière de PCI.</p>

3.3 Le rôle des services de santé et sécurité au travail dans le programme de PCI

<p>NORME 37</p>	<p>Les dirigeants de l'organisme doivent faire du soutien aux exigences de la santé et la sécurité au travail liées à la PCI une priorité de l'organisme et s'assurer que les politiques, les procédures et les protocoles du programme de PCI sont intégrés à l'environnement de travail.</p>
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>NORME 38</p>	<p>Les protocoles de santé et de sécurité au travail qui ont trait au programme de PCI sont conformes aux lois applicables de la SST et aux normes, aux lignes directrices et aux pratiques exemplaires de la PCI.</p>
<p>NORME 39</p>	<p>La composante du programme de SST visant la PCI doit être développée conjointement par le personnel de la SST et le personnel de la PCI. Si les services de SST et de PCI ne sont pas distincts, l'organisme affecte des ressources à chacun de ces éléments.</p>
<p>NORME 40</p>	<p>Il doit y avoir un processus de SST pour détecter les maladies transmissibles chez les travailleurs au moment de l'embauche, après l'exposition et ultérieurement, au besoin.</p>
<p>NORME 41</p>	<p>Il doit y avoir un processus de SST pour évaluer les possibilités de risques associés à la PCI pour le personnel dans le milieu de travail et prévoir des mesures de contrôle pour les gérer.</p>
<p>NORME 42</p>	<p>Il doit y avoir une politique, une procédure et un protocole de la SST traitant de la vaccination des travailleurs de la santé, y compris une façon de documenter le statut et le dossier d'immunisation.</p>
<p>NORME 43</p>	<p>Il doit y avoir une politique de SST qui empêche le personnel atteint d'une maladie contagieuse de se présenter au travail.</p>
<p>NORME 44</p>	<p>Les organismes de soins de santé doivent fournir le counseling, le suivi et les recommandations de restriction du travail à la suite de blessures ou de maladies dues à l'exposition aux agents infectieux.</p>
<p>NORME 45</p>	<p>Un programme de SST pour la prévention des blessures dues aux objets pointus et tranchants doit être en place.</p>

<p>NORME 46</p>	<p>L'équipement de protection individuelle (EPI) doit être immédiatement disponible et facilement accessible.</p>
<p>NORME 47</p>	<p>L'organisme de soins de santé doit fournir la formation sur les bonnes façons de choisir, d'utiliser, d'enlever et d'éliminer l'EPI.</p>
<p>NORME 48</p>	<p>Il doit y avoir un programme de protection respiratoire.</p>

4 L'éducation et la formation

4.1 La PCI et la culture de l'apprentissage de l'organisme

<p>NORME 49</p>	<p>Il doit y avoir une culture de l'apprentissage qui encourage l'éducation en PCI pour tout le personnel, les médecins et les bénévoles.</p>
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2 Les modèles de rôle et les champions du programme de PCI

<p>NORME 50</p>	<p>La promotion de la PCI doit faire appel à l'engagement du personnel, des médecins, des bénévoles, des champions et des modèles de rôle.</p>
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.3 L'éducation en PCI

NORME 51	Un programme de formation en PCI doit être fourni à des fins d'orientation au moins une fois par année, et aussi de façon régulière selon les besoins, à tous les membres de l'organisme.
NORME 52	Le programme de formation en PCI doit répondre aux priorités de l'organisme de soins de santé.
NORME 53	Le programme de formation en PCI doit inclure l'enseignement des compétences de base en PCI en fonction des rôles et des responsabilités des membres de l'organisme.
NORME 54	Les professionnels de la PCI doivent participer à l'élaboration des programmes éducatifs en PCI de l'organisme et y appliquer les principes de l'enseignement et de l'apprentissage des adultes.
NORME 55	L'organisme de soins de santé doit prendre en charge le perfectionnement professionnel continu et fournir des ressources pour la formation continue des professionnels de la PCI.
NORME 56	L'organisme de soins de santé doit fournir des informations pertinentes sur la réduction des risques d'infection aux patients, aux soignants et aux visiteurs.
NORME 57	La formation en PCI doit être évaluée régulièrement et le programme de formation doit être revu en conséquence.

5 La surveillance dans le programme de PCI

NORME 58	L'organisme de soins de santé doit avoir un programme de surveillance de la PCI qui porte sur sa population à risque.
NORME 59	Le programme de surveillance doit être doté de ressources suffisantes et géré par un personnel formé et disposant du temps et des outils nécessaires à l'exécution du programme.
NORME 60	L'organisme de soins de santé doit surveiller les indicateurs de résultats qui sont ciblés du fait de leur importance pour les services de l'organisme. Les exigences prévues par la loi doivent être respectées.
NORME 61	L'organisme de soins de santé doit utiliser des méthodes de collecte de données de façon à détecter rapidement les tendances en matière d'IASS.
NORME 62	Des définitions normalisées des IASS doivent être utilisées pour la surveillance des résultats internes et la comparaison avec des tendances et des données de référence externes.
NORME 63	L'organisme de soins de santé doit surveiller les indicateurs de processus ciblés qui importent pour l'organisme. Les exigences législatives doivent être respectées.
NORME 64	L'organisme de soins de santé doit appliquer des principes épidémiologiques aux données de surveillance pour enquêter sur la source et la cause des IASS, identifier les facteurs de risque d'infection, analyser les tendances, identifier les grappes et les éclosions et faire des

 <p>NORME 65</p>	<p>L'organisme de soins de santé doit transmettre les informations de surveillance en temps opportun.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

6 Le cheminement des patients

 <p>NORME 66</p>	<p>Le personnel de la PCI doit participer à la prise de décisions lorsque le placement, l'hébergement et le cheminement des patients sont limités par la présence d'une maladie infectieuse.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7 La gestion des éclosions

 <p>NORME 67</p>	<p>L'organisme de soins de santé doit avoir des politiques, des procédures et des protocoles pour chaque étape de la gestion des éclosions : détection, identification, enquête, intervention et contrôle.</p>
 <p>NORME 68</p>	<p>L'organisme de soins de santé doit déceler les éclosions de maladies infectieuses dans les meilleurs délais.</p>
 <p>NORME 69</p>	<p>Les éclosions doivent être gérées par une équipe multidisciplinaire qui comprend des représentants du programme de PCI et des dirigeants organisationnels.</p>
 <p>NORME 70</p>	<p>Les professionnels de la PCI doivent prendre part à l'analyse et à l'évaluation des éclosions dans l'organisme des soins de santé.</p>

NORME 71	L'équipe de PCI doit avoir accès à des rapports de laboratoire de microbiologie en temps opportun, en particulier lors d'une éclosion.
NORME 72	Une stratégie pour les communications en cours d'éclosion prévoit la diffusion d'informations en temps opportun et de renseignements sur l'état de l'éclosion aux parties internes et externes.
NORME 73	L'organisme de soins de santé doit utiliser les résultats des enquêtes sur les éclosions pour apporter des améliorations à ses politiques et procédures.

8 Urgences, catastrophes et incidents majeurs

NORME 74	Il doit y avoir un plan d'intervention écrit avec l'apport de professionnels de la PCI pour faire face aux problèmes liés à la PCI dans les situations d'urgence, les catastrophes et les incidents.
NORME 75	La PCI doit jouer un rôle dans la gestion des urgences.
NORME 76	Le plan d'intervention d'urgence prévoit de la formation et des exercices d'intervention d'urgence liés à la PCI pour tout le personnel.

9 La gérance des antimicrobiens

NORME 77	Le personnel de la PCI doit activement soutenir la gérance des antimicrobiens au sein de l'organisme de soins de santé.
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 Le programme d'hygiène des mains

NORME 78	L'organisme de soins de santé doit avoir un programme d'hygiène des mains visant l'ensemble de l'organisme, qui comprend un leadership administratif, des politiques, des procédures, des protocoles et du soutien.
NORME 79	Il doit y avoir une approche multidisciplinaire pour l'évaluation, la sélection et l'achat de produits d'hygiène des mains.
NORME 80	Les ressources nécessaires à l'hygiène des mains doivent être facilement disponibles et accessibles au point de service.
NORME 81	Une formation sur l'hygiène des mains doit être fournie à toutes les personnes au sein de l'organisme de soins de santé, y compris aux visiteurs, selon les besoins.
NORME 82	Il doit y avoir un processus pour mesurer la conformité à l'hygiène des mains qui comprend la surveillance et la rétroaction.

10.1 Le programme de soins des mains

 NORME 83	Il doit y avoir un programme de soins des mains pour le personnel de l'organisme de soins de santé.
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

11 La recherche et l'amélioration de la qualité des pratiques

11.1. L'amélioration continue de la qualité

 NORME 84	Le personnel de la PCI doit participer aux initiatives d'amélioration de la qualité et/ou à la recherche.
 NORME 85	Les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité et/ou des recherches du programme de PCI doivent être communiqués aux parties concernées.
 NORME 86	Les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité et/ou des recherches du programme de PCI doivent être intégrés au programme de PCI.

11.2. La gestion du rendement de la PCI

 NORME 87	La haute direction de l'organisme doit soutenir la vérification et l'évaluation annuelles des initiatives de PCI élaborées par l'équipe de PCI.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

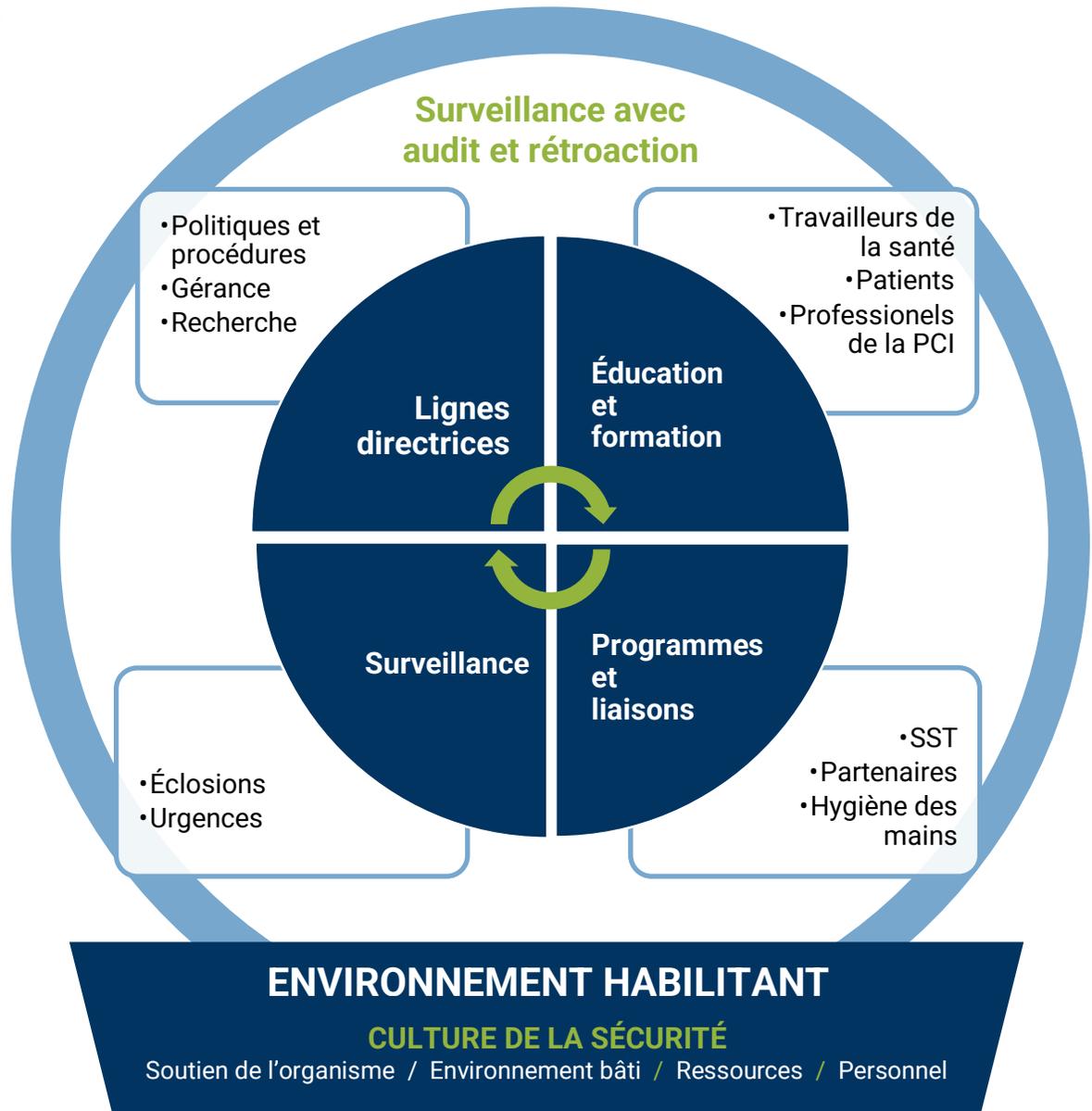


NORME 88	Le personnel de la PCI doit faire preuve de ses compétences en matière de prévention et de contrôle des infections.
NORME 89	Il doit y avoir un programme de gestion du rendement clair et évident qui comprend une évaluation du rendement de tout le personnel en matière de PCI.

11.3 La vérification et l'évaluation du programme de PCI

NORME 90	Il doit y avoir un processus d'évaluation de la qualité du programme de PCI.
NORME 91	L'organisme de soins de santé doit apporter des améliorations continues à son programme de PCI.

Le modèle des Normes pour les programmes de PCI 2024



Adaptation du modèle de l'OMS, Principaux volets des programmes de lutte contre l'infection¹

Les programmes de PCI utilisent des stratégies multimodales au sein d'un environnement habilitant et avec l'appui de l'organisme; des lignes directrices qui étayent les politiques, les procédures, les protocoles, la gérance et la recherche; les pratiques exemplaires continues; et un programme robuste d'hygiène des mains.