

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</p> <p>Québec </p>	PROTOCOLE-PCI
	Code : CIUSSCN-DSI-PCI-PRO-008
	Émise par : Direction des soins infirmiers
	Destinataires : Service de prévention et contrôle des infections
Date d'entrée en vigueur : 2019-10-17	
TITRE : Protocole relatif à la surveillance des infections nosocomiales et des micro-organismes	

ADOPTION :

- Comité de prévention et contrôle des infections : le 17 octobre 2019

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1. OBJECTIFS	3
2. CHAMP D'APPLICATION	3
3. DÉFINITIONS GÉNÉRALES.....	3
4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES DES INFECTIONS ET MICROORGANISMES	5
4.1 Définitions spécifiques.....	6
4.1.1 Bactéries multirésistantes (BMR)	6
4.1.1.1 <i>Staphylococcus Aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	6
4.1.1.2 <i>Entérocooccus</i> résistant à la Vancomycine (ERV)	6
4.1.1.3 Bacilles à gram négatif multirésistant (BGNMR).....	7
4.1.2 Infections gastro-intestinales	8
4.1.2.1 Gastro-entérite	8
4.1.2.2 Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	9
4.1.3 Infections des voies respiratoires	10
4.1.3.1 Syndrome d'allure grippale (SAG)	10
4.1.3.2 Grippe 10	
4.1.3.3 Pneumonie avec radiologie	11
4.1.3.4 Pneumonie avec absence de radiologie	12
4.1.4 Infections des voies urinaires	13
4.1.4.1 Infection urinaire sur cathéter vésical à demeure (sonde) OU moins de 2 jours après le retrait du cathéter vésical OU sur cathéter vésical intermittent (ex : auto-cathétérisme).....	13
4.1.4.2 Infection urinaire sans cathéter vésical	14
4.2 Définitions surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)	15
4.2.1 Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM).....	15
4.2.2 Infections à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)	15
4.2.3 Infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC)	15
4.2.4 Diarrhées à <i>Clostridium difficile</i> (DACD).....	15
4.2.5 Bactériémies nosocomiales panhospitalières (BACTOT)	15
4.2.6 Bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse (BAC-HD)	15
5. TYPES DE COLLECTES DE DONNÉES	15
5.1 Tournée des installations.....	15
5.2 Données du dossier de l'utilisateur (actuelles ou antérieures).....	15
5.3 Rapport d'examen et de laboratoire	15
5.4 Déclaration par télécopieur	16
6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	16
6.1 Service de prévention et contrôle des infections (PCI).....	16
6.2 Comité de prévention et contrôle des infections (CPCI)	16
7. RAPPORTS.....	16
8. CONCLUSION	16
RÉFÉRENCES	17
ANNEXE 1	20

INTRODUCTION

La surveillance des infections nosocomiales s'inscrit dans une approche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. Elle constitue l'élément central d'un programme de prévention et contrôle des infections (PCI) puisqu'elle est l'activité principale du service. Elle permet aussi de détecter de nouveaux micro-organismes potentiellement infectieux, de prévenir la transmission de ceux-ci et de limiter les éclosions en les repérant plus rapidement.

Ce protocole remplace tous les protocoles ou autres documents relatifs à la surveillance des infections nosocomiales et des micro-organismes dans les installations fusionnées du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

1. OBJECTIFS

- Assurer la qualité et la sécurité des soins et services aux usagers
- Encadrer et harmoniser la surveillance des infections nosocomiales et des micro-organismes par le Service de PCI
- Détecter la survenue d'infections nosocomiales et leurs facteurs de risques associés
- Connaître les principaux micro-organismes responsables des infections nosocomiales et leur profil de résistance
- Établir l'incidence de base et les variations temporelles et géographiques de la transmission des infections nosocomiales
- Faciliter l'évaluation de l'efficacité des mesures de PCI en place et en permettre l'ajustement au besoin
- Communiquer aux différentes instances, les taux d'infections nosocomiales
- Répondre aux normes d'agrément en PCI en fournissant des indicateurs quantitatifs de la qualité et de la sécurité des soins et services

2. CHAMP D'APPLICATION

L'application et le suivi du présent protocole relèvent de la Direction des soins infirmiers par le Service de PCI.

Il est à noter que les unités CIUSSS au CHU de Québec - Université Laval ne sont pas assujetties au présent protocole. Toutefois, l'application de celui-ci doit s'effectuer conformément aux modalités prévues à l'entente entre le CIUSSSCN et le CHU de Québec – Université Laval en matière de PCI.

3. DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Apparition brusque : Apparition de la majorité des signes et des symptômes dans un délai de 24 à 36 heures

Cause de décès

- Indéterminé : La cause n'est pas connue
- Non relié : Non inscrite dans constat de décès
- Cause principale : L'infection est inscrite comme cause primaire sur le constat de décès
- Contributif : L'infection est inscrite dans les causes secondaires sur le constat de décès

Cause de l'hospitalisation

- Indéterminé : La cause n'est pas connue
- Non relié : Non inscrit dans le diagnostic d'admission ou d'hospitalisation
- Cause principale : L'infection est inscrite comme diagnostic d'admission ou d'hospitalisation
- Contributif : L'infection a un lien avec le diagnostic d'admission ou d'hospitalisation

Leucocytose :

1. Neutrophilie (plus grand que 14 000 leucocytes/mm³) **ou**
2. Déviation à gauche (présence de stabs ou augmentation plus grand que 6 % stabs ou plus grand ou égal à 1 500 stabs/mm³)

Infection nosocomiale : Infection acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés.

Micro-organisme : Organisme microscopique. Ce terme biologique désigne un type d'organisme vivant, non visible à l'œil nu à cause de sa petite taille. Il s'agit de bactérie, virus et champignon. Ceux-ci jouent un rôle essentiel dans les cycles écologiques, mais certaines espèces causent des maladies.

Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN) : Système de surveillance informatique permettant la saisie et la recherche statistique des données en lien avec la surveillance provinciale des infections nosocomiales.

Surveillance : La surveillance est un processus continu et systématique de collecte de données sur les micro-organismes et les infections nosocomiales. Elle comprend l'analyse, l'interprétation ainsi que la diffusion des données. Elle vise à prévenir l'apparition de nouveaux cas.

Surveillance générale et globale : S'effectue en tout temps pour tous les usagers et est de loin la plus complète. Elle permet de repérer les éclosions d'infections dans une installation, de mesurer l'importance relative des problèmes et de mesurer les incidences de base. Elle donne un portrait de la situation dans l'établissement.

Surveillance ciblée : Permet de fournir des données sur un type d'infection spécifique (ex : urinaire, bactériémie, pneumonie, site opératoire) touchant une unité ou une population en particulier pendant une période de temps définie ou continue.

Surveillance passive : Repose sur la déclaration volontaire d'événements par le médecin, l'infirmière, le laboratoire ou un autre membre du personnel.

Surveillance active : S'effectue par des professionnels mandatés, utilisant des critères objectifs et définis. Elle consiste à rechercher d'une façon dynamique et assidue des renseignements liés à l'occurrence d'infections nosocomiales.

Surveillance rétrospective : Permet d'établir l'incidence de base d'une nouvelle problématique ou de repérer le début d'une éclosion et d'en déterminer la source. Il faut déterminer l'objectif de l'étude, adopter une définition de cas ou utiliser une définition existante et de faire une recherche rétrospective des usagers répondants à la définition de cas au cours d'une période donnée.

Surveillance prospective : Permet d'établir une incidence en temps réel et de suivre l'évolution de la situation épidémiologique. Elle consiste au repérage des cas et à la collecte de données.

Surveillance de la prévalence : Consiste à mesurer tous les cas d'une infection nosocomiale particulière, répondant à une même définition de cas, dans une population déterminée à un moment donné. Elle permet d'évaluer l'ampleur d'un problème à un moment spécifique.

Surveillance de l'incidence : Mesure la survenue des nouveaux événements dans une population déterminée sur une période donnée de temps (ex. : les nouvelles colites à C. difficile par période de 10 000 jours-présence). Permet de suivre une situation sur un intervalle de temps déterminé.

Surveillance continue : S'effectue lorsque les événements infectieux sont relativement peu fréquents et que leurs conséquences peuvent être majeures.

Surveillance périodique : Permet d'effectuer une surveillance ciblée pendant un temps limité, et de la reprendre périodiquement.

Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) : Le programme offre une méthodologie commune et des outils de surveillance et d'analyse normalisés afin de permettre une juste comparaison entre les établissements, et entre le Québec et les autres provinces et pays.

4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES DES INFECTIONS ET MICROORGANISMES

La liste des microorganismes et des infections suivantes comprend ceux qui feront l'objet d'une surveillance systématique et de la production de divers rapports selon des définitions spécifiques.

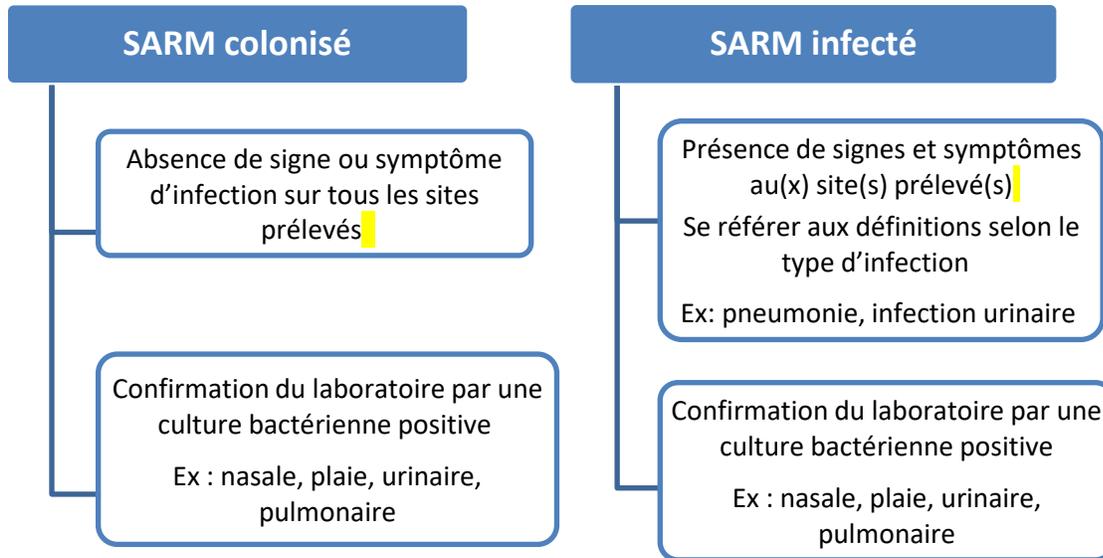
Il est à noter que tout autre microorganismes ou infections (ex. : zona, gale) qui ne fait pas partie des définitions contenues dans le présent protocole, sera déclarée et fera l'objet d'interventions et de suivis, par le Service de PCI, à la suite de l'évaluation du risque de celui-ci.

La première section s'applique à toutes les missions touchant les Directives 1, 2 et 3 ([Annexe 1](#)) de l'établissement et la deuxième section s'adresse à la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) en soins aigus, uniquement pour la Directive 1 ([Annexe 1](#)).

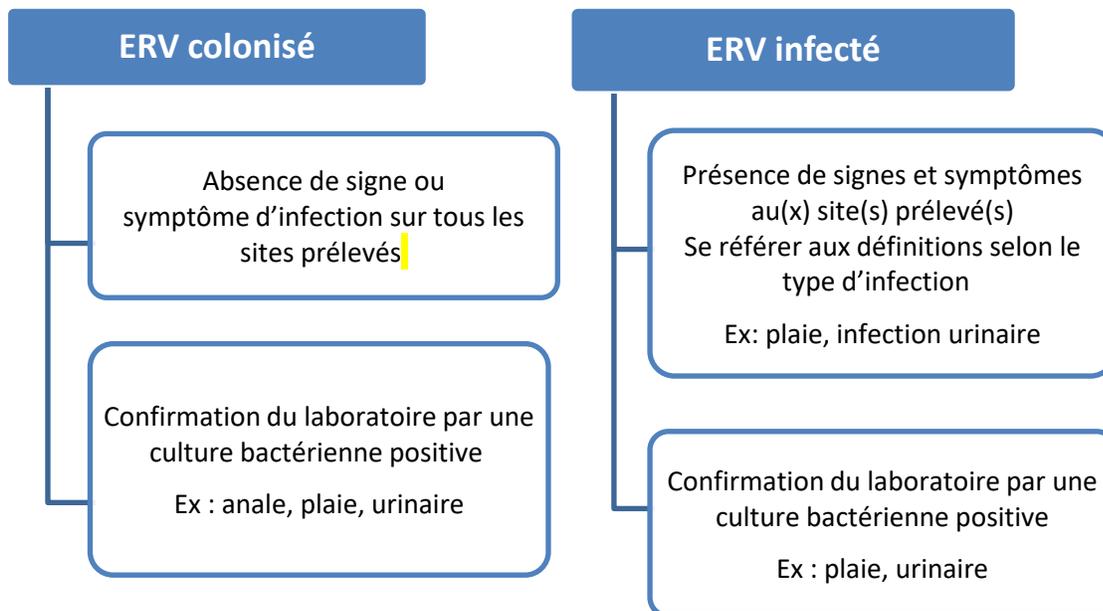
4.1 Définitions spécifiques

4.1.1 Bactéries multirésistantes (BMR)

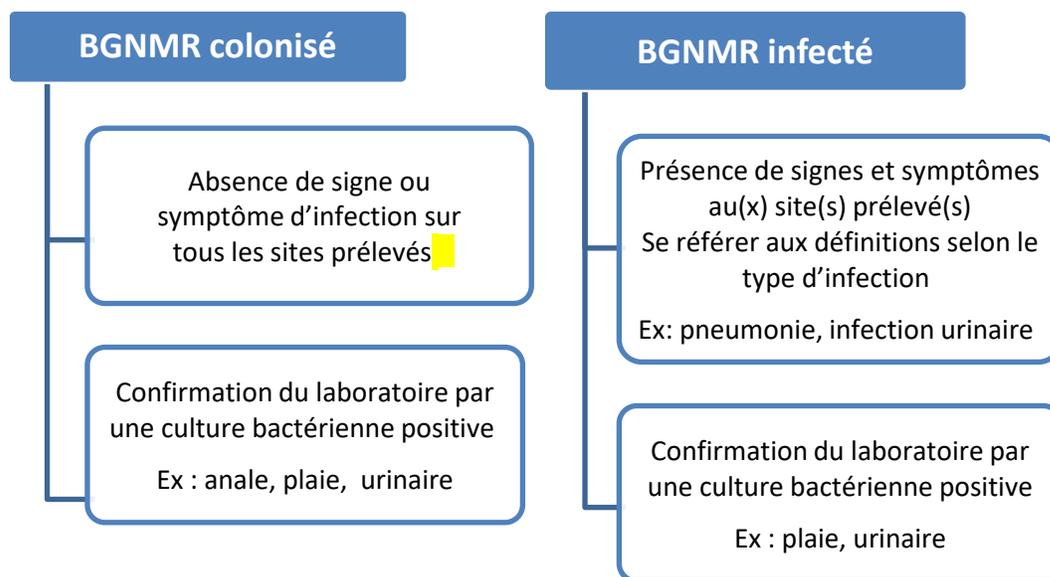
4.1.1.1 *Staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline (SARM)



4.1.1.2 *Entérocoque* résistant à la Vancomycine (ERV)



4.1.1.3 Bacilles à gram négatif multirésistant (BGNMR)

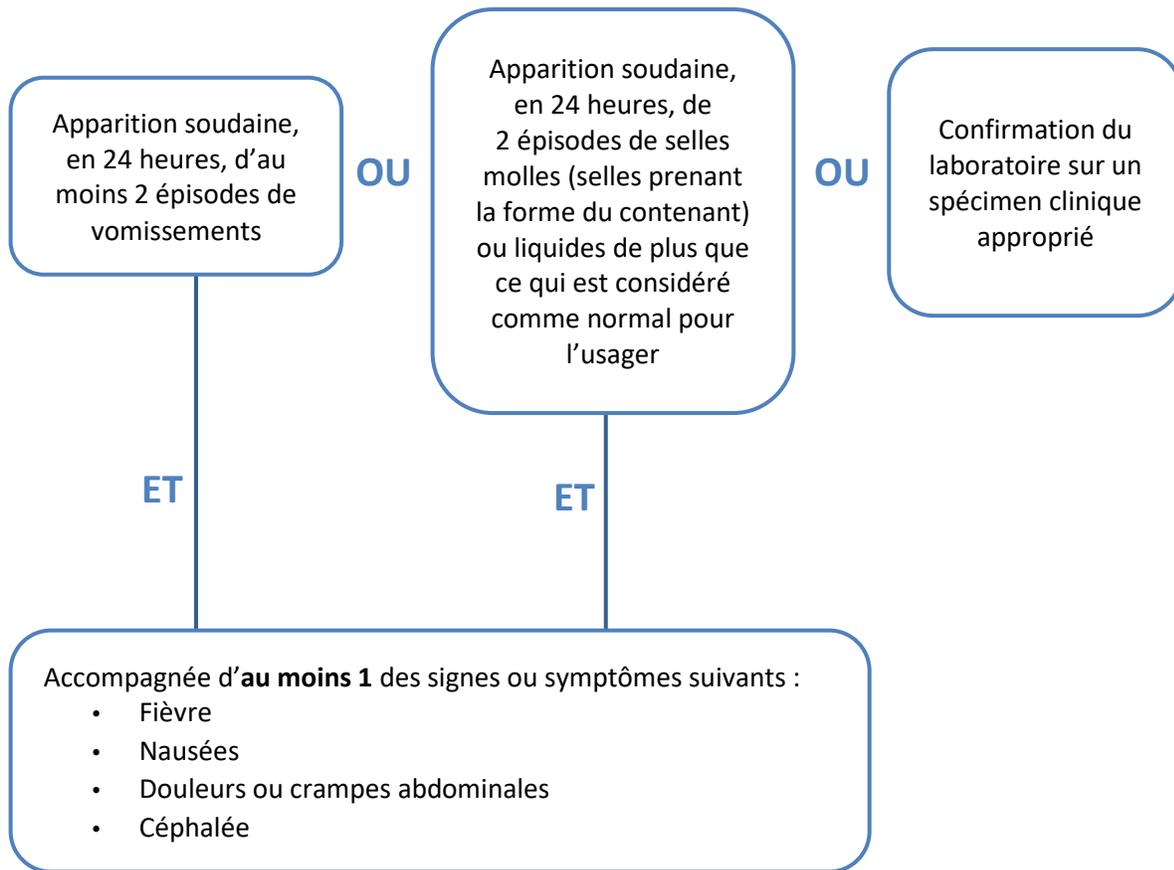


En fonction du potentiel de transmission, les BGNMR sont divisés en deux groupes :

Groupes	Micro-organismes
Groupe 1	<ul style="list-style-type: none"> Entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC) <i>Acinetobacter</i> résistant à 5 classes d'antibiotiques
Groupe 2	<ul style="list-style-type: none"> Entérobactérie résistante à 3 classes d'antibiotiques ou plus Entérobactérie résistante aux carbapénèmes (autres que les EPC) <i>Acinetobacter</i> résistant à 3 ou 4 classes d'antibiotiques <i>Pseudomonas aeruginosa</i> résistant à 5 classes d'antibiotiques <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> résistant au TMP-SMX Autre bactérie à Gram négatif résistante à 3 classes d'antibiotiques ou plus

4.1.2 Infections gastro-intestinales

4.1.2.1 Gastro-entérite



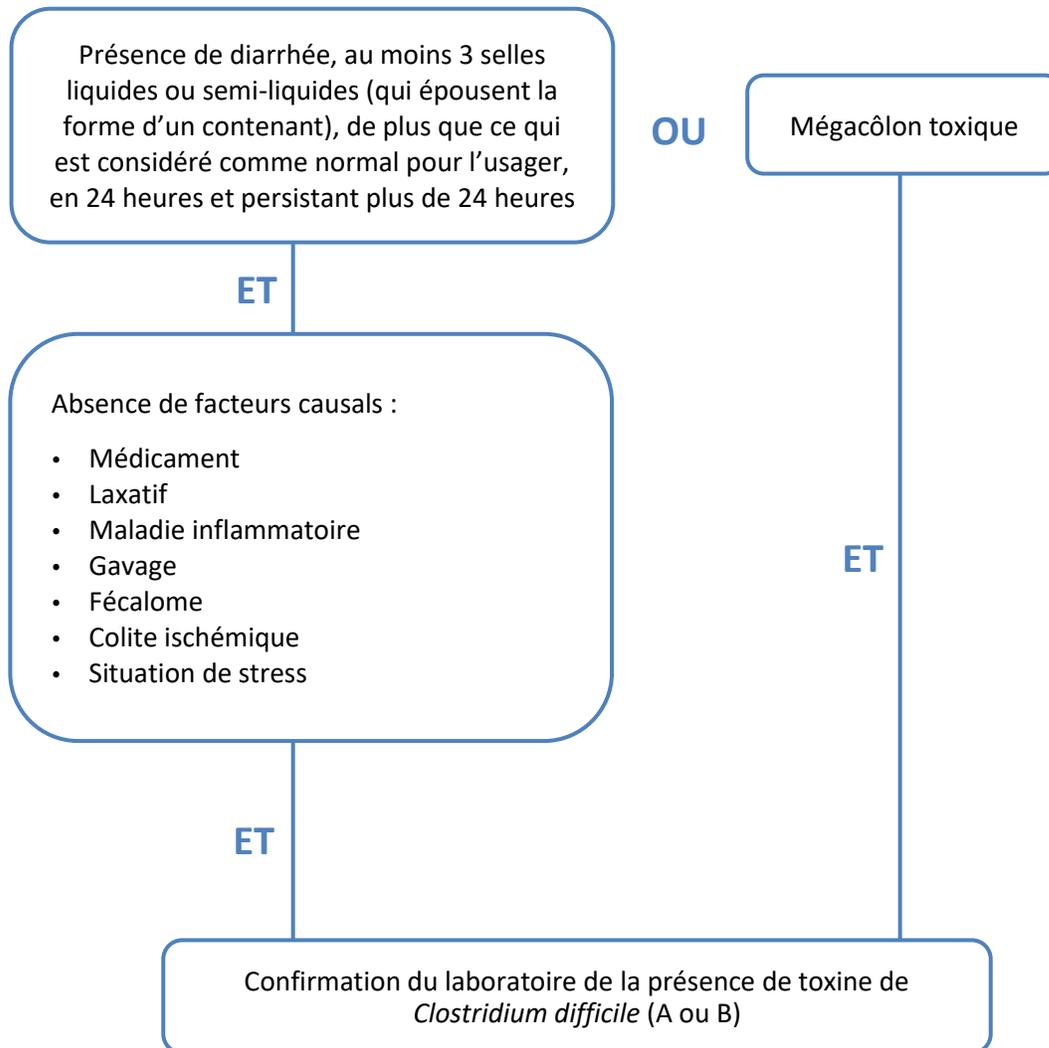
Il est essentiel d'évaluer la présence d'autres facteurs causals pouvant être associés à une diarrhée :

- Laxatifs
- Effets indésirables de certains médicaments associés à des vomissements ou à des changements du transit intestinal
- Pousse évolutive d'une maladie chronique (ex. : maladie de Crohn)
- Gavage

Il faut donc considérer la possibilité de la présence d'une infection bactérienne en présence de rectorragie ou la présence d'une infection par un parasite ou un autre agent pathogène en présence d'une période d'incubation prolongée.

4.1.2.2 Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD)

Situation 1



Situation 2

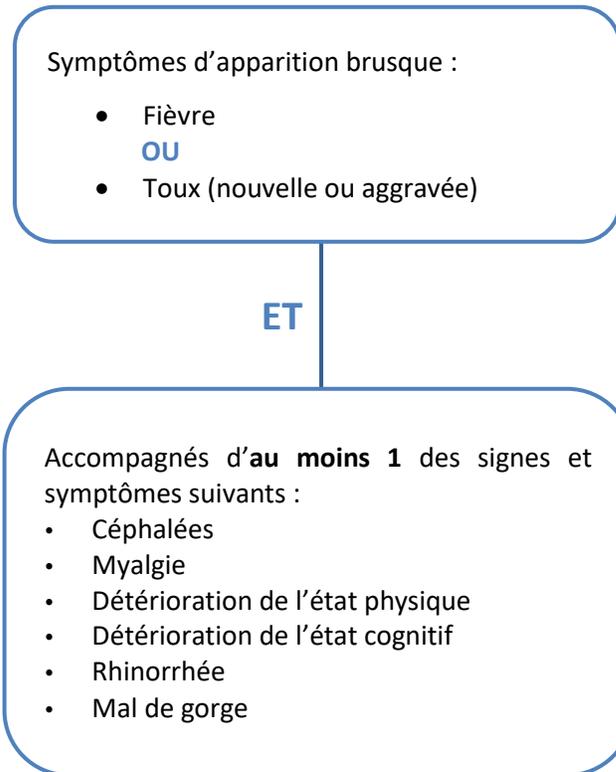
Diagnostic de pseudomembranes lors d'une sigmoïdoscopie, d'une colonoscopie ou d'une tomodensitométrie (scan)

Situation 3

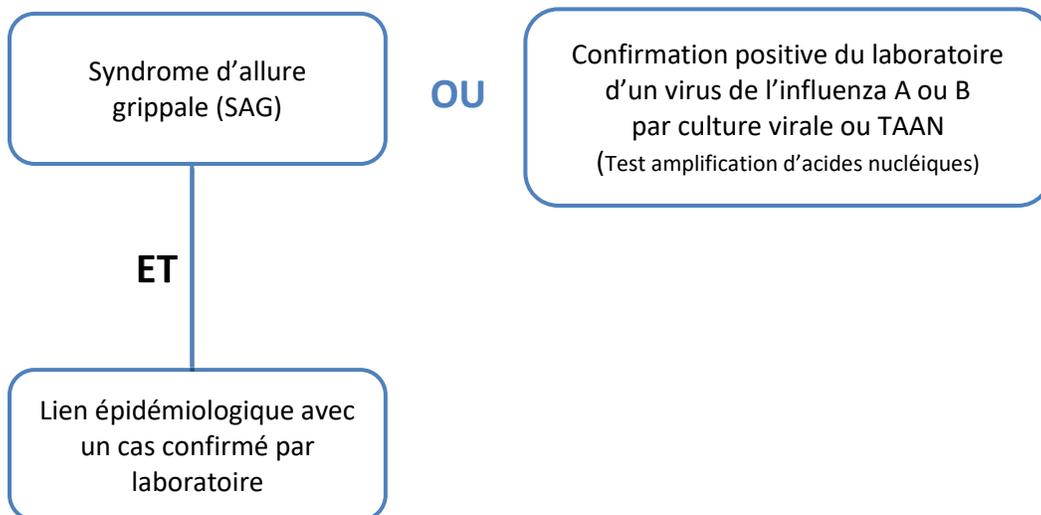
Diagnostic histo-pathologique de colite à *Clostridium difficile* (avec ou sans diarrhée)

4.1.3 Infections des voies respiratoires

4.1.3.1 Syndrome d'allure grippale (SAG)



4.1.3.2 Grippe



4.1.3.3 Pneumonie avec radiologie

Présence des 3 conditions suivantes :

Présence d'**au moins 1** des signes et symptômes suivants :

- Toux nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel
- Expectorations nouvelles ou augmentées par rapport à l'état habituel
- Saturation O₂ plus petite que 94% à l'air ambiant ou diminution de 3% du niveau de base
- Anomalie nouvelle ou modifiée à l'examen physique pulmonaire
- Tachypnée (plus grand que 25/min), nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel
- Douleur à l'inspiration (douleur pleurale)

ET

Présence d'**au moins 1** des critères suivants :

- Fièvre
- Leucocytose
- Détérioration de l'état physique
- Détérioration de l'état cognitif

ET

Confirmation radiologique démontrant la présence d'une pneumonie ou d'un nouvel infiltrat

4.1.3.4 Pneumonie avec absence de radiologie

Présence des 4 conditions suivantes :

Présence d'**au moins 1** des signes et symptômes suivants :

- Toux nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel
- Expectorations nouvelles ou augmentées par rapport à l'état habituel
- Saturation O₂ plus petite que 94% à l'air ambiant ou diminution de 3% du niveau de base
- Anomalie nouvelle ou modifiée à l'examen physique pulmonaire
- Tachypnée (plus petit que 25/min), nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel
- Douleur à l'inspiration (douleur pleurale)

ET

Présence d'**au moins 1** des critères suivants :

- Fièvre
- Leucocytose
- Détérioration de l'état physique
- Détérioration de l'état cognitif

ET

Présence d'**au moins 1** des critères suivants :

- Absence de radiographie
- Résultat de radiographie négative à confirmer la présence d'une pneumonie ou d'un nouvel infiltrat

ET

Confirmation par un examen clinique du médecin

4.1.4 Infections des voies urinaires

4.1.4.1 Infection urinaire sur cathéter vésical à demeure (sonde)¹ OU moins de 2 jours après le retrait du cathéter vésical OU sur cathéter vésical intermittent (ex : auto-cathétérisme)

Présence d'une des 4 conditions suivantes :

1

Fièvre
OU
Frissons
OU
Hypotension, sans autre cause connue

OU

2

Détérioration de l'état physique
OU
de l'état cognitif de l'utilisateur, sans autre cause connue
ET
Leucocytose

OU

3

Douleur ou sensibilité sus-pubienne nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel
OU
Punch rénal positif

OU

4

Écoulement purulent autour du cathéter
OU
Chez l'homme :

- Douleur aiguë (ou augmentée par rapport à l'état habituel)
- Gonflement ou sensibilité des organes génitaux (testicules, prostate)

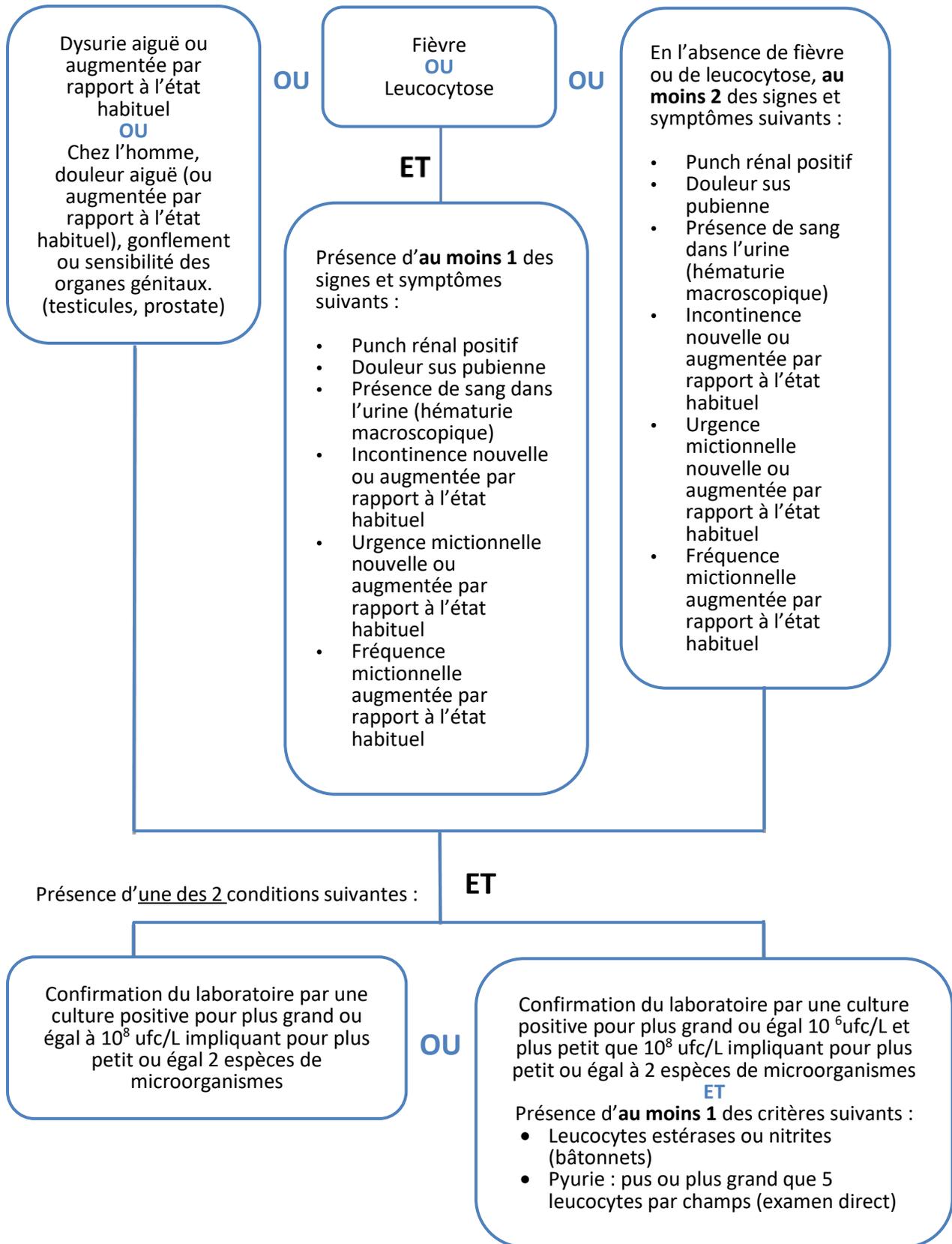
ET

Confirmation du laboratoire par une culture positive pour au moins un micro-organisme plus grand que 10^8 ufc/L pour plus petit ou égal à 2 uropathogènes

¹ La sonde urinaire doit être présente depuis au moins 2 jours

4.1.4.2 Infection urinaire sans cathéter vésical

Présence d'une des 3 conditions suivantes :



4.2 Définitions surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

Le programme SPIN comporte 6 surveillances et celles-ci sont à déclaration obligatoire par des indicateurs de gestion pour les milieux de soins aigus.

Dans le but d'offrir une méthodologie commune et des outils de surveillance et d'analyse normalisés, aucune définition de SPIN ne sera inscrite dans le présent protocole. Afin que les mises à jour des documents SPIN soient toujours disponibles aux utilisateurs du présent protocole, se référer aux hyperliens pour chacun des programmes de surveillance.

4.2.1 [Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline \(SARM\)](#)

4.2.2 [Infections à entérocoques résistants à la vancomycine \(ERV\)](#)

4.2.3 [Infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases \(BGNPC\)](#)

4.2.4 [Diarrhées à Clostridium difficile \(DACD\)](#)

4.2.5 [Bactériémies nosocomiales panhospitalières \(BACTOT\)](#)

4.2.6 [Bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse \(BAC-HD\)](#)

5. TYPES DE COLLECTES DE DONNÉES

5.1 Tournée des installations

La tournée régulière des installations est essentielle à une surveillance active efficace pour la recherche et la détection des nouveaux cas. Lors des tournées, les conseillères en PCI et l'ICS PCI questionnent les prestataires de soins et services sur l'apparition de nouveaux signes et symptômes reliés à un micro-organisme potentiellement infectieux.

5.2 Données du dossier de l'utilisateur (actuelles ou antérieures)

Les données du dossier de l'utilisateur comprennent les notes d'évolution infirmières et médicales, les différentes prescriptions, la feuille sommaire des diagnostics, les rapports d'examen et de laboratoire et le dossier antérieur. Ces sources d'information permettent d'effectuer une surveillance active par la collecte de données générale qui sera utile au moment de compléter le tableau de surveillance du Service de PCI et SI-SPIN.

5.3 Rapport d'examen et de laboratoire

Les rapports de laboratoire sont une source incontournable de données, particulièrement les résultats des cultures d'urine, des plaies, des selles, des expectorations, etc. De plus, ceux-ci permettent d'obtenir les résultats de dépistage et de suivi chez les usagers porteurs (colonisés ou infectés) d'une ou de plusieurs bactéries multirésistantes (BMR). Cependant, afin de confirmer la présence d'une infection, il doit y avoir une évidence de signes et symptômes cliniques en combinaison avec le résultat positif du rapport.

5.4 Déclaration par télécopieur

La déclaration des infections nosocomiales dans le cadre d'une surveillance passive doit s'effectuer principalement par l'infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI) ou chef d'équipe de l'unité ou de l'installation à l'aide d'un formulaire de déclaration disponible sur la Zone CIUSS. Dès l'apparition de signes et symptômes ou d'un résultat de laboratoire positif, la déclaration doit être acheminée au Service de PCI par télécopieur et sera traitée de façon confidentielle. Un suivi, par le Service de PCI, sera fait auprès du site déclarant pour s'assurer que les mesures de PCI soient en place.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1 Service de prévention et contrôle des infections (PCI)

- Recevoir et analyser les formulaires de déclaration
- Effectuer un suivi des formulaires de déclaration auprès des équipes de soins et services
- Recevoir et analyser les résultats de laboratoire
- Analyser et assurer la gestion des situations à risque ou d'éclosion
- Déclarer à la Direction de santé publique (DSPu) toute situation d'éclosion
- Produire et émettre des statistiques et des rapports d'analyse aux instances concernées
- Adhérer au volet obligatoire des programmes de surveillance provinciaux (SPIN)
- Assurer la mise à jour des formulaires de déclaration et du protocole selon les données probantes de la littérature et des recherches

6.2 Comité de prévention et contrôle des infections (CPCI)

- Recevoir les statistiques et les rapports d'analyse annuellement ou lorsque nécessaire
- Faire état du bilan de la surveillance des infections nosocomiales au Comité de gestion des risques
- Proposer des orientations et des recommandations à partir des constats découlant de l'analyse des données de surveillance locale
- Émettre les recommandations appropriées, lors de la mise à jour des formulaires et du protocole, lorsque nécessaire

7. RAPPORTS

Les rapports de surveillances des infections nosocomiales et des microorganismes seront fournis par le Service de la PCI de façon trimestrielle, annuelle ou lors de situation exceptionnelle. Les types de rapport statistique seront fournis en fonction de la disponibilité des outils de comptabilisation. Le taux statistique est établi en fonction des jours-présences et selon le dénominateur 10 000 jours-présences ou par jours-cathéter selon le cas.

8. CONCLUSION

Les définitions à des fins de surveillance diffèrent parfois des définitions cliniques mais qu'il est important de s'y référer afin de produire des statistiques valides et reproductibles. La surveillance des micro-organismes et des infections nosocomiales requiert une planification, une expertise et un investissement en temps et en ressources. Les résultats de cette surveillance deviennent de plus en plus utiles au fil du temps, car ils offrent la meilleure base de données comparative et sont un outil essentiel pour mesurer l'amélioration de la qualité des soins et des services, tout en y contribuant.

RÉFÉRENCES

- AMMIQ et AIPI**, *Définitions des infections nosocomiales*, mise à jour, Décembre 2010. 34 p.
- Bentley D. W et autres**, *Pratice Guideline for Evaluation of Fever and Infection in Long-Term Care*.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée*, avril 2004, 23 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Direction des risques biologiques et de la santé au travail*, janvier 2012, 83 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Mesures de prévention et contrôle des gastro-entérites d'allure virale dans les établissements de soins*, 2017, 27 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Mesures de prévention et de contrôle des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec*, juin 2006, 109 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Mesures de prévention et de contrôle des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) dans les milieux de réadaptation*, juin 2009, 81 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée*, 2014, 17 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Entérocoques résistants à la vancomycine : mesures de prévention et contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée*, mars 2015, 7 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de réadaptation du Québec*, septembre 2013 (Document de travail), 116 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec*, septembre 2012, 135 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Mesures de prévention et de contrôle des bacilles à Gram négatif multirésistants autres que les entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus*, février 2018, 20 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Entérobactéries productrices de carbapénémases et autres bacilles Gram négatif multirésistants : mesures intérimaires de prévention et de contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée*, novembre 2016, 12 pages.
- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Programme de surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine du Programme de Surveillance provinciale des infections nosocomiales*, novembre 2015, 33 pages.

- Comité des infections nosocomiales du Québec**, Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), *Protocole : Surveillance des diarrhées associées au Clostridium difficile dans les centres hospitaliers du Québec*, Québec, Septembre 2010.
- Facilities. Clinical Infectious Diseases**, 2000, pages 640-653.
- Flanagan, M. 2003**, *Improving accuracy of wound measurement in clinical practice*, Ostomy wound management, p.28-40.
- Lise-Andrée Galarneau**, microbiologiste-infectiologue Infections urinaires associées aux cathéters (IUAC). *Une propriété parmi nos priorités*, Présentation diaporama, 2012.
- McGeer, A. et al (1996)**. *Definitions of infection for surveillance in Long-term Care Facilities*, APIC, 6 pages.
- Ministère de la Santé et des Sports**, Paris. *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile*, Février 2010, 147 pages.
- MSSLD** Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), *Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les pensionnaires d'établissement de santé*, Juin 2008, 121 pages.
- MSSS**, Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Québec 2017, 187 pages.
- Nimalie D. Stone et autres**. *Surveillance Definitions of Infections in Long-Term Care Facilities: Revisiting the McGeer Criteria*, Infection control and hospital epidemiology, Volume 33, Numéro 10, Octobre 2012, pages: 978-980
- Table régionale des infections nosocomiales (TRPIN) de la Capitale-Nationale**, Guide de prévention et contrôle des infections, *Pratiques de base et précautions additionnelles*, avril 2012, 142 pages.

LISTE DES ANNEXES

[Annexe 1](#) : Classement dans les directives pour protocoles

Classement dans les directives pour protocoles



CLASSEMENT DANS LES DIRECTIVES POUR PROTOCOLES

DIRECTIVE 1	DIRECTIVE 2	DIRECTIVE 3	DIRECTIVE 4
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) • Unité de courte durée gériatrique (UCDG) • Urgence • Hémodialyse 	<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre d'hébergement (CH) • Institut universitaire en santé mentale de Québec • Unité de soins psychiatriques • Centre pédopsychiatrie • Unité de soins palliatifs • Lit de soins palliatifs 	<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Institut de réadaptation en déficience physique (incluant ambulatoire) • Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) • Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (URFI-DP) • Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) • Unité ou lit de transition / convalescence / soins post aigus 	<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien à domicile (SAD) • SAD-Famille/enfance/jeunesse (FEJ) • SAD-Santé mentale (SM) • Groupe de médecine : <ul style="list-style-type: none"> ✓ de famille (GMF) ✓ Universitaire (GMF-U) ✓ Réseau (GMF-R) • Services de santé courants (SSC) • Clinique externe ou ambulatoire • Centre de jour • Hôpitaux de jour • Maison de naissance • Centre jeunesse • Foyer de groupe • Résidence intermédiaire-Résidence de type familiale (RI-RTF) • Résidence à assistance continue (RAC)

N.B. : Cette liste est non exhaustive. Certains secteurs spécifiques (ex. : hémodialyse et lits de soins palliatifs) doivent être considéré pour le choix des directives même si ces lits se retrouvent dans un autre secteur. Vous référer au Service de PCI en cas de doute sur la directive à instaurer pour votre secteur d'activité.

Hors directives :

1. Unités CIUSSS au CHU de Québec- Université Laval
Référence : Protocole du CHU de Québec-Université Laval
2. Résidence de personnes âgées (RPA) : Guide de prévention des infections dans les résidences PRIVÉES pour aînés
Référence : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-207-01W.pdf>

2019-07-26/ Service de prévention et contrôle des infections