

**Rapport des visites d'appréciation de  
l'application des mesures de prévention et de  
contrôle des infections nosocomiales dans les  
centres hospitaliers de soins généraux et  
spécialisés de la région de la Capitale-Nationale**

**Présenté au Ministère de la Santé et des  
services sociaux du Québec**

**Direction régionale de santé publique**

**Agence de la Santé et des Services sociaux  
de la Capitale-Nationale**

**Version 2.1**

**26 janvier 2007**

## **Table des matières**

REMERCIEMENTS .....	p. 3
1. INTRODUCTION. ....	p. 4
2. PROCÉDURES ADOPTÉES POUR LES VISITES. ....	p. 7
2.1. Composition de l'équipe de visite .....	p. 7
2.2. Modalités des visites .....	p. 7
2.3. Installations visitées .....	p. 8
3. ASPECTS ORGANISATIONNELS. ....	p. 9
3.1. Constatations .....	p. 9
3.2. Recommandations .....	p. 14
4. GESTION DES CAS. ....	p. 16
4.1. Constatations .....	p. 16
4.2. Innovations intéressantes à souligner .....	p. 17
4.3. Recommandations .....	p. 17
5. HYGIÈNE ET SALUBRITÉ. ....	p. 19
5.1. Constatations .....	p. 19
5.2. Recommandations .....	p. 20
6. IMMOBILISATIONS ET CADRE PHYSIQUE. ....	p. 22
6.1. Constatations et recommandations .....	p. 22
7. AUTRES ASPECTS PERTINENTS. ....	p. 26
7.1. Unités de débordement .....	p. 26
8. CONCLUSION. ....	p. 27
ANNEXE 1. Liste des personnes rencontrées lors des visites des centres hospitaliers ..	p. 28

## **Remerciements :**

Les délais d'intervention très courts, les activités de coordination et les efforts soutenus nécessaires à la réalisation de ce rapport sont considérables. Pour ces raisons, nous tenons à remercier le personnel des différentes équipes rencontré lors des visites d'appréciation : les équipes en prévention des infections, les services techniques ainsi que les directions générales. Par leur accueil, leur collaboration ainsi que leur grande transparence, ces personnes nous ont donné un portrait réel des mesures de prévention mises en place dans leur établissement.

Nous tenons également à souligner particulièrement la disponibilité et le professionnalisme de tous les membres de l'équipe de visite, formée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. De même, nous remercions les établissements qui ont permis à leurs membres de se dégager des leurs activités habituelles afin de réaliser ce travail de visite.

## 1. Introduction :

Les visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ont été effectuées suite à un mandat de la Direction générale de santé publique (DGSP) du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).

Les principaux objectifs étaient de valider les mesures de prévention des infections à *C. difficile* mises en place dans les établissements de la région, ainsi que d'identifier les éléments positifs et ceux à améliorer concernant les aspects organisationnels, la gestion des cas et des contacts et les pratiques en hygiène et salubrité. Bien que le but premier concernait la prévention des infections à *C. difficile*, l'ensemble de la gestion des infections nosocomiales a été regardé. Une évaluation des éléments d'immobilisation en regard de la problématique de la prévention des infections nosocomiales a également été faite.

Dans la région de la Capitale-Nationale (région 03), huit CHSGS ont été visités. Parmi ceux-ci, sept sont inscrits au réseau de surveillance des infections à *C. difficile* de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) depuis août 2004. Ces huit installations sont regroupées en établissements de la façon suivante : un Centre hospitalier universitaire (CHU) comprenant trois installations, deux Centres hospitaliers affiliés, l'un comprenant deux installations et l'autre une installation, et un Centre de santé et services sociaux regroupant deux installations.

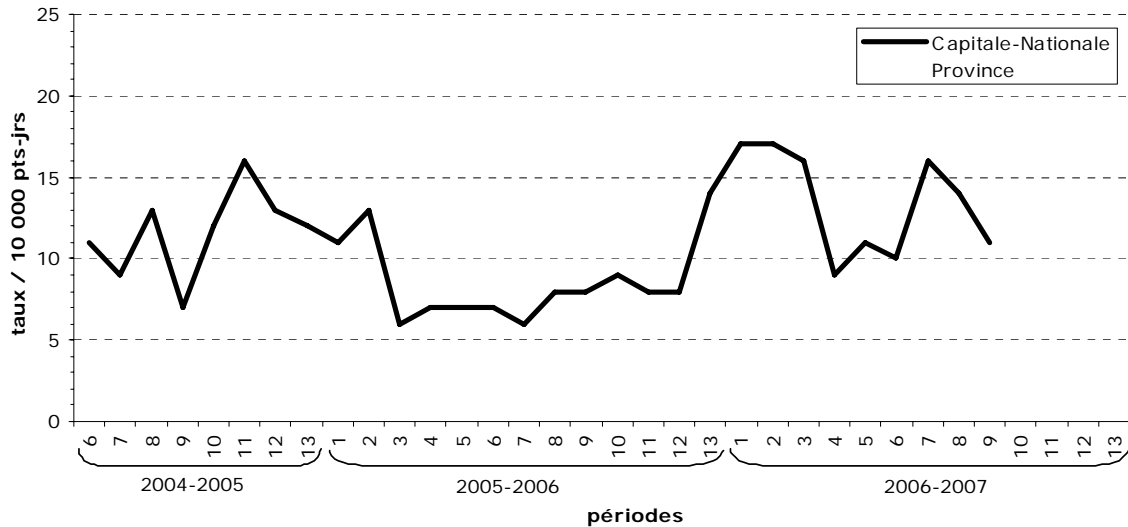
Avant le déroulement des visites, le MSSS avait ciblé la majorité des CHSGS de la région comme étant des installations à prioriser dans l'ordre des visites (cf. Tableau 1- extrait du document présenté par le MSSS).

**Tableau 1-** Installations ciblées par le MSSS avant les visites, comme étant à prioriser.

Installation	Critères		
	Souche A	Incidence élevée	Mortalité accrue
CHAUQ – Hôpital de l'Enfant-Jésus	x	x	
CHUQ – Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec	x		
CHAUQ – Hôpital du Saint-Sacrement	x		x
CHUQ – Pavillon CH de l'Université Laval	x	x	
CHUQ – Pavillon Saint-François d'Assise	x	x	x
Hôpital Laval	x	x	
CSSS de Charlevoix – CH Saint-Joseph de la Malbaie			x

La situation des infections à *C. difficile* a évolué dans la région au cours de l'année 2006. En effet, depuis le début du réseau de surveillance de l'INSPQ, les taux moyens régionaux se maintenaient près ou en-dessous de la moyenne provinciale. Toutefois, à partir de la période 13 de 2005-06, une nette élévation des taux est notée dans la région (cf. Graphique 1).

**Graphique 1 –** Taux d'infections à *C. difficile* de la région de la Capitale-Nationale selon les données du réseau de surveillance de l'INSPQ.



Différents éléments ont été soulevés pour tenter d'expliquer cette situation. Tout d'abord, l'élévation coïncidait avec le pic annuel d'augmentation des cas de diarrhées associées au *C. difficile* (DACD) qui suit habituellement le pic annuel de cas d'infections respiratoires. Au même moment, des éclosions de gastro-entérites, probablement virales, sont survenues dans différentes unités de plusieurs CHSGS.

Cependant, ces éléments à eux seuls ne pouvaient tout expliquer. La présence d'une souche plus virulente a donc été évoquée, mais n'a pu être validée qu'à l'automne 2006, suite à une analyse de souches faite par l'INSPQ auprès de certaines installations faisant partie du réseau de surveillance. Cette analyse a confirmé que la souche A (ou NAP1/027) qui a causé les éclosions connues dans le sud-ouest du Québec en 2003 et 2004, s'était installée dans les hôpitaux de la région, contrairement à ce qu'on retrouvait en 2005 lors d'une analyse similaire (cf. Tableau 2).

**Tableau 2** – Répartition des souches de *C. difficile* selon les installations régionales, en 2005 et 2006.

Installation	Analyse de souches					
	2005			2006		
	% A	% B	% Autres	% A	% B	% Autres
Hôpital de l'Enfant-Jésus	0	69	31	11	67	22
Hôpital du Saint-Sacrement	0	69	31	83	0	17
Hôpital Laval	0	100	0	20	30	50
Pavillon CH de l'Université Laval	0	70	30	38	38	25
Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec	13	73	13	13	25	63
Pavillon Saint-François d'Assise	0	100	0	82	9	9
CH Saint-Joseph de la Malbaie	0	50	50	-	-	-
Région 03 - Capitale-Nationale	3	74	23	40	29	31

## **2. Procédure adoptée pour les visites :**

### **2.1- COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE VISITE :**

- Dr François Desbiens, directeur de santé publique de la Capitale-Nationale (présent principalement lors de la mise en contexte des visites et du retour avec les représentants des établissements);
- Mme Renée Maranda-Aubut, coordonatrice en maladies infectieuses, DRSP;
- Mme Isabelle Mauger, agente de planification, de programmation et de recherche, DRSP;
- Mme Gaétane Pellerin, conseillère cadre en prévention des infections et coordonatrice en soins infirmiers au CSSS de Portneuf, représentante de la Table régionale;
- M. Mike Penney, coordonateur en hygiène et salubrité à l'Hôpital Laval (en alternance avec M. Marc Thibeault);
- Mme Lise-Anne Piette, conseillère aux établissements à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (en alternance avec M. Marc Rivest);
- M. Marc Rivest, conseiller aux établissements à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (en alternance avec Mme Lise-Anne Piette);
- M. Marc Thibeault, coordonateur des services d'environnement, lingerie et transport du Centre Hospitalier Robert-Giffard (en alternance avec M. Mike Penney);
- Dr Jasmin Villeneuve, médecin-conseil, responsable du dossier des infections nosocomiales, DRSP.

### **2.2- MODALITÉS DES VISITES :**

La durée des visites était d'une demi-journée par installation. Une rencontre avait d'abord lieu entre l'équipe de visiteurs et les représentants du milieu. Des représentants du personnel des équipes en prévention des infections et en hygiène et salubrité, ainsi que des représentants de la direction générale de l'établissement étaient présents lors de cette rencontre (cf. Annexe 1 pour la liste des personnes présentes dans chacune des installations). Le déroulement des visites était le suivant :

- ✓ mise en contexte des facteurs ayant amené ces visites;
- ✓ but et objectifs des visites;
- ✓ révision des grilles questionnaires et des documents demandés au préalable à l'établissement receveur;
- ✓ visite des lieux, en compagnie du personnel en prévention des infections et d'hygiène et salubrité (et parfois de la direction générale);
- ✓ débriefing en huis clos de l'équipe de visite;
- ✓ retour avec les représentants de l'établissement sur les premières constatations relevées; dans les cas où un établissement comportait plus d'une installation, un retour était fait pour chacune des installations en plus d'un retour général sur l'établissement.

### **2.3- INSTALLATIONS VISITÉES :**

Voici la liste des installations visitées, ainsi que la date de la visite pour chacune :

- Hôpital Laval, 19 décembre 2006 PM
- CHAUQ, Hôpital de l'Enfant-Jésus, 21 décembre 2006 AM
- CHAUQ, Hôpital du Saint-Sacrement, 21 décembre 2006 PM
- CHUQ, Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec, 9 janvier 2007 AM
- CHUQ, Pavillon Hôpital Saint-François d'Assise, 10 janvier 2007 AM
- CHUQ, Pavillon CH de l'Université Laval, 11 janvier 2007 AM
- CSSS de Charlevoix, Hôpital de Baie Saint-Paul, 12 janvier 2007 AM
- CSSS de Charlevoix, Hôpital Saint-Joseph de la Malbaie, 12 janvier 2007 PM

### 3. Aspects organisationnels :

#### 3.1- CONSTATATIONS :

##### a) Plan d'action :

Toutes les installations ont soit un plan d'action, soit des stratégies, écrites ou non, concernant la prise en charge des infections nosocomiales. Toutefois, seulement un CHSGS l'a présenté au complet à son conseil d'administration (CA), et aucun ne l'a fait approuver officiellement. Cependant, tous mentionnent que le CA connaît la situation qui prévaut dans leur centre et qu'un mécanisme de communication existe.

Toutes les installations ont nommé une personne imputable et fondé d'un pouvoir d'agir. Il s'agit soit de la directrice des soins infirmiers, de la personne responsable de la prévention des infections ou de la microbiologiste-infectiologue responsable de la prévention des infections. L'ensemble des établissements ont un programme de prévention des infections.

##### b) Ressources en prévention et contrôle des infections :

Le ratio d'une infirmière en équivalent temps complet (ETC) par 133 lits de soins de courte durée est atteint dans toutes les installations de la région. Toutes et tous ont un poste permanent, mais dans deux installations, les personnes ne travaillent que 50% du temps en prévention des infections. Il est à noter que dans 2 installations, des congés (maternité et études) ne sont pas remplacés, ce qui occasionne une baisse de ratio temporaire. De plus, un autre CH a ajouté un poste (en accommodation) en plus de ceux financés par l'Agence.

Le temps réparti aux différentes activités de prévention est présenté dans le tableau 3 ci-dessous :

**Tableau 3** – Répartition du temps consacré aux activités de prévention.

<b>Activité</b>	<b>% du temps total</b>
Surveillance	15 – 40 %
Application des mesures de prévention et de contrôle	20 %
Formation du personnel	10 - 30 %
Ressourcement	2 – 15 %
Participation à des comités	5 – 10 %
Élaboration de guides/plan d'action/lignes directrices	5 – 10 %
Réponse à des demandes ad hoc	5 – 18 %

Un microbiologiste-infectiologue est sur place à temps complet pour les activités cliniques et de prévention (6 sur 8) ou disponible comme consultant (2 sur 8).

Concernant le soutien clérical, trois installations ont prévu du temps de secrétariat réservé spécifiquement pour les activités de prévention et contrôle des infections (PCI). Les autres, sans avoir du temps réservé, ont quand même un accès possible soit à des secrétaires de direction ou soit à des secrétaires du laboratoire de microbiologie. Seulement un centre rapporte avoir le soutien d'un technicien pour l'entrée des données et l'analyse informatique.

L'ensemble des CHSGS rapporte que soit les infirmières ou soit le médecin ont une autorité fonctionnelle. Dans deux installations, on indique que l'autorité des infirmières est plus ou moins reconnue. À noter que ce sont les seules installations où aucune infirmière n'a reçu le titre de conseillère-cadre.

L'équipe de PCI est rattachée à la direction des soins infirmiers (DSI) dans six cas, et à la direction des services professionnels et hospitaliers (DSPH) pour les deux autres. Le soutien de la direction générale est présent dans tous les centres, mais s'exprime de façon variable d'un établissement à l'autre : *« s'assure que chacune des directions applique les procédures proposées; effectue un suivi régulier avec l'équipe de PCI; soutien requis dans la mesure de leurs moyens financier, matériel et humain; engagement de la direction générale et du CA en regard du plan d'action et de sa réalisation »*. Enfin, tous considèrent que le fonctionnement actuel favorise l'atteinte des objectifs du plan d'action, mais un établissement mentionne la difficulté de maintenir les activités régulières compte tenu entre autre des pressions médiatiques et de l'impact dans l'organisation.

Toutes les installations considèrent que leur personnel en PCI possède une expertise et une formation suffisante. Les personnes ayant trois ans et moins d'expérience ont suivi la formation de 80 heures de l'INSPQ, sauf deux nouvelles infirmières embauchées à l'automne 2006. Les autres infirmières en poste ont toutes plus de trois ans d'expérience.

Bien que seulement deux installations rapportent avoir un budget réservé spécifiquement pour le programme de PCI (outre le salaire des infirmières), les autres disent avoir accès à du budget au besoin, soit à même le budget de la DSI ou de l'ensemble de l'établissement.

Tous les moyens cités sont utilisés pour favoriser l'adhésion du personnel aux mesures de PCI, sauf les audits qui n'ont été utilisés que par 50% des sites. On estime que les recommandations sont en général respectées presque systématiquement par tous les types de professionnels, bien que cet aspect soit difficile à objectiver concrètement. Toutefois, on note que le personnel soignant et le personnel en hygiène et salubrité se distingue dans une des installations par l'application systématique des recommandations.

#### c) Comité de prévention et de contrôle des infections :

La répartition des membres des différents comités de prévention des infections des établissements est présentée au tableau 4. Le nombre de rencontres varie de 3 à 9 au cours de la dernière année, et le pourcentage de participation des membres est de 60 à 90 %. Le comité de prévention des infections est rattaché au CMDP dans six installations (75%) et à la DSI dans les deux autres (25%).

Le mode de fonctionnement d'un établissement est intéressant à spécifier. En plus du comité de prévention des infections dont le mandat est principalement de discuter du volet scientifique, d'adopter les procédures et d'émettre les recommandations, un comité tactique a été formé, regroupant des représentants des différentes directions et unités de soins, en plus de l'équipe de PCI. Ce comité tactique permet de travailler sur les méthodes d'actualisation des recommandations émises par le comité de prévention des infections. Comme cet établissement comporte plusieurs installations, un comité opérationnel est de plus actif dans chacune des installations, afin d'adapter à la réalité de chacun des milieux les solutions proposées. Ce processus accélère la mise en place des recommandations en évitant la multiplication des sous-comités de travail et participe à la création d'une culture de prévention des infections en impliquant davantage les différents groupes de personnel de l'établissement.

**Tableau 4** – Composition des comités de prévention des infections.

Catégorie de représentant	Pourcentage (%) de représentativité
Direction générale	37,5 %
Direction dont relève la gestion des risques/qualité	50 %
Équipe de PCI	100 %
Secteurs cliniques : DSPH	50 %
Secteurs cliniques : DSI	100 %
Département de pharmacie	100 %
Service d'hygiène et salubrité	62,5 %
Service de santé et sécurité au travail	100 %
Direction de santé publique	50 %
CMDP	75 %
CII	37,5 %
CM	0 %
Autres : Direction des ressources humaines Stérilisation Laboratoire	87,5 %

Seulement trois installations (deux établissements) demandent une approbation des recommandations du comité de prévention des infections par le directeur général, mais toutes font approuver ces recommandations par le comité de direction. Le directeur général est avisé directement ou par la participation à divers comités.

Les éléments suivants ont été notés dans un établissement comme retardant le cheminement des recommandations : « *manque de personnel sur les unités de soins; manque de budget; mauvaise volonté, souvent ardu d'avoir la collaboration de tous* ».

La surveillance des diarrhées associées au *C. difficile* se fait dans toutes les installations, même si l'une d'elles n'est pas inscrite au réseau de surveillance de l'INSPQ. La surveillance des autres infections se fait dans les proportions suivantes :

- bactéries résistantes (SARM et ERV)	100 %
- bactériémies sur cathéters centraux	75 %
- infections de sites chirurgicaux	37,5 %
- pneumonies reliées à la ventilation mécanique	25 %
- bactériémies nosocomiales	75 %
- taux de vaccination contre l'influenza du personnel	100 %

Un rapport des différents indicateurs de suivi est fait au comité de vigilance et de la qualité dans 50 % des installations, au comité de gestion des risques dans 75 % et au conseil d'administration dans 75 %.

d) Direction générale :

Les moyens mis en place par la direction générale pour sensibiliser les membres de l'organisation à l'importance de la PCI sont variés et adaptés à chacun des milieux.

Voici une liste non exhaustive qui illustre ces moyens :

*« Point systématique au comité de direction : bilan/état de situation; suivi plan d'action.*

*En situation aiguë, rencontre hebdomadaire avec la médecin infectiologue, la responsable de l'équipe de prévention et contrôle des infections, la directrice des soins infirmiers, le directeur des services techniques, le directeur des services professionnels, le responsable des communications et des relations publiques, adjoint au directeur général et autres personnes invitées au besoin. Ce comité ad hoc est présidé par le directeur général. Supporte et s'assure que le plan d'action est réalisé. »*

- « 1) Comité de gestion des risques: sujet PCI statutaire à chaque rencontre;*
- 2) Comité de coordination des soins et services : sujet statutaire 1 x/mois depuis novembre 2006;*
- 3) Comité direction;*
- 4) Suivi des indicateurs C Difficile et SARM à chaque séance du CA;*
- 5) Journal interne;*
- 6) Écho du CA. »*

*« Responsabilité officielle à la direction des soins infirmiers.*

*Équipe d'infirmières en prévention des infections sous la responsabilité de la directrice des soins infirmiers.*

*Présentations régulières des résultats et des mesures mises en place au comité des services aux clientèles et au CA.*

*État de situation par la DSI au comité de direction au besoin.*

*État de situation transmise régulièrement aux directeurs et aux cadres lors de situation à risque (éclosion, quarantaine, augmentation des cas de SARM ou C. difficile, etc).*

*Présentation aux rencontres des cadres une fois l'an. »*

Concernant les budgets de fonctionnement, les réponses des établissements sont les suivantes :

	<u>Budget réservé</u>	<u>Budget suffisant</u>	<u>Activité réalisée</u>
Mise en œuvre du programme de PCI	25 %	75 %	100 %
Mise en œuvre des recommandations	50 %	62,5 %	100 %
Constitution d'une provision d'équipements	50 %	37,5 %	50 %

e) Éléments relatifs à la gestion d'éclosion :

Dans une installation (un établissement), le directeur général est avisé dès la suspicion d'une éclosion, tandis qu'ailleurs il n'est avisé que lorsque l'éclosion est confirmée. C'est principalement le responsable administratif qui avise le directeur général (4 fois sur 8), mais c'est parfois le ou la microbiologiste-infectiologue de garde (deux installations) ou l'infirmier responsable de la prévention (deux installations).

Le comité de gestion d'éclosion comprend d'office, dans tous les établissements, à la base l'équipe de prévention et contrôle des infections. Dans certains cas, des directeurs de chacune des directions sont statutairement sur ce comité, tandis que dans les autres, des directeurs ou collaborateurs s'ajoutent au besoin selon la situation. La mobilisation se fait rapidement dans tous les milieux peu importe le modèle retenu.

Toutes les installations ont des modalités pour ajouter des ressources humaines dans les secteurs touchés par l'éclosion, mais seulement une dispose également de modalités pour ajouter aussi des ressources à l'équipe de PCI.

Trois installations disent aviser la direction de santé publique dès la suspicion d'une éclosion, tandis que toutes les autres disent transmettre un avis lorsque l'éclosion est confirmée.

### **3.2- RECOMMANDATIONS :**

Les recommandations suivantes sont faites à titre général pour l'ensemble des installations visitées. Nous sommes toutefois conscients qu'elles ne s'appliquent pas nécessairement à toutes. Cependant, nous croyons que chaque établissement devrait les considérer en fonction de sa réalité propre. Les recommandations spécifiques feront partie des rapports locaux.

#### a) Plan d'action :

- 1) Finaliser, au besoin, le plan d'action concernant les infections nosocomiales, dont les diarrhées à *C. difficile*.
- 2) Présenter le plan d'action finalisé au conseil d'administration et le faire approuver par celui-ci.
- 3) S'assurer que le conseil d'administration soit au courant des éléments du programme de prévention des infections de l'établissement.
- 4) Maintenir, et au besoin bonifier, les liens avec le conseil d'administration.
- 5) Déposer régulièrement les indicateurs de gestion au conseil d'administration.
- 6) Préciser, au besoin, les responsabilités administratives dans la lutte aux infections nosocomiales à l'intérieur de l'établissement.

#### b) Ressources en prévention des infections :

- 1) Maintenir le ratio des infirmières en prévention des infections en assurant le remplacement des congés prolongés.
- 2) Prioriser le temps accordé à la prévention des infections afin que les personnes avec des tâches partagées puissent y consacrer le temps prévu.
- 3) S'assurer d'un temps de secrétariat dédié à la prévention des infections adéquat, afin de libérer les infirmières en prévention des infections des tâches cléricales.
- 4) S'assurer que les infirmières en prévention aient le titre approprié à leur tâche : infirmière conseillère en prévention ou infirmière cadre. Assurer la présence d'au moins une infirmière cadre dans chaque établissement.
- 5) Favoriser la formation de base de même qu'en cours d'emploi pour les infirmières en prévention des infections.
- 6) Réserver un budget spécifiquement pour les activités de prévention des infections en fonction de la réalité locale.
- 7) Valoriser à l'intérieur de l'établissement le travail de l'infirmière en prévention des infections. Favoriser la création d'une culture de prévention parmi l'ensemble des différents types de personnel.

#### c) Comité de prévention et de contrôle des infections :

- 1) Bonifier, au besoin, la composition du comité de prévention des infections en fonction des recommandations du programme-cadre du MSSS. Il est en outre important de s'assurer d'un lien avec le CMDP de l'établissement.

- 2) Évaluer si l'implantation d'un comité tactique, dont le mandat serait de soutenir et d'actualiser les recommandations du comité de prévention des infections, serait un atout pour l'établissement.
- 3) Assurer un mécanisme pour informer la direction générale des recommandations et actions du comité de prévention des infections.
- 4) Poursuivre la surveillance des diarrhées associées au *C. difficile* et la participation au réseau de surveillance de l'INSPQ. Au besoin, faire les démarches nécessaires auprès des responsables du réseau de surveillance pour s'y inscrire.
- 5) Participer aux programmes de surveillance obligatoires tel que recommandé par le MSSS en fonction des critères établis.
- 6) Assurer un rapport régulier des résultats au comité de la vigilance et de la qualité, au comité de gestion des risques ainsi qu'au conseil d'administration.
- 7) Utiliser des sources d'information et de formation validées. Reconnaître l'expertise de l'équipe en prévention des infections dans le choix des informations à transmettre.

d) Direction générale :

- 1) Mettre en place les moyens nécessaires pour valoriser et reconnaître l'expertise des professionnels en prévention des infections à l'intérieur de l'établissement.
- 2) Favoriser la création d'une culture de prévention des infections parmi l'ensemble des groupes de personnel.
- 3) Réserver du budget pour les activités de prévention des infections.
- 4) Promouvoir un lien de collaboration entre les équipes en immobilisation, en hygiène et salubrité ainsi qu'en prévention des infections lors des travaux d'aménagement.

e) Éléments relatifs à la gestion d'écllosion :

- 1) Assurer une réponse rapide et efficiente en cas d'éclussions, par l'ajout au besoin de personnel, de matériel ou de budget.

## **4. Gestion des cas :**

### **4.1- CONSTATATIONS :**

En premier lieu, il convient de féliciter le personnel en prévention et contrôle des infections de la région pour le travail réalisé. Il est à noter que ce personnel est connu et reconnu aux niveaux régional et provincial. Il participe entre autre à l'exécutif des tables régionale et nationale, à différents sous-comités du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) et à l'Association des infirmières en préventions des infections (AIFI) du Québec. Il travaille également en réseau depuis plusieurs années.

Tous se réfèrent aux lignes directrices émises par le MSSS, et utilisent les outils développés dans la région 03-12 concernant les pratiques de base et précautions additionnelles.

#### **a) Application des précautions additionnelles :**

De façon générale, dans l'ensemble des installations, l'intégration des pratiques de base et des mesures additionnelles est à poursuivre au quotidien lors des soins (ou à faire dans un établissement). En particulier, il a été noté dans deux installations que les affiches indiquant les isolements et les mesures de précautions à prendre étaient peu visibles, principalement dû à la grande quantité d'affiches de toutes sortes présentes sur les murs.

Concernant l'application des mesures de précaution, c'est la plupart du temps l'infirmière responsable du patient, avec souvent la collaboration de l'infirmière responsable de l'unité qui décide de les mettre en place, et ce dès la suspicion d'un cas, que ce soit à l'urgence ou sur l'étage. En cas de doute, l'infirmière en prévention est contactée. Dans tous les établissements, dès qu'un diagnostic de DACD est porté, un avis est transmis directement à l'infirmière en prévention des infections.

Les cas en attente de diagnostic ne sont pas signalés systématiquement à l'équipe de prévention. Par contre, quatre installations (soit deux établissements) ont des mécanismes leur permettant d'être en contact quotidien avec les différentes unités de l'hôpital (« présence terrain »), et donc de suivre régulièrement les nouveaux isolements, qu'ils soient confirmés ou non. Cela se fait soit par une rencontre quotidienne avec les chefs d'unité ou par une tournée des unités. Par contre, dans un autre établissement, les infirmières ne sont pas en contact régulier avec les unités et ne s'y rendent que sur demande.

#### **b) Matériel :**

Dans toutes les installations visitées, les petits instruments sont en quantité insuffisante pour l'installation adéquate des chambres d'isolement (crochets à la porte de la chambre, sacs à linge, matériel dédié, ...).

La gestion des déchets biologiques en cas de diarrhée est variable. En fonction des établissements, on retrouve soit des lave-bassines, des macérateurs à bassines jetables ou encore, ce qui est nouveau, des sacs hygiéniques avec matière absorbante pour recouvrir les bassines.

c) Cohorte de cas :

Une seule installation a établi des modalités afin de tenter de cohorter les patients atteints de DACD. Dans les autres, les isolements sont faits de façon dispersés dans l'hôpital. Dans ces situations, la priorité est mise afin de placer le patient dans une chambre privée. Une cohorte dans une chambre est envisagée à la condition que les patients soient environ au même stade de la maladie. Dans les cas extrêmes, un patient atteint pourrait se retrouver dans la même chambre qu'un autre non atteint, mais c'est exceptionnel. Il est arrivé dans toutes les installations qu'un lit soit fermé afin qu'une personne en isolement soit seule dans sa chambre.

d) Transferts des patients à l'intérieur de l'établissement :

Il existe un mécanisme dans la majorité des installations. Un contact par téléphone est fait directement avec le service qui doit recevoir le patient, ou une affichette est insérée sur le dossier du patient. Les préposés sont avisés des mesures à prendre. Un établissement demeure en élaboration d'un processus.

**4.2- Innovations intéressantes à souligner :**

Il nous apparaissait important de souligner les « bons coups » relevés lors de nos visites :

- ✓ Un projet d'infirmière pivot sur les unités dans un établissement.
- ✓ La reconnaissance de l'autorité fonctionnelle des infirmières en prévention des infections par la nomination de conseillères-cadres.
- ✓ L'essai du sac hygiénique.
- ✓ La création d'une station de lavage de mains pour le personnel dans une chambre d'une unité en fermant un lit et en facilitant l'accès pour le personnel.
- ✓ L'utilisation de thermomètres jetables remis au patient à son départ.
- ✓ L'intégration des pratiques entre les différents sites d'un même établissement.
- ✓ L'utilisation d'une garde-robe fermée, montée sur roulettes, à l'entrée des chambres en isolement.
- ✓ La participation de l'équipe en prévention des infections à une rencontre de gestion de lits, le matin, dans certaines installations.
- ✓ La tenue d'une rencontre mensuelle avec les assistantes des unités de soins et la circulation des comptes-rendus aux équipes de soins par la suite.

**4.3- Recommandations :**

- 1) Poursuivre l'intégration des pratiques de base dans la pratique des soins au quotidien.
- 2) Poursuivre la formation de tous les employés.

- 3) Fournir le matériel nécessaire à l'application des précautions additionnelles dans les cas d'isolement.
- 4) Favoriser la collaboration des services techniques, d'hygiène et salubrité, de prévention des infections et de soins infirmiers. Le travail en équipe de ces services semble une formule gagnante.
- 5) Augmenter au besoin la « présence terrain » des infirmières en prévention des infections. Valoriser la nécessité d'un contact régulier (quotidien) avec les unités des soins.

## **5. Hygiène et salubrité :**

### **5.1- CONSTATATIONS :**

De façon générale, les différents intervenants dans la lutte des infections nosocomiales au service d'hygiène et salubrité ont démontré un travail d'équipe et un désir sincère de contrer les infections. On ne dénote aucune problématique majeure qui demanderait une intervention externe. Toutefois, il a été noté que certaines urgences de la région devraient apporter une plus grande préoccupation dans le maintien de la propreté de leurs locaux.

#### **a) Appropriation des lignes directrices :**

Les organisations visitées ont pris connaissance des lignes directrices. Certains changements sont en cours comme l'augmentation des fréquences du nettoyage des salles de bains dans les urgences. Plusieurs autres changements sont en préparation et seront appuyés par l'arrivée des guides.

#### **b) Formation :**

Les établissements visités ont un plan défini pour l'accueil des nouveaux employés en hygiène et salubrité. La forme de ces plans varie quelque peu d'un établissement à un autre. Mais des points communs en ressortent. Les nouveaux employés sont rencontrés quelques heures par un responsable du service afin de les situer dans le contexte hospitalier. On y résume l'utilisation des produits et des équipements. Par la suite, les nouveaux employés vont sur les départements et sont parrainés par un employé régulier pour une durée qui varie d'un établissement à l'autre.

En ce qui concerne les employés déjà en poste, il y a certes des rencontres d'information ou de formation ponctuelles. Ces rencontres s'effectuent en collaboration avec le personnel des équipes de prévention. Par contre, il n'y pas de plans formels élaborés pour le personnel déjà en place.

#### **c) Encadrement :**

Dans l'ensemble, les établissements visités ont un taux d'encadrement en dessous des normes prescrites par les différents outils diagnostiques spécialisés dans le domaine. En effet, les cadres en hygiène salubrité en plus de gérer les activités en hygiène et salubrité, ont en plus la responsabilité de services additionnels comme la buanderie-lingerie.

#### **d) Équipements :**

Nous constatons une disparité au niveau des équipements de nettoyage dans les différents établissements visités. Dans certains établissements, on utilise l'outil de lavage à plat et pour les autres les vadrouilles traditionnelles servent pour la décontamination des chambres en isolement.

e) Produits de désinfection :

Les établissements utilisent du chlore pour les désinfections de *C. difficile* ce qui est recommandé dans les lignes directrices.

f) Procédures de désinfection :

Les services d'hygiène et salubrité de la région possèdent des procédures et des techniques de travail écrites. Elles sont claires et précises, toutefois certaines procédures dénotent des lacunes au niveau de l'ordre séquentiel des tâches à effectuer lors d'une désinfection d'une chambre en isolement.

g) Logiciel spécialisé :

La majorité des établissements de la région possède un outil informatique spécialisé qui les guide dans la gestion des activités. Nous remarquons un problème généralisé, l'outil demande beaucoup de temps pour le maintenir à jour. De plus, plusieurs possibilités d'exploitation du logiciel ne sont pas maximisées par manque de temps.

h) Zones grises :

Bien que la situation soit comparable à l'ensemble du réseau, nous devons souligner l'ambiguïté face à l'entretien de certains équipements dans toutes les installations.

i) Relations avec le programme de prévention des infections :

Nous avons noté une belle collaboration entre les équipes de prévention des infections et les équipes d'hygiène et salubrité durant nos visites.

Les responsables en hygiène et salubrité participent activement aux travaux des comités de prévention des infections.

j) Affichettes de précautions :

Les établissements possèdent et utilisent les différentes affichettes de précaution. Elles sont placées en vue à l'entrée des chambres en isolement. Nous avons remarqué dans certaines situations qu'elles sont enlevées par le personnel de soins infirmiers avant que la désinfection ne soit entièrement complétée. Ce qui crée une certaine confusion entre les différents intervenants.

## **5.2- RECOMMANDATIONS**

Les recommandations exprimées ci-dessous sont assujetties d'un droit de réserve relié à la production dans les prochains mois des guides émis par le MSSS pour le volet hygiène et salubrité des établissements de santé.

- 1) Maintenir les plans d'orientation pour le nouveau personnel. Cette démarche devrait intégrer une feuille de route qui permet de valider la formation reçue.

- 2) Mettre sur pied un plan de formation structuré pour le personnel déjà en cours d'emploi afin de remettre à jour leur niveau de connaissance tant pour les techniques conventionnelles que pour celles en prévention des infections.
- 3) S'il y a lieu, afin de bien se conformer aux recommandations dictées par les lignes directrices, nous suggérons aux directions des établissements de réviser à la hausse le taux d'encadrement des services d'hygiène et salubrité pour atteindre les ratios recommandés. Et ce, dans le but de supporter les équipes dans la nouvelle réalité en hygiène hospitalière.
- 4) Il nous apparaît important que les services d'hygiène et salubrité se dotent d'équipements de nouvelle génération (outils de lavage à plat) afin de se conformer aux nouvelles normes en lien avec les lignes directrices. Idéalement en quantité suffisante, ce qui permettrait de pouvoir dédier un équipement pour chaque chambre en isolement.
- 5) Procéder à la mise à jour des procédures de désinfection en tenant compte des recommandations à venir du guide des techniques de travail en y intégrant les notions de « Low touch » et « High touch ».
- 6) De plus, certains établissements utilisent une liste de contrôle (« check list ») des tâches à effectuer dans l'ordre séquentiel souhaité. Le préposé en hygiène et salubrité coche la tâche effectuée et s'assure ainsi que l'ensemble des tâches est effectué. Nous encourageons cette démarche qualité pour l'ensemble des établissements.
- 7) Nous recommandons que seul le personnel d'hygiène et salubrité ait la responsabilité d'enlever l'affichette lorsque la désinfection est terminée.

## **6. Immobilisations et Cadre physique :**

### **6.1- CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS :**

1) Tous les établissements visés auront complété les interventions sur le cadre physique au printemps 2007 (suite aux montants accordés en 2005 pour la mise à niveau des installations en regard des infections nosocomiales). Dans certains cas, les enveloppes budgétaires dédiées aux interventions immobilières n'ont pas été suffisantes.

Recommandation : Que le MSSS dédie une nouvelle enveloppe pour compléter les interventions sur le cadre physique telles que:

- o soupapes électroniques des toilettes;
- o soupapes électroniques des robinets;
- o éviers en alcôve avec robinetterie électronique;
- o macérateurs à bassines.

2) Plusieurs finis de murs, de plancher et de plafond sont désuets et impossibles à désinfecter (exemple : plafond en stuc et plancher à pastilles). Nous comprenons que les déficits accumulés sont importants, malgré les enveloppes allouées par le MSSS, pour le maintien des actifs.

Recommandation : Que les établissements apportent les corrections appropriées afin de résorber ce déficit et d'éliminer le plus de carences et de désuétudes. Les enveloppes pour le maintien des actifs, prévues par le MSSS, pour les années à venir, devraient être suffisantes pour aider les établissements à résorber ce déficit.

3) Les coupures budgétaires en immobilisation, lors des travaux de rénovation fonctionnelle, sont souvent faites au détriment de la prévention des infections.

Recommandation : Sensibiliser les mandataires en gestion de projet à l'importance de la lutte aux infections nosocomiales. Renforcer le lien de communication et de collaboration entre les équipes de prévention, de soins, d'hygiène et salubrité et des services techniques, à toutes les étapes d'un projet de construction. Cette intégration doit être opérationnelle autant pour les projets centralisés que pour les projets décentralisés.

4) On retrouve des stations de lavage des mains dans la majorité des principales entrées des installations visitées. Elles sont en général peu visibles, peu attirantes et noyées dans un flot d'informations.

Recommandation : Les stations de lavage des mains, dans les principales entrées, doivent être plus visibles et plus attirantes. Prévoir l'espace pour un éventuel bénéficiaire (aux heures de pointe). De plus, il serait pertinent de doubler les distributeurs pour éviter de manquer de solution antiseptique. Plusieurs autres stratégies architecturales seraient bénéfiques afin d'augmenter la visibilité de ce secteur en tout temps (par exemple : éclairage).

5) Dans certaines installations, l'entrée de soirée/nuit, après 21H00, se fait par le garage des ambulances. On n'y retrouve pas de station de lavage des mains.

Recommandation : Prévoir des stations de lavage des mains dans toutes les entrées, y compris celles qui servent de nuit.

6) Dans certaines salles d'attente (ex : urgence), les patients potentiellement contaminés qui doivent appliquer l'étiquette respiratoire ne sont pas isolés des autres patients.

Recommandation : Dans les salles d'attente, susceptibles de recevoir des patients potentiellement contaminés (ex : urgence), prévoir deux zones, dont l'une pour les patients qui doivent appliquer l'étiquette respiratoire. Positionner ce secteur de façon à éviter que la circulation des patients non contaminés croise le secteur contaminé.

7) Le personnel, les patients et les visiteurs circulent avec des bottes souillées et des manteaux à l'intérieur des secteurs où l'on retrouve des patients contaminés. Dans ces conditions, les espaces logeant les patients en isolement sont difficiles à entretenir surtout en hiver.

Recommandation : Penser à des vestiaires aux entrées principales, pour que les visiteurs déposent leurs bottes souillées et leurs manteaux à l'extérieur des unités de soins.

8) Les employés circulent à l'extérieur avec leurs vêtements de travail.

Recommandation : Penser à des incitatifs pour que les employés ne revêtent pas leurs vêtements de travail avant de se rendre à l'extérieur.

9) Les affichettes sur la prévention des infections sont installées à côté de plusieurs affiches de différentes natures et sont de ce fait moins lisibles.

Recommandation : Les isoler et cibler un endroit stratégique.

10) Toutes les installations visitées « ont ou auront » une chambre en isolement respiratoire (CIR) dans les unités d'urgence. Par contre, certaines n'ont pas de chambres en isolement respiratoire conformes dans les unités de soins.

Recommandation : Que le MSSS dédie une nouvelle enveloppe budgétaire (non récurrente), pour ajouter des chambres d'isolement respiratoire aux unités de soins susceptibles d'héberger des patients contaminés et afin de limiter la propagation des maladies nosocomiales.

11) Certains établissements ont des chambres dispersées dans différents secteurs pour isoler des patients.

Recommandation : Planifier un éventuel cohortage de chambres pour créer un secteur en isolement lorsque requis (ex. : les panneaux de plexiglas de l'Hôpital Saint-François d'Assise ou l'utilisation de garde-robes mobiles comme frontière).

12) Les chambres à quatre lits qui jouxtent les chambres à deux lits avec une toilette commune sont un facteur aggravant qui ne facilite pas la prévention des infections. De plus, dans plusieurs unités de soins, les salles de toilettes publiques sont inexistantes.

Recommandation : Viser 50% de chambres à un seul lit. Éliminer les chambres à quatre lits.

13) Les chantiers de construction, réalisés à l'interne et à l'externe, ne respectent pas les consignes de prévention des infections lors des travaux. Nous avons croisé, au cours de nos visites :

- des chariots de construction sales couverts de débris;
- un chantier de peinture non cloisonné;
- des matériaux de construction dans les corridors publics.

Recommandation : Établir des protocoles de respect des mesures de prévention des infections lors de chantier de construction ou de rénovation, et ce quel qu'en soit l'ampleur. Assurer un mécanisme de suivi de l'application de ces mesures.

14) Le logiciel de gestion d'entretien n'est pas toujours à niveau en regard, notamment, de la configuration des espaces qui ont subi des travaux.

Recommandation : Mettre à niveau et si possible, harmoniser le logiciel de gestion d'entretien avec celui de gestion de projet pour que les plans des locaux soient mis à jour (autocad).

15) L'intégration des équipes d'immobilisation, de clinique, de technique et d'entretien en hygiène et salubrité est en général bonne.

Recommandation : Elle pourrait être renforcée par des rencontres régulières afin d'**inculquer** la culture de prévention des infections. Renforcer le lien de communication et de collaboration entre les équipes de prévention, de soins, d'hygiène et salubrité et des services techniques.

16) Les choix concernant les mesures sur le cadre physique varient considérablement d'un établissement à un autre et parfois, dans le même établissement. Certains choix, effectués par les services techniques, ne sont pas appréciés par les équipes de prévention des infections, de soins ou d'hygiène et salubrité.

Recommandation : Une évaluation sur le cadre physique, en lien avec les besoins en prévention des infections, en hygiène et salubrité et dans les unités de soins, doit se faire à toutes les étapes de la réalisation d'un projet : planification, programmation, construction et mise en opération et post-occupation. Elle est également bénéfique pour toutes les échelles de projets : de la conception/réalisation d'une alcôve, en passant par le choix des robinets à déclenchement automatique jusqu'à la construction des aires de décontamination et chambres d'isolement respiratoire. L'évaluation des processus et des lieux physiques permettrait :

- d'améliorer les choix de matériaux en regard, entre autres, de la résistance aux produits d'entretien;

- de planifier et construire des milieux conformes aux besoins de la prévention des infections;
- d'évaluer les processus de réalisation des projets (tel que l'élaboration des PFT);
- d'évaluer certains choix, tels que les macérateurs versus les sacs couvre-bassines ou comme le choix des types de robinetterie à déclenchement électronique sans contact.

Plusieurs observations obtenues pourraient être évaluées plus en profondeur, notamment la distance et la qualité de parcours pour les usagers vers les lavabos, la localisation et la disposition des alcôves dans les corridors, la conception des salles de toilettes, la position des éviers dans les chambres, les salles d'attente avec secteurs isolés pour les patients qui doivent appliquer l'étiquette respiratoire et les vestiaires pour visiteurs. En somme, les connaissances sur le cadre physique, en lien avec les besoins en prévention des infections, d'hygiène et salubrité, enrichies continuellement par un processus rigoureux d'évaluation, seraient bénéfiques pour l'ensemble des projets de planification et de programmation des hôpitaux.

## **7. Autres aspects pertinents :**

### **7.1 UNITÉS DE DÉBORDEMENT :**

Au cours des semaines précédant nos visites, un groupe a été mandaté par le MSSS afin d'effectuer une tournée d'évaluation des unités de débordement des urgences des hôpitaux. Toutefois, les notions de prévention des infections ne faisaient pas partie des éléments analysés par cette équipe.

Nous avons donc intégré dans nos visites d'appréciation, l'évaluation de l'application des mesures de prévention des infections nosocomiales dans les unités de débordement des urgences des établissements visités.

#### **a) Constatations :**

Ces unités ne sont pas permanentes. Elles ne sont « ouvertes » que de façon sporadique en fonction des demandes. Les patients qu'on y retrouve ont des pathologies variées, et la présence d'infections transmissibles n'y est pas exceptionnelle.

Les installations n'ont pas toutes une unité de débordement. Leur présence est reliée directement au taux d'activité à l'urgence ainsi qu'au nombre de lits d'hospitalisation disponible. Parmi les établissements visités, un seul avait une unité où plusieurs civières étaient réparties dans une même salle, avec seulement des rideaux séparateurs entre elles. Les cas connus porteurs de microbes ou d'infections transmissibles n'y sont pas transférés. On préconise pour eux une civière en isolement. Toutefois, il n'est pas exclu qu'un cas non diagnostiqué (parce que ne présentant pas de symptômes à son arrivée ou pour une autre raison), y soit admis. L'application des mesures de prévention est alors plus difficile en raison de l'organisation des lieux et de la promiscuité des patients.

Les autres installations ont décidé d'utiliser une unité de l'hôpital qui a été fermée. Les patients se retrouvent donc dans des chambres régulières et sont habituellement au maximum deux par chambre. L'application des mesures de prévention des infections se fait alors de la même façon que partout ailleurs dans l'hôpital. Cependant, il est à noter que dans une installation il est prévu à courte échéance de placer ces patients sur une unité où se retrouveront également des personnes âgées admises de façon temporaire. Il est prévu que les deux clientèles soient mélangées sur l'unité.

#### **b) Recommandations :**

- 1) Favoriser l'utilisation d'unités ou d'étages fermés afin de créer les unités de débordement des urgences.
- 2) Évaluer, par le service de prévention des infections, que l'emplacement choisi pour recevoir ces patients ne mette pas à risque les autres patients hospitalisés, particulièrement ceux des clientèles vulnérables.

## **8. Conclusion :**

En conformité avec le mandat confié par le MSSS et avec la participation exceptionnelle des CHSGS, l'Agence et sa direction de santé publique ont pu réaliser les visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, ainsi que la production d'un rapport régional complet, selon les échéanciers demandés et ce malgré la période des Fêtes. Cet exercice intense et porteur au-delà du mandat donné nous aura permis de consolider une collaboration déjà très soutenue avec les acteurs hospitaliers impliqués dans le dossier de la prévention des infections et de mieux connaître les autres secteurs associés à cette problématique soit les services d'hygiène et salubrité ainsi que les responsables des immobilisations, dont l'expertise et la collaboration sont essentielles.

Cependant et malgré tous ces efforts conjoints, beaucoup de travail reste à faire, mais nous croyons que dans la région de la Capitale–Nationale, la table est mise pour continuer à progresser dans une approche intégrée et nécessaire dans la lutte aux infections nosocomiales. À cet égard, la production des rapports locaux, par sites, sera un bon guide quant aux choix prioritaires à faire. La vétusté de certains de nos sites et les contraintes architecturales demeureront tout de même un défi considérable, si des investissements financiers importants ne sont pas consentis. Nous ne pouvons que souligner les efforts constants et l'imagination démontrés par le personnel en CPI et les équipes locales pour contourner ces contraintes souvent majeures.

Outres les recommandations énoncées précédemment, les points suivants guideront globalement nos actions :

- Mise en place d'audit post visite en collaboration avec les CHSGS;
- Poursuite de la participation aux différents programmes de surveillance provinciaux;
- Développement d'une collaboration avec les équipes d'immobilisation pour intensifier les préoccupations en prévention des infections;
- Mise en place des recommandations à venir concernant les aspects d'hygiène et salubrité;
- Mise en place des programmes de surveillance des antibiotiques en fonction des guides ministériels produits;

En conclusion, ces visites n'auraient pu être si productives sans l'engagement de toutes les directions d'établissement, des cadres impliqués et des équipes de prévention des infections. À nouveau, nous les remercions tous et toutes tant pour cette opération spécifique que pour leur collaboration habituelle.

Dr François Desbiens, Directeur  
Direction régionale de santé publique,  
Agence de la santé et des services sociaux  
de la Capitale-Nationale.

## **Annexe 1 Liste des personnes rencontrées lors des visites des centres hospitaliers.**

### **Hôpital Laval**

- M. Michel Delamarre, directeur général;
- Mme Danielle Goulet, conseillère-cadre en prévention des infections et responsable du programme de prévention et contrôle des infections;
- Dr. Michel Lemieux, directeur des services professionnels;
- M. Mike Penney, chef du Service d'entretien sanitaire, lingerie et transports;
- Mme Suzanne Petit, directrices des soins infirmiers;
- M. Denis Potvin, directeur des services techniques;
- Mme Danielle Rodrigue, adjointe à la direction des soins infirmiers secteur clinique, enseignement et recherche en soins infirmiers.

### **Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (Hôpital Enfant-Jésus et Saint-Sacrement)**

- Mme Fanny Beaulieu, infirmière en prévention et contrôle des infections;
- M. Karl Chouinard, responsable du service d'hygiène et salubrité
- M. Jacques Émond, directeur des soins infirmiers;
- M. Jean-Denis Gagnon, directeur des services techniques;
- Dre. Marie Girard, directrice générale;
- Mme Lucie Grenier, Directrice générale adjointe aux affaires cliniques;
- Mme Jasmine Martineau, adjointe clinique au directeur des services professionnels;
- Dr. Alain Paradis, microbiologiste-infectiologue, responsable du service de microbiologie-infectiologie;
- Dr. Pierre Rollin, directeur des services professionnels;
- Dre. Marie-Claude Roy, microbiologiste-infectiologue, responsable du service de prévention des infections;
- M. Pierre-André Tremblay,
- M. Réjean Tremblay, , responsable du service d'hygiène et salubrité

**Centre hospitalier universitaire de Québec (Hôtel-Dieu, Saint-François d'Assise et centre hospitalier de l'Université Laval)**

- Mme Lyne Bédard, conseillère-cadre en prévention et contrôle des infections à l'Hôpital Saint-François d'Assise;
- Mme Gertrude Bourdon, directrice des soins infirmiers et directrice adjointe;
- Mme Danielle Émond;
- Mme Dolorès Lepage Savary;
- M. Denis Lavoie;
- Mme Myrance Mailhot, conseillère-cadre en prévention et contrôle des infections de l'Hôtel-Dieu de Québec et coordinatrice du service de prévention des infections du CHUQ;
- M. Gervais Pelletier, Chef de service en hygiène et salubrité du CHUL;
- Dr. Pierre-F. Roberge, directeur des services professionnels par intérim;
- M. René Rouleau, directeur général du CHUQ;
- Dre Hélène Senay, microbiologiste-infectiologue, responsable de la prévention des infections au CHUL et présidente du comité de prévention des infections du CHUQ;
- Dr Pierre St-Hilaire, coordonnateur des services d'hôtellerie;
- Dre Claude Tremblay, microbiologiste-infectiologue, responsable de la prévention des infections à l'Hôtel-Dieu de Québec;
- Mme Bernice Vigneault
- Mme Julie Vigneault, conseillère-cadre en prévention et contrôle des infections du CHUL.

**Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix (Hôpital de Baie Saint-Paul et Hôpital de La Malbaie)**

- Mme Caroline Beaudoin, directrice des soins infirmiers;
- Mme Noémie Boulianne, chef des services techniques secteur Est (La Malbaie);
- Mme Carole Dumont, directrice générale adjointe;
- M. Sébastien Gaudreault, coordonnateur clinique, infirmier responsable de la prévention des infections secteur Ouest (Baie Saint-Paul);
- M. Louis-Paul Gauvin, directeur des services techniques;
- M. Claude Lévesque, directeur général;
- Mme Louise Préfontaine, chef des services buanderie-lingerie et entretien sanitaire, secteur Ouest (Baie Saint-Paul);
- Mme Madeleine Rodrigue, adjointe à la direction des soins infirmiers;
- M. Éric Villeneuve, coordonnateur clinique, infirmier responsable de la prévention des infections secteur Est (La Malbaie).