

Description brève du projet

Campagne québécoise des soins sécuritaires – Volet prévention et contrôle des infections

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Juin 2014

TABLE DES MATIÈRES

1	MISE EN CONTEXTE	1
2	LE PROJET	3
2.1	Le lancement (juin 2014)	3
2.2	Le déploiement (juin 2014 à décembre 2015).....	3
2.3	L'évaluation et le bilan (octobre 2015 à décembre 2015)	4
3	LE CALENDRIER	5
3.1	Étapes franchies	5
3.2	Étapes à venir	5
	ANNEXE 1 RÉSUMÉ DES STRATÉGIES, EPE, INDICATEURS, MÉTHODES D'ÉCHANTILLONNAGE ET MÉTHODES DE CALCUL	7
	ANNEXE 2 COMPARATIF DES EXIGENCES D'AGRÉMENT CANADA.....	17
	ANNEXE 3 DIAGRAMME DE FLUX POUR LE LANCEMENT ET LE DÉPLOIEMENT DE LA CAMPAGNE	23

1 MISE EN CONTEXTE

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec l'Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux (AQESSS)¹, a eu le mandat de soutenir l'implantation, dans les établissements de santé, des stratégies de prévention des infections de la Campagne québécoise des soins sécuritaires.

Grâce aux outils de la Campagne canadienne des soins de santé plus sécuritaires maintenant! et en fonction des orientations du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ), six stratégies sont déployées :

- L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactériémies multirésistantes;
- La prévention des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux;
- La prévention des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse;
- La prévention des infections du site opératoire;
- La prévention des infections urinaires associées aux cathéters urinaires;
- La prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique.

Chaque stratégie s'appuie sur des ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE), c'est-à-dire des ensembles composés de 3 à 5 pratiques fondées sur des données probantes qui, lorsqu'elles sont effectuées simultanément et de façon continue, ont des impacts positifs sur la qualité des soins.

Les stratégies s'appuient ainsi sur une approche de modification du comportement, des attitudes et de la culture, une approche appelée la déviance positive. Plutôt que de fournir des recommandations détaillées sur la lutte aux infections, cette approche fournit des stratégies pour inciter les soignants et équipes de soins à agir différemment et à penser différemment. Des audits internes font d'ailleurs partie intégrante des stratégies, afin de mesurer le taux de conformité aux différents EPE ainsi que le taux d'incidence des infections.

L'annexe 1 résume les EPE, les indicateurs ainsi que les modalités d'échantillonnage et les méthodes de calcul pour chacune des stratégies.

Au Québec, les infections nosocomiales constituent toujours une problématique importante de santé publique. En 2012-2013, on a compté près de 3 000 bactériémies nosocomiales et près de 500 décès, dans les hôpitaux participants au programme de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) : 600 bactériémies associés à un cathéter vasculaires central, 200 associés à un cathéter en hémodialyse, 300 à un cathéter urinaire, 300 à une chirurgie et près de 60 à une ventilation mécanique. Ces bactériémies ne représentent qu'une fraction des infections d'origines urinaires, chirurgicales et pulmonaires. La majorité de ces bactériémies et de ces décès sont évitables.

¹ L'Hôpital Général Juif a collaboré aux travaux jusqu'à l'automne 2013

Au cours de la même année, en 2012-2013, on a compté près de 3 800 infections à *Clostridium difficile*, une centaine d'infections à ERV et près de 150 bactériémies à SARM.

Toutes ces infections ont un impact sur la qualité et les coûts des soins de santé².

La campagne québécoise ici proposée est fondée sur les atouts et la mobilisation des équipes de soins. Elle emprunte la voie de l'interdisciplinarité impliquant les différentes professions concernées de l'établissement.

La campagne est aussi fondée sur les acquis du programme provincial de prévention et de contrôle des infections depuis 2005, y compris le programme de surveillance provinciale des infections nosocomiales (programme SPIN).

L'adhésion à la campagne se fait sur une base volontaire. Toutefois, les stratégies de la campagne sont conformes aux attentes de la population québécoise de recevoir des soins de qualité. De plus, toutes sont compatibles avec les exigences d'Agrément Canada (annexe 2).

² « Concrètement, les programmes obligatoires de surveillance mis en place dans les centres hospitaliers permettent d'estimer les économies pour quelques infections nosocomiales, notamment les infections à SARM et à *C. difficile*. Ainsi en 2008, l'incidence des bactériémies à SARM avait diminué de 40 % par rapport à 2004, pour passer de 625 épisodes à 389 épisodes, ce qui aura permis d'éviter des coûts de traitement d'environ sept millions de dollars (en fonction d'un coût moyen de 28 000 \$ par épisode; voir le tableau 8). L'incidence des infections à *C. difficile* a pour sa part diminué de près de la moitié entre 2004 et 2008. Le coût estimé du traitement des infections à *C. difficile* étant similaire à celui des bactériémies à SARM, les coûts évités en 2008 seraient de l'ordre de 42 millions de dollars comparativement à 2004. Bien sûr, ces économies s'ajoutent aux souffrances et aux décès évités.

En plus de couvrir largement les frais liés à la mise en œuvre d'un programme structuré de PCI, les sommes économisées au chapitre des infections nosocomiales évitables pourront être investies ailleurs, dans la réponse à d'autres besoins de santé. La prévention des infections nosocomiales permet ainsi au système de santé d'être plus efficace, et représente donc un investissement au bénéfice de toute la population du Québec.

Tableau 8. Coûts imputables aux infections nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline⁽¹⁾

Coût moyen du traitement d'une infection à SARM	14 000 \$	Le SARM cause diverses infections : pneumonie, infection de site opératoire, infection urinaire, etc. L'infection à SARM prolonge le séjour hospitalier de 14 jours en moyenne.
Coût moyen du traitement d'une bactériémie à SARM	28 000 \$	
Coût de la mise en isolement d'un patient colonisé par SARM	1 400 \$	

⁽¹⁾Kim T, Oh PI et Simor AE. The Economic Impact of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Canadian hospitals. *Infection Control Hospital Epidemiology*, vol. 22, n° 2, février 2001, p. 99-104.

Tiré de : MSSS. Plan d'action 2010-2015 de prévention des infections nosocomiales. Gouvernement du Québec 2011. 74 p.

2 LE PROJET

L'objectif du projet est de convaincre chaque établissement québécois de santé d'adopter, d'ici les prochains 18 mois :

1. La stratégie de l'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactériémies multirésistantes et,
2. Au moins une autre des cinq stratégies de la campagne québécoise des soins sécuritaires – volet prévention et contrôle des infections.

Le projet est divisé en trois étapes : le lancement, le déploiement puis l'évaluation et le bilan. L'annexe 3 présente le diagramme des responsabilités du MSSS, des agences régionales ainsi que des établissements lors du lancement et du déploiement du projet.

2.1 LE LANCEMENT (JUIN 2014)

Le lancement a pour objectif d'informer les Agences régionales de la santé et des services sociaux ainsi que les établissements de santé du début de la campagne, de ses objectifs ainsi que des principaux jalons. Son lancement se fait en même temps que le début du déploiement par l'envoi d'une lettre du MSSS aux présidents-directeurs généraux des agences régionales.

Au moment du lancement, les tables régionales (de gestion de la qualité et de prévention des infections) et les équipes locales de qualité et de prévention des infections auront en main les outils pertinents à la campagne de même que le calendrier des activités.

Le lancement se fait également par les tribunes de l'AQESSS : reportage dans le magazine *Synergie*, articles dans le bulletin électronique *i-média* et présentations aux tables professionnelles nationales qu'elle chapeaute : DSI, DSM, DSP, etc.

2.2 LE DÉPLOIEMENT (JUIN 2014 À DÉCEMBRE 2015)

Le déploiement constitue l'étape où les agences régionales et les établissements identifient un responsable du dossier qui assurera la coordination nécessaire pour le choix des stratégies à déployer et leur prise en charge adéquate en fonction des rôles et responsabilités des différentes directions.

Le déploiement constitue également l'étape où les stratégies sont implantées dans l'établissement. Cette phase s'échelonne sur une période d'un an ou plus, selon les établissements :

1. mise en place de la stratégie dans l'établissement : 1 à 2 mois;
2. mobilisation du personnel : 1 mois;
3. promotion du changement : 4 à 9 mois;
4. documentation et diffusion des résultats : 1 mois.

Des outils seront accessibles aux agences régionales et aux établissements pour chacune des stratégies : 1) une synthèse québécoise pour chacune des stratégies, 2) une trousse complète de la campagne canadienne des soins de santé plus sécuritaires maintenant! de l'Institut pour la sécurité des patients, 3) des webinaires. Tous ces outils seront disponibles sur le site WEB de l'INSPQ.

Tous les établissements de santé sont visés par la campagne. Des stratégies sont plus spécifiques pour certains établissements. Le tableau 1 présente les établissements visés pour chacune des stratégies.

Tableau 1 Type d'établissements visés en fonction des stratégies

Stratégie	Type d'établissements
L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes	Tous les établissements de santé
La prévention et le contrôle des bactériémies sur cathéters vasculaires centraux	Tous les établissements de santé où sont admis des patients porteurs de cathéters vasculaires centraux
La prévention des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse	Tous les établissements de santé ayant une unité d'hémodialyse
La prévention des infections du site opératoire	Tous les établissements de santé qui pratiquent des chirurgies
La prévention des infections urinaires associées aux cathéters urinaires	Tous les établissements de santé
La prévention de la pneumonie associée à la ventilation mécanique	Tous les établissements de santé où sont admis des patients ventilés mécaniquement

2.3 L'ÉVALUATION ET LE BILAN (OCTOBRE 2015 À DÉCEMBRE 2015)

L'évaluation et le bilan correspondent à la clôture de la campagne. Durant cette période, l'INSPQ colligera puis analysera les résultats de la campagne en provenance des agences régionales. Combien d'agences régionales et d'établissements ont participé à la campagne? Quelles ont été les stratégies choisies par les établissements? Quels ont été les facteurs facilitants et contraignants au déploiement des stratégies?

Ces résultats seront par la suite présentés lors des Journées annuelles de santé publique (JASP) de 2015.

3 LE CALENDRIER

3.1 ÉTAPES FRANCHIES

- Novembre 2013 : Adoption, par le CINQ, des stratégies, des EPE et des indicateurs.
- Mars 2014 : Élaboration du projet.
- Mars 2014 : Élaboration des synthèses québécoises pour les stratégies suivantes :
- L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactériémies multirésistantes;
 - La prévention des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux;
 - La prévention des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse;
 - La prévention des infections du site opératoire;
 - La prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique.

3.2 ÉTAPES À VENIR

- Avril 2014 : Adoption du projet, par le CODIR et le CGR.
- Avril 2014 : Élaboration de la synthèse québécoise pour la stratégie de prévention des infections urinaires associées aux cathéters urinaires.
- Juin 2014 : Mise en opération de la page de la campagne sur le site WEB de l'INSPQ. Information aux tables régionales (de gestion de la qualité et de prévention des infections) et aux équipes locales de qualité et de prévention des infections.
- Juin 2014 : Lancement de la campagne québécoise des soins sécuritaires – volet prévention et contrôle des infections.
- Été 2014 : Réalisation des Webinaires et capsules et dépôt sur la page de la campagne

ANNEXE 1

RÉSUMÉ DES STRATÉGIES, EPE, INDICATEURS, MÉTHODES D'ÉCHANTILLONNAGE ET MÉTHODES DE CALCUL

Ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE)	Indicateurs	Échantillonnage des observations/patients/Infections	Méthode de calcul
<p>L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes :</p> <p>1) Hygiène des mains aux 4 indications (4 moments clés)</p> <p>2) Hygiène et salubrité des surfaces et de l'équipement</p> <p>3) Dépistage à l'admission des patients porteurs ou à risque pour le SARM, le ERV ou les BGNPC conformément aux protocoles de l'établissement</p> <p>4) Isolement et application des précautions de contact des patients porteurs ou à risque pour le SARM, le ERV ou les BGNPC conformément aux protocoles de l'établissement</p>	<p><i>Pour une unité de soins⁽¹⁾</i></p> <p>Pourcentage des opportunités avec un patient⁽²⁾ pour lesquels le soignant a respecté l'hygiène des mains pour chaque indication</p> <p>CIBLE : 80 %</p>	<p>Huit séances d'observations de 20 minutes par jour sur au moins sept jours différents par période financière et ce, durant un minimum de 1 à 2 périodes consécutives ou non consécutives par année</p> <p>Un minimum de 200 opportunités ou plus doit être documenté</p>	<p>Nombre d'opportunités avec un patient pour lesquels le soignant a respecté l'hygiène des mains pour chaque indication, au cours d'une période financière X 100</p> <p>Nombre total d'opportunités avec un patient, pour la même période financière</p> <p>Variables de croisement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par indication (avant le contact avec le patient, avant une intervention aseptique, après un risque de contact avec du liquide biologique, après un contact) • Par catégorie de professionnels <p>Mesures associées :</p> <p>Répartition des opportunités avec un patient selon la technique d'hygiène des mains (friction hydro-alcoolique, savon et eau, les deux)</p>
	<p>Hygiène et salubrité</p> <p>Selon le Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et en salubrité, MSSS, sept. 2013 http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-602-02W.pdf</p>		
	<p>Pourcentage des patients porteurs ou à risque qui ont eu un dépistage à l'admission pour le SARM, l'ERV ou les BGNPC conformément aux protocoles de l'établissement</p> <p>CIBLE : 95 %</p>	<p>20 à 25 dossiers médicaux par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non consécutives par année</p>	<p>Nombre de patients porteurs ou à risque qui ont eu un dépistage à l'admission pour le SARM, l'ERV ou les BGNPC, conformément aux protocoles de l'établissement, au cours d'une période financière X 100</p> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p>

Ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE)	Indicateurs	Échantillonnage des observations/patients/Infections	Méthode de calcul
	<p>Pourcentage des patients porteurs ou à risque pour le SARM, le ERV ou les BGNPC, pour lesquels l'isolement et les précautions contact ont bien été appliqués conformément au protocole de l'établissement</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à SARM</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p>	<p>20 à 25 patients porteurs ou à risque pour le SARM, le ERV ou les BGNPC par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non par année</p> <p>Selon le protocole de surveillance local des infections à SARM</p>	<p>Nombre de patients pour lesquels l'isolement et les précautions de contact ont été appliqués, conformément aux protocoles de l'établissement, au cours d'une période financière X 100</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p>Nombre de nouveaux cas d'une colonisation nosocomiale à SARM, au cours d'une période financière X 10 000</p> <hr/> <p>Jours-présence au cours de la même période financière</p>
	<p>Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p>	<p>Selon le protocole de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) – Infections à ERV</p>	<p>Nombre de nouveaux cas d'une colonisation nosocomiale à ERV, au cours d'une période financière X 10 000</p> <hr/> <p>Jours-présence au cours de la même période financière</p>
	<p>Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales des BGNPC</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p>	<p>Selon le protocole de surveillance local des infections à BGNPC</p>	<p>Nombre de nouveaux cas d'une colonisation nosocomiale à BGNPC, au cours d'une période financière X 10 000</p> <hr/> <p>Jours-présence au cours de la même période financière</p>

Ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE)	Indicateurs	Échantillonnage des patients/Infections	Méthode de calcul
<p>La prévention des bactériémies sur cathéters vasculaires centraux</p> <p>Ensemble <i>Insertion</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hygiène des mains 2) Précautions de barrière maximale 3) Asepsie cutanée à la chlorhexidine 4) Sélection optimale du type de cathéter vasculaire central et du site d'insertion 5) Technique adéquate du pansement <p>Ensemble <i>Soins</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Évaluation quotidienne de la nécessité du cathéter, avec retrait rapide des cathéters inutiles 2) Accès aseptique aux lumières du cathéter 3) Soins liés au site d'insertion du cathéter et aux tubulures 	<p><i>Pour une unité de soins</i>⁽¹⁾</p> <p>Pourcentage de patients pour lesquels les cinq éléments de l'ensemble <i>Insertion</i> sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Pourcentage des patients pour lesquels les trois éléments de l'ensemble <i>Soins</i> sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Taux d'incidence d'une bactériémie associée aux cathéters vasculaire centraux</p> <p>CIBLE : Pour les unités de soins intensifs : Sous le 90^e percentile du taux moyen des établissements comparables</p> <p>CIBLE : Pour les autres unités : Selon la cible établie par l'établissement</p>	<p>20-25 patients ayant une insertion d'un cathéter vasculaire central (ou moins si < 20 insertions par période) en temps réel par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non consécutives par année</p> <p>20-25 patients ayant un cathéter vasculaire central en temps réel ou par le biais des dossiers médicaux par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non consécutives par année</p> <p>Pour les unités de soins intensifs : Selon le protocole de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) – Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs</p> <p>Pour les autres unités : Selon le protocole de surveillance local des bactériémies sur cathéters vasculaires centraux</p>	<p>Nombre de patients pour lesquels les cinq éléments de l'ensemble <i>Insertion</i> sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Nombre de patients pour lesquels les trois éléments de l'ensemble <i>Soins</i> sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Nombre de nouveaux cas d'une bactériémie nosocomiale associée aux cathéters centraux, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Jours-cathéter au cours de la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 10 000</p>

Ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE)	Indicateurs	Échantillonnage des patients/Infections	Méthode de calcul
<p>La prévention des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse</p> <p>Ensemble <i>Insertion</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hygiène des mains 2) Précautions de barrière maximale 3) Asepsie cutanée à la chlorhexidine 4) Sélection optimale du type de cathéter et du site d'insertion 5) Pansement adéquat de pansement et application d'un onguent antibactérien au site d'insertion pour les cathéters tunnelisés <p>Ensemble <i>Soins</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Évaluation périodique de la nécessité du cathéter vasculaire central 2) Inspection du site du cathéter 3) Changement de pansement de façon aseptique et aux fréquences recommandées incluant l'application d'un onguent antibactérien au site d'insertion <p>Ensemble <i>Ouverture</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hygiène des mains 	<p><i>Pour l'unité d'hémodialyse</i></p> <p>Pourcentage des patients pour lesquels les cinq éléments de l'ensemble <i>Insertion</i> sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Pourcentage des patients pour lesquels les trois éléments de l'ensemble <i>Soins</i> sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Pourcentage des patients pour lesquels les deux éléments de l'ensemble <i>Ouverture</i> sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Pourcentage des patients pour lesquels les deux éléments de l'ensemble <i>Fermeture</i> sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p>	<p>20 à 25 patients ayant une insertion d'un cathéter vasculaire central (ou moins si < 20 insertions par période) en temps réel ou par le biais des dossiers médicaux par période financière et ce, durant 2 périodes consécutives pour un ensemble puis passer à un autre, de manière qu'à la fin de l'année financière, les 5 ensembles de pratiques exemplaires soient évalués</p>	<p>Nombre de patients pour lesquels les quatre éléments de l'ensemble <i>Insertion</i> sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p>X 100</p> <p>Nombre de patients pour lesquels les trois éléments de l'ensemble <i>Soins</i> sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p>X 100</p> <p>Nombre de patients pour lesquels les deux éléments de l'ensemble <i>Ouverture</i> sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p>X 100</p> <p>Nombre de patients pour lesquels les deux éléments de l'ensemble <i>Fermeture</i> sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p>X 100</p>

Ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE)	Indicateurs	Échantillonnage des patients/Infections	Méthode de calcul
2) Branchement aseptique : <ul style="list-style-type: none"> • Port du masque par le patient et l'infirmière • Port des gants • Désinfection des branches du cathéter • Désinfection des embouts • Irrigation et branchement selon les procédures locales 	Pourcentage des patients pour lesquels les cinq éléments de l'ensemble <i>Ponction de la fistule artério-veineuse</i> sont conformes CIBLE : 95 %		$\frac{\text{Nombre de patients pour lesquels les cinq éléments de l'ensemble } \textit{Ponction de la FAV} \text{ sont conformes, au cours d'une période financière}}{\text{Nombre total de patients évalués pour la même période financière}} \times 100$
Ensemble <i>Fermeture</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1) Hygiène des mains 2) Débranchement aseptique : <ul style="list-style-type: none"> • Port du masque par le patient et l'infirmière • Port des gants • Désinfection des branches du cathéter • Désinfection des embouts • Verrou du cathéter vasculaire central 	Taux d'incidence des bactériémies associées aux accès veineux CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement	Selon le protocole de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) – Bactériémies nosocomiales associés aux accès veineux en hémodialyse	$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas d'une bactériémie nosocomiale associée à un accès veineux, au cours d'une période financière}}{\text{Jours-cathéter au cours de la même période financière}} \times 10\,000$
Ensemble <i>Ponction de la fistule artério-veineuse</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1) Hygiène des mains 2) Hygiène de la peau du patient 3) Asepsie du site 4) Inspection du site de la fistule artério-veineuse 5) Ponction de la fistule artério-veineuse de façon aseptique 			

Ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE)	Indicateurs	Échantillonnage des patients/Infections	Méthode de calcul
<p>La prévention des infections du site opératoire</p> <p>1) Intervention antimicrobienne périopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • administration appropriée des antibiotiques prophylactiques • asepsie cutanée du site opératoire à l'aide de chlorhexidine 2 % dans l'alcool 70 % <p>2) Épilation appropriée du site opératoire. Éviter l'épilation. Si elle est malgré tout nécessaire, utiliser une tondeuse, dans les 2 heures précédant la chirurgie</p> <p>3) Maintien du contrôle glycémique périopératoire des patients diabétiques ou qui présentent un risque de diabète (glycémie > 10 mmol/L lors du bilan pré-opératoire)</p> <p>4) Normothermie périopératoire : maintenir une température entre 36 et 38 °C avant, pendant et après la chirurgie</p>	<p><i>Pour un type de chirurgie⁽³⁾</i></p> <p>Pourcentage des patients ayant subi une chirurgie pour lesquels les quatre éléments sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Taux d'incidence d'une infection du site opératoire</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p>	<p>20-25 patients subissant une chirurgie en temps réel ou par le biais du dossier médical par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non consécutives par année</p> <p>Rf INSPQ, 2014</p>	<p>Nombre de patients ayant subi une chirurgie pour lesquels les quatre éléments sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients échantillonnés pour la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Nombre de nouveaux cas d'une infection du site opératoire, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients échantillonnés au cours de la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 100</p>

Ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE)	Indicateurs	Échantillonnage des patients/Infections	Méthode de calcul
<p>La prévention des infections urinaires associées aux cathéters urinaires</p> <p>Ensemble <i>Insertion</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Installation d'un cathéter urinaire uniquement pour des raisons médicalement reconnues 2) Sélection d'un type de cathéter selon sa composition et sa durée prévue d'utilisation 3) Insertion du cathéter selon une technique aseptique <p>Ensemble <i>Soins</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Évaluation quotidienne de la nécessité du cathéter urinaire et retrait dès qu'il n'est plus requis 2) Maintien d'un système de drainage stérile, perméable et fermé 3) Changement du cathéter urinaire et du système de drainage selon des indications cliniques 	<p><i>Pour une unité de soins⁽¹⁾</i></p> <p>Pourcentage de patients pour lesquels les trois éléments de l'ensemble <i>Insertion</i> sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Pourcentage des patients pour lesquels les trois éléments de l'ensemble <i>Soins</i> sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Taux d'incidence d'une infection urinaire associée à un cathéter urinaire</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p> <p>Taux d'incidence d'une bactériémie nosocomiale d'origine urinaire associée à un cathéter</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p>	<p>20-25 patients ayant une insertion d'un cathéter vasculaire central (ou moins si < 20 insertions par période) en temps réel par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non consécutives par année</p> <p>20-25 patients ayant un cathéter vasculaire central en temps réel ou par le biais des dossiers médicaux par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non consécutives par année</p> <p>Selon le protocole local de l'établissement</p> <p>Selon le protocole de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) – Bactériémies panhospitalières</p>	<p>Nombre de patients pour lesquels les trois éléments de l'ensemble <i>Insertion</i> sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Nombre de patients pour lesquels les trois éléments de l'ensemble <i>Soins</i> sont conformes, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre total de patients évalués pour la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Nombre de nouveaux cas d'une infection urinaire associée à un cathéter urinaire, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Jours-cathéter au cours de la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 10 000</p> <p>Nombre de nouveaux cas d'une bactériémie nosocomiale d'origine urinaire associée à un cathéter, au cours d'une période financière</p> <hr/> <p>Nombre de jours-présence dans l'établissement au cours de la même période financière</p> <p style="text-align: right;">X 10 000</p>

Ensembles de pratiques cliniques exemplaires (EPE)	Indicateurs	Échantillonnage des patients/Infections	Méthode de calcul
<p>La prévention de la pneumonie associée à la ventilation mécanique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Élévation de la tête de lit entre 30 à 45° en l'absence de contre-indications 2) Évaluation quotidienne de la disposition à l'extubation 3) Drainage des sécrétions sous-glottiques (utiliser un TET avec système de drainage des sécrétions sous-glottiques intégré) 4) Soins buccaux et décontamination orale au moyen de la chlorhexidine 	<p>Pourcentage de patients sous ventilation mécanique pour lesquels les quatre éléments sont conformes</p> <p>CIBLE : 95 %</p> <p>Taux d'incidence des pneumonies associées à la ventilation mécanique</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p> <p>Taux d'incidence des évènements associés à la ventilation</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p> <p>Proportion de jours-cathéters</p> <p>CIBLE : Selon la cible établie par l'établissement</p>	<p>20-25 patients sous ventilation mécanique en temps réel par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non consécutives par année</p>	<p>Nombre de patients sous ventilation mécanique pour lesquels les quatre éléments sont conformes, au cours d'une période donnée X 100</p> <hr/> <p>Nombre total de patients échantillonnés pour la même période</p> <p>Nombre de nouveaux cas d'une pneumonie associée à la ventilation mécanique, au cours d'une période donnée X 10 000</p> <hr/> <p>Jours-ventilation au cours de la même période</p> <p>Nombre de nouveaux évènements infectieux associés à la ventilation mécanique, au cours d'une période financière donnée X 10 000</p> <hr/> <p>Jours-ventilation au cours de la même période financière</p> <p>Nombre total de jours-cathéters, au cours d'une période financière donnée X 100</p> <hr/> <p>Nombre total de jours-présence au cours de la même période financière</p>

Les indicateurs en ombragé sont déjà inclus dans le programme de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Notes méthodologiques

(1) Le choix de l'unité de soins est fait par l'établissement. On suggère de commencer par les unités critiques, plus spécifiquement par les unités de soins intensifs pour la stratégie *Prévention des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux*.

(2) On définit une opportunité avec un patient comme un contact avec un patient, son équipement ou son mobilier. Une opportunité peut compter plusieurs indications d'hygiène des mains.

(3) L'INSPQ a établi des critères pour le choix de la chirurgie qui sont : la fréquence de la chirurgie, le risque d'infection et l'acceptabilité par l'équipe chirurgicale de l'établissement ainsi que selon la morbidité et mortalité de la chirurgie et de ses complications et les exigences d'Agrément Canada (INSPQ. Avis scientifique : Surveillance des infections du site opératoire : outils et méthodologies pour les milieux de soins. Sous publication. Mars 2014).

ANNEXE 2

COMPARATIF DES EXIGENCES D'AGRÉMENT CANADA

Programme Qmentum

Prévention et contrôle des infections - À partir de janvier 2015

Campagne québécoise des soins sécuritaires

4.0 L'organisme tient à jour des politiques et des procédures sur la prévention et le contrôle des infections fondées sur les règlements applicables, les données probantes et les meilleures pratiques, de même que sur les priorités organisationnelles

4.7 L'organisme vérifie la conformité aux politiques et aux procédures sur la prévention et le contrôle des infections et apporte des améliorations à celles-ci en se servant des résultats qui découlent de cette vérification... *(les pratiques en matière d'hygiène des mains; les précautions additionnelles, les techniques aseptiques au cours des interventions effractives et de la manipulation de produits injectables, le port d'un équipement de protection personnel approprié, la manipulation d'articles contaminés et la santé et sécurité au travail)...*

Toutes les stratégies de la campagne

5.0 L'organisme incite le personnel, les prestataires de services et les bénévoles à promouvoir la culture de prévention et de contrôle des infections au sein de l'organisme

5.3 L'approche à multiple facettes de l'organisme en matière de prévention et de contrôle des infections comprend un programme de formation adapté à ses priorités en la matière, à ses services et à ses populations d'utilisateurs... *(formation sur l'Hygiène des mains)...*

Formation sur l'Hygiène des mains

5.6 L'organisme évalue régulièrement l'efficacité de son approche à multiple facettes pour promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et apporte les améliorations qui s'imposent

Auto-évaluation sur l'Hygiène des mains

8.0 L'organisme dispose d'une stratégie complète d'hygiène des mains

8.6 POR L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains

Stratégie sur l'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes

9.0 L'organisme s'assure que l'environnement physique demeure propre et désinfecté

9.5 L'organisme évalue régulièrement la conformité à ses politiques et à ses procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique et y apporte des améliorations au besoin

Stratégie sur l'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes

12.0 L'organisme dispose d'un plan de surveillance des infections nosocomiales

12.2 POR : L'organisme fait le suivi des taux d'infections, analyse l'information recueillie pour détecter les éclosions et les tendances et communique l'information dans l'ensemble de l'organisme

Toutes les stratégies de la campagne

14.0 L'organisme apporte des améliorations continues à son programme de prévention et de contrôle des infections

14.1 L'organisme dispose d'un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections

Toutes les stratégies

Soins intensifs – À partir de janvier 2014

Campagne québécoise des soins sécuritaires

16.4 L'équipe instaure la trousse de la Campagne des soins plus sécuritaires maintenant! axées sur les pneumonies sous ventilation assistée pour tous les clients sous ventilation

Stratégie sur la prévention de la pneumonie associée à la ventilation mécanique

ANNEXE 3

DIAGRAMME DE FLUX POUR LE LANCEMENT ET LE DÉPLOIEMENT DE LA CAMPAGNE





