

Programme de formation en ligne en prévention et contrôle des infections dans les établissements de santé 2017-2018

Questions/réponses formation : Programme québécois de soins sécuritaires, 1^{re} partie

1. **Question :** Quelle est la plus-value de faire des audits sur 3 quarts de travail? Lorsque les équipes de soins nous voient de soir et de nuit, elles savent pourquoi on est là donc ça fausse possiblement les résultats et les résultats de soir et de nuit ne sont pas meilleurs que de jour...

Réponse :

Pour avoir des résultats les plus représentatifs possible. Souvent les équipes de soir et nuit sont plus jeunes et vu que les gestionnaires et équipes de PCI sont absents, l'hygiène des mains peut être négligé. Cela vaut la peine d'aller faire des observations sur ces quarts de travail, ne serait-ce que pour leur faire de l'enseignement et promouvoir la pratique de l'hygiène des mains.

2. **Question:** Est-ce que c'est une bonne méthode de faire les audits chaque jour de façon continue lors des tournées?

Réponse :

Oui c'est la méthode idéale, car elle permet de ramasser un peu d'observations chaque jour. Ceci permet ainsi d'obtenir au bout de l'année, un portrait réaliste de la pratique de l'hygiène des mains dans l'établissement étant donné qu'un bon nombre d'observations auront été compilées à chacune des périodes.

3. **Question :** Sur les unités où les quarts de travail sont 12 heures, est-ce que nous devons faire le même nombre d'observations?

Réponse :

Oui les observations sont en fonction des types d'unités (courte durée vs longue durée) et du niveau d'activité qui s'y déroule. Il faut éviter d'observer la même personne durant plus de 4 indications.

4. **Question :** Par unités régulières, cela exclut la pédiatrie, l'obstétrique et l'UNN qui sont des unités spécialisées ?

Réponse :

On entend les unités où des soins courants sont donnés et où il est facile d'observer la pratique de l'hygiène des mains. La pédiatrie peut être incluse ainsi que l'UNN. Cela peut être plus difficile à réaliser en obstétrique, car les soins se donnent à porte fermée. Les unités de psychiatrie sont exclues.

5. **Question :** Pour les CHSLD, les audits sont pour les 100 lits et plus ou tous les CHSLD?

Réponse :

Le MSSS compile uniquement les CHSLD de plus de 100 lits dans Gestred. Cependant, il est recommandé d'en effectuer sur toutes les unités de CHSLD.

6. **Question :** Avec la cohabitation sur les unités d'obstétrique, les portes de chambre sont gardées fermées, il devient presque impossible de faire les audits sur ces unités, car nous dénombrons que ce qu'on observe.

Réponse :

En effet, nous ne pouvons pas compiler les indications que nous ne voyons pas. On peut tout de même évaluer l'HDM via un sondage auprès des usagers ou une auto-évaluation par les paires.

7. **Question :** Bien que le MSSS ne le recommande pas encore, est-il prévu de calculer le temps de friction lors de l'hygiène des mains?

Réponse :

Pas dans un premier temps. Ils veulent d'abord s'assurer que les gens adoptent le comportement de l'hygiène des mains. La technique n'est pas encore priorisée. Cependant, rien ne vous empêche de l'observer dans votre établissement et d'établir des barèmes d'observation.

8. **Question :** Pour les observations d'hygiène des mains, lorsqu'une unité a un max de 5 lits, 3 infirmières qui y travaillent, il est difficile d'avoir des observations. Devrait-il y avoir un nombre minimum de lits pour effectuer des observations?

Réponse :

Pour l'instant il n'y a pas mention d'un nombre minimal de lits. Ce sera à vous d'ajuster le nombre d'observations en conséquence, soit d'en faire moins longtemps, mais plus fréquemment.

9. **Question :** Vous recommandez d'effectuer des séances d'audits de 15-30 min par unité. Il est difficile d'effectuer des séances d'audits lors de nos tournées.

Réponse :

Vous pouvez en effectuer durant moins longtemps et plus fréquemment ainsi qu'à d'autres moments que vos tournées.

10. **Question :** Donc, je comprends que dans la même période d'observations, on peut noter jusqu'à 4 fois la même personne?

Réponse :

Oui c'est cela, si vous la voyez réaliser 4 indications. Nous observons les indications et non les personnes.

11. **Question :** Le MSSS veut des données pour l'hygiène des mains par titre d'emploi, mais pour un CH, par unité c'est plus représentatif, donc difficile d'effectuer des séances d'audits de 15-30 min chaque jour par unité pendant notre tournée.

Réponse :

Voir réponse question 9.

12. **Question :** Suite aux résultats des audits d'hygiène des mains et recommandations émises, avez-vous des outils afin d'augmenter le taux de compliance, car pour la plupart des conseillères en PCI, nous avons l'impression de donner un coup d'épée dans l'eau, car nous ne cessons de donner de la formation aux employés sans résultat.

Réponse :

Pour l'instant le MSSS veut obtenir un portrait de la pratique de l'hygiène des mains. Pour des moyens, je vous encourage à consulter la littérature, dont les lignes directrices de l'OMS sur l'hygiène des mains. On y retrouve des pratiques exemplaires pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains. La diffusion des résultats est très importante ainsi qu'une rétroaction aux équipes. Les audits fréquents permettent aussi de sensibiliser les travailleurs de la santé à l'HDM et augmenter les taux d'HDM.

13. **Question :** Est-ce que dans le Guide Hygiène et autres mesures de BMR, il est clairement indiqué que les séances d'audits sur l'HDM devront être fait par les chefs d'unités et pas nécessairement par PCI?

Réponse :

Non. Les audits par les chefs d'unités ou les pairs sont une bonne chose pour responsabiliser les gens et favoriser l'imputabilité des gestionnaires et équipes. Cependant, les données recueillies peuvent être biaisées par la désirabilité sociale.

14. **Question :** La PCI observe, documente, mais l'enseignement des bonnes pratiques ne revient pas à la PCI, il s'agit de bonnes pratiques de soins = conseillères en soins infirmiers pas la PCI, non?

Réponse :

Les conseillères en PCI et les médecins officiers en PCI peuvent collaborer à leur enseignement à cause de leur expertise dans le processus infectieux ainsi que dans les méthodes et processus pour prévenir la transmission des infections.

15. **Question :** Certains professionnels n'exercent pas leur travail à même leur département, le rôle revient à qui de les observer dans ce cas? Est-ce le chef d'unité où le professionnel voit ses patients, mais à qui n'appartient pas le professionnel? Par exemple, les inhalothérapeutes.

Réponse :

Lorsque l'on réalise les audits sur une unité de soins, il faut observer tous les intervenants qui y gravitent. Les résultats peuvent être diffusés aux chefs concernés, par unité, par catégories de personnel ou pour l'ensemble de l'établissement. Si c'est le chef qui réalise les audits, il peut se concentrer sur son personnel.

16. **Question :** Nous avons reçu un document à l'automne, mais va-t-on recevoir un nouveau document?

Réponse :

Une mise à jour des documents est en cours. Ils seront déposés suite à leur adoption sur le site Web de l'INSPQ dans la rubrique « Programme québécois des soins sécuritaires » : <https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales>

17. **Question :** Est-ce que le PQSS sera présenté à d'autres professionnels que la PCI... comme H&S, les cadres, les conseillères en soins? Puisque ce n'est pas à la PCI d'en être le leader, il faudrait que d'autres personnes se sentent concernées. La PCI sait l'importance des bonnes pratiques, mais il faudrait que les autres gens des installations le sachent aussi. Excellente réflexion, il faut sensibiliser et informer les autres acteurs importants du dossier.

Réponse :

Oui. D'ailleurs la formation d'aujourd'hui était offerte à d'autres secteurs d'activité.

18. **Question :** Nous aimerions savoir qui devrait être le principal leader dans les différents dossiers?

Réponse :

Je ne peux vous en dire davantage pour l'instant, mais selon la nouvelle vision du MSSS, ce ne sera pas l'équipe de PCI qui sera leader du programme québécois des soins sécuritaires. Le service de PCI est un collaborateur au dossier.

19. **Question :** Est-ce que nous pouvons considérer les systèmes avec valve anti-reflux.

Réponse :

Oui, mais il est important de choisir les connecteurs avec le moins d'espace mort possible, soit un canal droit à l'intérieur et avec une membrane préendue « split septum ». Il est important de bien désinfecter le port d'accès, suffisamment longtemps de manière à ce que toutes les surfaces du dispositif soient en contact avec le produit désinfectant.

Questions du webinaire :

Question 1

Combien de types d'infections sont visées par le Programme québécois des soins sécuritaires?

- a) 3 infections nosocomiales et 2 infections communautaires
- b) 6 infections nosocomiales**
- c) 3 éclosions et 3 infections nosocomiales
- d) 4 infections nosocomiales

Justification :

6 stratégies pour prévenir les 6 infections nosocomiales suivantes :

- Les bactéries multirésistantes aux antibiotiques.
- Les bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux.
- Les infections des voies urinaires associées aux cathéters.
- Les bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse.
- Les pneumonies acquises sous ventilation mécanique.
- Les infections du site opératoire.

Question 2

Sur une unité de courte durée quel est le nombre minimal d'indications d'hygiène des mains qui doivent être observées par séance d'audit?

- a) 20 observations
- b) 30 observations**
- c) 35 observations
- d) 50 observations

Justification :

Particularités pour les installations de soins généraux et spécialisés (CHSGS):

- Effectuer les audits à l'urgence, les unités régulières de soins et les soins intensifs.
- Recueillir un minimum de 30 observations par séance d'audits, répété de 4 à 6 fois par année. Total annuel de 120 à 180 observations/unité de soins.
- Observer les infirmières et les infirmières auxiliaires, les médecins et les préposés aux bénéficiaires.
- Répartir les séances d'observations sur les 3 quarts :
 - Ex : de 50 % de jour, de 25 à 30 % de soir et de 20 à 25 % de nuit

Question 3

Durant combien de temps doit-on frictionner le port d'accès de la tubulure avant d'y administrer une médication?

- 10 secondes
- 20 secondes
- 25 secondes
- 30 secondes
- **Aucune de ces réponses**

Justification :

Pour l'accès aseptique aux lumières du cathéter:

- La littérature ne fait pas consensus sur la durée de la friction du port d'accès. Nous mentionnons alors de le faire suffisamment longtemps de manière à s'assurer que toutes les surfaces du dispositif soient en contact avec l'antiseptique.

Question 4

Le cathéter urinaire doit être remplacé de façon routinière aux 2-3 semaines?

- a) Vrai
- b) Faux**

Justification :

Changer le cathéter et le système de drainage selon des indications cliniques au lieu de le faire de façon routinière (éviter de dépasser 4 semaines pour les cathéters de latex et 3 mois pour les cathéters de silicone).