

Mesure et surveillance des infections associées aux soins de santé : collaboration canadienne pour mieux comprendre l'ampleur du problème

Anne MacLaurin, Kanchana Amaratunga, Chantal Couris, Charles Frenette, Riccarda Galioto, Gerry Hansen, Jennifer Happe, Kim Neudorf, Linda Pelude, Caroline Quach et Suzanne Rhodenizer Rose

Résumé

Jamais un patient ne devrait avoir à craindre une infection pendant son séjour à l'hôpital. Pourtant, chaque année, de nombreux Canadiens hospitalisés contractent une infection pendant leur séjour et il y a un accroissement des taux de morbidité et de mortalité en raison de telles infections (PHAC 2019b).

La mesure et la surveillance des infections associées aux soins de santé (IASS) fournissent des données essentielles pour mieux comprendre l'ampleur du problème. Au Canada, il y a incohérence entre l'utilisation des normes de définitions de cas et les pratiques de surveillance des IASS. En raison de cette incohérence, il est difficile de prévoir des points de repère et des cibles pour aider à réduire le taux d'IASS dans les hôpitaux canadiens.

Introduction

Les infections associées aux soins de santé (IASS), ou infections contractées dans un établissement de santé, constituent l'effet indésirable le plus fréquemment rapporté dans le monde. Chaque année, des centaines de millions de patients contractent une IASS, ce qui entraîne un fort taux de morbidité et de mortalité ainsi que des coûts pour les systèmes de santé (WHO s. d.).

Les IASS représentent une proportion importante des incidents liés à la sécurité des patients au Canada. Chaque année, on estime que 220 000 patients (environ un sur neuf)

développent une infection durant leur séjour à l'hôpital. À cela s'ajoute le fait que de nombreuses IASS sont causées par des organismes résistants aux antimicrobiens (ORA), ce qui complique les traitements. Bien que des progrès aient été réalisés pour prévenir et maîtriser les IASS liés aux ORA, il reste encore beaucoup à faire. À l'échelle mondiale et au Canada, les mesures prises pour atténuer la résistance aux antimicrobiens (RAM) sont relativement limitées. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) estime qu'environ 2 % des patients admis dans les grands hôpitaux universitaires canadiens contractent une infection par un ORA au cours de leur séjour (Mitchell et coll. 2019) et qu'à tout moment, de 3 à 10 % des patients hospitalisés au Canada seront soit infectés, soit porteurs d'un ORA (Martin et coll. 2019).

Cependant, il est important de noter que les statistiques citées ci-dessus se basent sur des données recueillies auprès d'échantillons de commodité dans des hôpitaux de soins de courte durée au Canada. Il est difficile de déterminer au pays l'ampleur des IASS et des ORA en raison d'une incohérence entre les définitions, les mesures et la déclaration des IASS.

Défis liés à la mesure et à la surveillance

La première étape pour une prévention et un contrôle efficaces des IASS consiste à déterminer l'étendue du problème. La surveillance comprend « la collecte, l'analyse et l'interprétation

systématiques des données sur la santé, de pair avec la diffusion de ces données en temps opportun à ceux qui doivent savoir » (Centers for Disease Control 1986). Le renforcement de la surveillance est essentiel car elle sert à informer les stratégies, à suivre l'efficacité des interventions et à détecter les tendances et les nouvelles menaces (WHO 2014).

Ce ne sont pas tous les hôpitaux de soins de courte durée qui participent au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), ce qui rend difficile les points de comparaison, l'établissement de taux nationaux, l'établissement d'objectifs de réduction des taux d'IASS ou la comparaison des interventions visant à les réduire. Ce problème est encore plus accentué dans les établissements de soins de longue durée (SLD), où il n'y a pas de surveillance de routine nationale quant aux IASS. L'approche utilisée pour définir, détecter et mesurer les IASS dans les provinces et territoires du Canada est incohérente. Plus précisément, les définitions de cas et les protocoles relatifs aux IASS varient d'une province à l'autre, ce qui entraîne une différence des numérateurs et des dénominateurs (Xia et coll. 2019). Par exemple, un rapport de 2016 sur la prévention et le contrôle des infections à l'Île-du-Prince-Édouard précise qu'il ne compare pas les taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) (colonisation/infection) ou d'infection à *Clostridium difficile* à ceux des autres provinces en raison de la diversité des méthodes de collecte de données (Health PEI 2017). L'Annexe 1 (disponible sur : <https://www.longwoods.com/content/26040>) présente des extraits de protocoles de surveillance du SARM pour illustrer les incohérences dans la définition du numérateur (cas de SARM) et du dénominateur (population incluse dans l'étude) entre deux provinces et un territoire.

Pour réduire les écarts et les incohérences dans l'évaluation des IASS et des ORA, il faut intégrer et coordonner les multiples systèmes de surveillance au pays. Disposer d'un système d'information intégré pour la saisie, la collecte et la communication des données permet un retour d'information et une analyse en temps réel. Il est essentiel que les établissements de santé utilisent des définitions, des protocoles et des méthodologies de surveillance normalisés pour permettre la comparaison des taux d'IASS et d'ORA entre les provinces et les territoires, pour permettre l'établissement de points de référence nationaux ainsi que la fixation d'objectifs de réduction à partir de données fournies par des établissements similaires. Il est possible de constater l'avantage des mesures et des interventions, si la surveillance des résultats s'effectue parallèlement à une surveillance des processus.

Les résultats de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) témoignent du succès de la mise en place d'une surveillance à l'échelle de la province. L'INSPQ, créé en 1998, a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements de santé et de services

sociaux dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponible une expertise et des services spécialisés de laboratoire et de dépistage. Un rapport de l'INSPQ indique que le taux de bactériémies nosocomiales à SARM déclaré dans 89 établissements de santé au Québec a régulièrement diminué, passant de 0,29 par 10 000 jours-présence en 2012–2013 à 0,14 par 10 000 jours-présence en 2016–2017 (INSPQ 2017a). De même, l'incidence des diarrhées à *C. difficile* associées aux soins de santé a diminué pendant trois années consécutives dans 95 établissements de santé (INSPQ 2017b).

Normalisation des mesures et de la surveillance des IASS au Canada

En novembre 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et l'ASPC ont organisé un sommet national sur la prévention et le contrôle des infections. Plus de 40 participants se sont réunis dans le but de faire progresser les pratiques de prévention et de contrôle des infections et de réduire les IASS au Canada. Les intervenants, notamment les représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, ont convenu qu'il était urgent d'assurer la cohérence des mesures et la surveillance des IASS afin de réduire l'incidence et le fardeau des infections évitables (CPSI 2015). Un plan d'action a été créé et des partenariats de collaboration ont été développés pour améliorer l'uniformité des pratiques de surveillance dans les établissements de soins de courte durée et de longue durée au pays. Le plan présente les actions suivantes :

- Normalisation des définitions en matière de surveillance des IASS, tant dans les soins de courte durée que les SLD
- Adoption et application à grande échelle de ces définitions partout au Canada
- Mise en place d'un dépôt pancanadien de données pour collecter, analyser et rapporter les IASS (CPSI 2015)

Progression du plan d'action national quant à la normalisation des définitions en matière de surveillance des IASS

Normalisation des définitions en matière de surveillance des IASS

Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada), l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada) et l'ICSP ont mis sur pied un comité chargé d'établir et de mettre en œuvre des définitions normalisées pour la surveillance des IASS dans les soins de courte durée et les SLD. L'adoption et l'application de ces définitions pancanadiennes auront une incidence sur la manière de définir, de mesurer et de signaler les IASS et devraient en définitive contribuer à en réduire l'incidence. Ces organismes collaborent actuellement avec le PCSIN, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'ASPC afin d'identifier les options pour

la collecte, l'analyse et la déclaration des IASS et de la RAM à l'échelle canadienne.

Soins de courte durée

Tous les établissements de soins de courte durée au Canada devraient adopter les définitions du PCSIN pour la surveillance des IASS. Le PCSIN est une collaboration entre le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers, un sous-comité d'AMMI Canada et l'ASPC. Un des objectifs du PCSIN est de faire connaître les taux et les tendances des IASS (y compris les ORA) dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada, permettant ainsi la comparaison des taux (points de repère) et l'accès à des données pouvant servir à l'élaboration de lignes directrices et de politiques nationales pour les IASS et les ORA. Actuellement, 73 hôpitaux sentinelles répartis dans 10 provinces et un territoire font partie du PCSIN.

Créé en 1994, le PCSIN produit chaque année des définitions pour la surveillance dans les soins de courte durée, mais les hôpitaux canadiens de soins de courte durée n'utilisent pas tous ces définitions. Afin de promouvoir l'utilisation pancanadienne des définitions du PCSIN, PCI Canada a dirigé un sous-comité afin d'identifier les obstacles à l'utilisation des définitions du PCSIN dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada. Les définitions du PCSIN ont été distribuées aux membres de PCI et une table ronde a été organisée par les membres du sous-comité. Les participants à cette table ronde étaient des membres du groupe d'intérêt de la surveillance et de l'épidémiologie appliquée réunis par PCI. Y étaient présents des épidémiologistes et des praticiens de première ligne qui œuvrent dans le contrôle des infections. Certains participants étaient affiliés aux hôpitaux du PCSIN, mais la plupart ne l'étaient pas. La table ronde a aidé à identifier les problèmes suivants :

- *Les participants aux tables rondes croyaient que les protocoles n'étaient accessibles qu'aux hôpitaux participant au PCSIN.* Depuis lors, le PCSIN collabore avec PCI Canada, AMMI Canada et l'ICSP pour s'assurer que les protocoles soient affichés et mis à la disposition du public.
- *La participation au PCSIN est limitée.* La participation au PCSIN est actuellement limitée par le financement dédié au programme. Par conséquent, certains hôpitaux qui avaient demandé à participer n'ont pas pu le faire faute de fonds suffisants. Afin d'améliorer la représentativité, le PCSIN a recruté de nouveaux hôpitaux de soins de courte durée pour participer au réseau.
- *Les protocoles ne sont pas clairs ou manquent de détails à certains endroits.* Certains hôpitaux qui ne participent pas au PCSIN ont signalé avoir tenté de suivre les définitions mais ont trouvé que certains détails n'étaient pas clairs, tels que les échéanciers (heures ou jours civils) et l'attribution des infections (associés aux hôpitaux ou

aux soins de santé). Dans ce type de situation, les hôpitaux se tournent vers d'autres définitions de cas pour remédier aux lacunes perçues, ce qui crée un risque d'écart par rapport à la définition et aux protocoles d'origine.

- *Les hôpitaux qui ne participent pas au PCSIN n'ont pas l'infrastructure nécessaire pour utiliser les définitions du PCSIN.* Les établissements hors du PCSIN doivent créer leur propre base de données pour colliger et assurer le suivi des données de surveillance. Si les définitions de surveillance changent, l'information recueillie dans la base de données doit aussi changer. Il n'est pas toujours facile de mettre à jour les bases de données électroniques locales en fonction des critères du PCSIN.
- *Le délai entre la publication des protocoles et la mise en œuvre prévue est trop court.* Les protocoles du PCSIN sont publiés à la fin de l'automne et leur mise en œuvre est prévue pour janvier. Comme décrit ci-dessus, la mise en œuvre locale des modifications est un défi, en particulier en raison des contraintes de temps.
- *Les problèmes de santé couverts par le PCSIN sont limités.* Les participants à la table ronde ont souligné la nécessité de surveiller certaines affections supplémentaires non couvertes par le PCSIN (par exemple, les infections des voies urinaires, les infections du champ opératoire, la pneumonie et les infections cutanées). Malgré le désir d'étendre le programme de surveillance, le PCSIN est limité par le financement.

Ces obstacles ont été communiqués au PCSIN pour examen. Le PCSIN a examiné ces préoccupations et pris des mesures pour atténuer les problèmes et les obstacles, dans la mesure du possible. Dans la plupart des cas, la résolution du problème identifié par les participants à la table ronde reste limitée aux questions de financement et d'infrastructure. Les préoccupations exprimées font voir le besoin de mettre à profit le programme de surveillance nationale des IASS en fournissant le soutien de secrétariat, d'épidémiologie et d'infrastructure nécessaire pour la collecte, l'analyse et la communication normalisées des données.

Les protocoles de 2018 préparés par le PCSIN pour la surveillance des IASS sont publiés sur le site web de l'ICSP, de PCI Canada et d'AMMI (PHAC 2019a). Ces protocoles comprennent des définitions de cas pour les situations suivantes :

- Infections à *C. difficile*
- Infections du sang à SARM et *S. aureus* sensible à la méthicilline (SASM)
- Infections du sang à entérocoques résistants à la vancomycine
- Organismes producteurs de carbapénémases
- Infections du sang liées à un cathéter veineux central dans les unités de soins intensifs
- Infections du champ opératoire : arthroplasties de la hanche et du genou

- Infections des voies de dérivation du liquide céphalorachidien acquises en milieu de soins de santé
- Infections du champ opératoire pour les chirurgies cardiaques pédiatriques

Chaque année, les protocoles du PCSIN sont mis à jour et toute inquiétude ou ambiguïté est abordée et rectifiée. On travaille actuellement au recrutement stratégique de sites hospitaliers supplémentaires afin d'obtenir des données plus représentatives de la réalité nationale.

Soins de longue durée

Comme pour les soins de courte durée, l'utilisation des définitions est incohérente dans les SLD. Pourtant, tous les établissements canadiens de SLD devraient adopter les définitions de surveillance établies par PCI Canada (Happe et coll. 2017). Elles ont été préparées par un comité composé de membres du groupe d'intérêt sur la surveillance et l'épidémiologie appliquée de PCI Canada, du groupe d'intérêt sur les SLD, du groupe d'intérêt du réseau des réseaux et de l'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI). Le comité a examiné et apporté des modifications aux définitions de cas d'infections dans le contexte des SLD publiées par la Society for Healthcare Epidemiology of America (Stone et coll. 2012) pour une utilisation au Canada. Cette révision a suivi la méthodologie d'élaboration de lignes directrices mise au point par le comité consultatif sur les pratiques de contrôle des infections des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) (Umscheid et coll. 2010). Les modifications ont été déterminées par consensus entre les membres du groupe de travail puis examinées par des experts en la matière, notamment des médecins spécialistes des maladies infectieuses, des épidémiologistes, des professionnels du contrôle des infections et des responsables de la santé publique. Happe et coll. (2017) ont publié les définitions de la surveillance dans les SLD pour les situations suivantes :

- Infections des voies respiratoires
- Infections des voies urinaires
- Infections de la peau, des tissus mous et des muqueuses
- Infections du tube digestif

Mesure et surveillance pancanadiennes

Reconnaissant les lacunes actuelles en matière de mesure et de surveillance, et conscients que plusieurs organismes travaillent sur les questions de mesure, de surveillance et de déclaration des IASS, l'ICSP et l'ICIS ont organisé une « journée de découvertes », en février 2017, durant laquelle AMMI Canada, PCI Canada et l'ASPC, y compris le PCSIN, ont tenté de mieux comprendre le rôle de chaque organisation dans la collecte, la mesure, la surveillance et la déclaration des IASS. Forts de cette compréhension approfondie, les organisations se sont engagées

à collaborer entre elles, en tirant parti des forces et des capacités de chacune afin de faire progresser l'objectif d'une stratégie de surveillance nationale pour les IASS et les ORA.

Aperçu des programmes de surveillance dans le monde

On souhaite que le Canada suive l'exemple des autres pays industrialisés et crée un réseau de surveillance à l'échelle du pays. Le réseau national pour la sécurité des soins de santé (NHSN) des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) est le système de suivi des IASS le plus utilisé aux É.-U. Le NHSN fournit aux établissements, aux États, aux régions et à la nation les données nécessaires pour identifier les zones à problème, mesurer les progrès des efforts de prévention et, à terme, éliminer les IASS. Ayant commencé avec 300 hôpitaux, il y a des dizaines d'années, le NHSN dessert maintenant environ 25 000 établissements de santé qui dépistent les IASS. Les participants comprennent des hôpitaux de soins de courte durée, des hôpitaux de SLD, des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux de réadaptation, des centres de dialyse ambulatoire, des centres de chirurgie ambulatoire et des foyers de soins infirmiers. Les hôpitaux et centres de dialyse représentent la majorité des établissements qui rapportent des données (Centers for Disease Control and Prevention s. d.).

Au moyen de programmes de surveillance de routine, Public Health England (PHE) surveille le nombre de certaines infections survenant dans les établissements de soins de santé et offre des conseils en matière de prévention et de contrôle des infections dans des établissements tels que les hôpitaux, les foyers de soins et les écoles. Le programme national de surveillance de PHE recueille des données sur les bactériémies, les bactéries à Gram négatif, les infections à *C. difficile*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, le genre *Klebsiella*, *S. aureus* (SARM et SASM) ainsi que les infections des champs opératoires (Public Health England 2018).

Par ailleurs, il y a le réseau européen HAI-Net qui est un réseau de surveillance des IASS coordonné par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Les principales priorités de HAI-Net sont : la coordination de l'enquête européenne sur la prévalence ponctuelle des IASS et l'utilisation d'antimicrobiens dans les hôpitaux de soins de courte durée, la surveillance européenne des infections du champ opératoire, la surveillance européenne des IASS en unité de soins intensifs et les enquêtes régulières de prévalence des IASS et de l'utilisation d'antimicrobiens dans les établissements européens de SLD. Le réseau HAI-Net regroupe 23 systèmes nationaux et régionaux de surveillance des IASS dans l'Union européenne (European Centre for Disease Prevention and Control s. d.).

Engagement des patients et des familles

On considère, dans le cadre contemporain des soins de santé, que la participation des patients et familles aux soins

est fondamentale. Il existe divers degrés de partenariat avec les patients et familles. Parmi la population, des patients, des défenseurs des droits et des patients conseillers s'intéressent aux tendances, aux politiques et à l'économie des soins de santé à l'échelle nationale. D'autres s'intéressent aux améliorations dans leurs communautés et leurs établissements de santé, tandis que certains s'intéressent à ce qui se passe aux points d'intervention. Ces personnes engagées recherchent des données pour influencer le changement et font pression pour que des améliorations soient apportées afin de se protéger eux-mêmes ainsi que leurs proches et la population. Ils aspirent à la transparence et à la responsabilisation au moyen de données canadiennes.

La plupart des gens ne veulent pas être accablés de statistiques détaillées (Popescu et coll. 2016). Cependant, ils s'attendent à ce que les professionnels chargés de connaître les taux d'infection dans leur établissement, leur province ou leur territoire, disposent de données précises facilement accessibles, soient transparents quant aux informations et se montrent responsables dans leur réaction. La population s'attend à ce que les responsables et les fournisseurs de services de santé agissent en se basant sur les informations et fassent tout ce qui est nécessaire pour empêcher les organismes infectieux d'atteindre les patients. Acquérir une infection dans un établissement de santé ne devrait pas devenir la « nouvelle normalité ». Acquérir une infection ayant pour cause un ORA est, en fait, une aberration dans le contexte des soins de santé.

La plupart des gens ... s'attendent à ce que les responsables et les fournisseurs de services de santé ... fassent tout ce qui est nécessaire pour empêcher les organismes infectieux d'atteindre les patients.

Les IASS constituent un problème de sécurité pour les patients. Pourtant, les données liées aux IASS ne sont pas consignées dans les rapports d'incidents critiques publics (Government of Saskatchewan Ministry of Health 2018). Par conséquent, la plupart des personnes qui reçoivent des soins de santé ne sont pas conscients des risques qui existent dans les hôpitaux et les établissements de SLD. On estime que près de 70 % des IASS sont évitables (Umscheid et coll. 2011). Au fur et à mesure que les partenariats avec les patients se développent, les prestataires peuvent s'attendre à ce que les patients et familles deviennent plus actifs en matière d'hygiène des mains et de désinfection des appareils, et qu'ils participent ouvertement à la désinfection de leur milieu de soins immédiat. La réduction des IASS demande un engagement à tous les niveaux, notamment de la part des patients. Un système de surveillance robuste permet de renforcer la sécurité des patients en améliorant les

processus de prévention et de contrôle des infections et en atténuant les risques.

Prochaines étapes

Afin d'assurer la cohérence des pratiques de surveillance, des initiatives en cours visent à diffuser les définitions et à inciter les organismes de santé et les autorités sanitaires provinciales et territoriales à les adopter dans les soins de courte et de longue durée. Ces initiatives visent aussi la création d'un réseau national de surveillance des IASS au moyen des définitions communes proposées et des méthodologies de surveillance pour la recherche de cas d'IASS. PCI Canada, AMMI Canada et l'ICSP sont déterminés à collaborer avec les administrations provinciales, territoriales et nationales afin de promouvoir l'adoption généralisée de ces définitions de cas.

Des données et informations de surveillance robustes sont essentielles pour améliorer notre compréhension du fardeau de ce type d'infections. Grâce à la collaboration et aux partenariats, d'importants progrès ont été réalisés. Cependant, l'appui de tous les niveaux de gouvernement est nécessaire pour qu'une stratégie de surveillance des IASS et des ORA véritablement nationale devienne réalité.

L'ICSP, l'ICIS, AMMI Canada, PCI Canada et l'ASPC collaborent actuellement à la préparation d'un document de politique à l'intention des provinces, des territoires et des autres intervenants. Ce document présentera les travaux accomplis en matière de normalisation des définitions de cas de surveillance et formulera des recommandations pour la collecte et la déclaration des données de surveillance. Il comprendra également un résumé des pratiques de surveillance actuellement en place dans les organisations ainsi que des recommandations pour la collecte de données et la présentation de rapports en matière de surveillance des IASS. Après la publication du document, les partenaires ont l'intention d'organiser une table ronde avec des décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux dans l'optique d'atteindre un consensus sur l'adoption des définitions de surveillance dans le contexte des soins de courte et de longue durée. Les partenaires travailleront ensuite avec les décideurs pour élaborer un plan d'action axé sur les étapes nécessaires à la mise en œuvre des définitions de surveillance et des solutions pour la collecte, l'analyse et la production de rapports.

Conclusion

Pour que les données de surveillance des IASS soient normalisées et uniformes dans tout le pays, il est impératif que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux adoptent et appliquent les définitions de cas de surveillance normalisées qui découlent du Plan d'action pour la prévention et le contrôle des infections. De plus, le soutien, la collaboration et les investissements des gouvernements fédéral, provinciaux

et territoriaux seront nécessaires pour atteindre l'objectif d'un réseau de surveillance pancanadien pour les IASS et la RAM.

L'adoption et l'application pancanadiennes de ces définitions contribuera à assurer une approche cohérente de la définition, de la mesure et du signalement des infections. En conséquence, cela contribuera à faire progresser notre objectif global de réduction des infections. Les hauts dirigeants, les décideurs et les responsables des politiques doivent fournir un appui pour approuver, promouvoir et utiliser ces définitions de cas de surveillance dans leur territoire, leurs établissements et leurs réseaux. **HQ**

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (pp. 120–21).

À propos des auteurs

Anne MacLaurin, B.Sc.inf., M.Sc.inf, est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Elle est responsable de la promotion de la sécurité des patients en participant à des partenariats nationaux et régionaux et en coordonnant certaines initiatives, notamment la stratégie nationale de prévention et de contrôle des infections de l'ICSP.

Kanchana Amaratunga, M.D., M.Sc. (santé publique), FRCPC, est conseillère médicale en santé publique à l'Agence de la santé publique du Canada et conférencière à l'Université d'Ottawa/Hôpital d'Ottawa. La Dre Amaratunga est infectiologue et spécialiste de la médecine interne. Son travail à l'ASPC porte sur les infections nosocomiales, notamment les données du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales.

Chantal Couris, M.Sc., Ph.D., est gestionnaire à l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle y dirige l'équipe de recherche et de conception d'indicateurs et s'intéresse à l'amélioration du rendement du système de santé.

Charles Frenette, M.D., est directeur de prévention et contrôle des infections au Centre universitaire de santé McGill. Il préside le comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (AMMI Canada) et fait partie du groupe consultatif d'experts sur la résistance aux antimicrobiens (gouvernement du Canada).

Riccarda Galioto, B.A., est directrice générale d'AMMI Canada, l'association nationale de spécialistes qui représente les médecins, les microbiologistes cliniciens et les chercheurs

spécialisés dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses.

Gerry Hansen, B.A., est directeur général de PCI Canada, une association multidisciplinaire et bénévole de professionnels de la prévention et du contrôle des infections, qui regroupe 21 sections réparties dans tout le pays et se consacre à la santé des Canadiens en promouvant l'excellence dans la prévention et le contrôle des infections.

Jennifer Happe, B.Sc., M.Sc., est membre du conseil d'administration de PCI Canada où elle préside le groupe d'intérêt sur la surveillance et l'épidémiologie appliquée. Elle est spécialiste de la prévention des infections à Alberta Health Services.

Kim Neudorf, B.Sc.inf., est membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada depuis 2009. Ses domaines d'intérêt sont la sécurité des patients, la participation des patients, la prévention et le contrôle des infections ainsi que la gestion des antimicrobiens. Elle est coauteure d'un article qui présente le point de vue des patients conseillers sur l'état de la résistance aux antimicrobiens et leur gestion au Canada.

Linda Pelude, M.Sc., est épidémiologiste principale à l'Agence de la santé publique du Canada. Elle est responsable de l'analyse des données du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales.

Caroline Quach, M.D., M.Sc., FRCPC, FSHEA, est présidente sortante d'AMMI Canada. Elle est consultante en maladies infectieuses pédiatriques, microbiologiste médicale et professeure au Département de microbiologie, infectiologie et immunologie de l'Université de Montréal. Ses recherches portent sur la prévention des infections nosocomiales, en particulier dans les populations vulnérables.

Suzanne Rhodenizer Rose, inf. aut., B.Sc.inf, MHS, CIC, est directrice provinciale du retraitement des dispositifs médicaux pour la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et ancienne présidente de PCI Canada. Elle a joué un rôle de premier plan dans l'amélioration de la prévention et du contrôle des infections, notamment par la surveillance provinciale, les lignes directrices et les politiques en matière de pratiques exemplaires ainsi que par la promotion d'un niveau de compétence élevé des professionnels du contrôle des infections.

Adresse pour correspondance : Anne MacLaurin, Institut canadien pour la sécurité des patients; téléphone : 902-315-3877; courriel : amaclaurin@cpsi-icsp.ca.