


Plan d'action sur la prévention
et le contrôle des infections
nosocomiales

Plan d'action sur la prévention
et le contrôle des infections
nosocomiales **2006-2009**

*Santé
et Services sociaux*

Québec 

Le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2006-2009 a été élaboré sous la coordination de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de Horacio Arruda, directeur de la protection de la santé publique (DPSP).

Rédaction

Danielle Auger	coordonnatrice de l'équipe des maladies infectieuses, Direction générale de la santé publique (MSSS)
Sylvie Bernier	directrice de l'organisation des services médicaux et des technologies, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (MSSS)
Marc Dionne	directeur scientifique, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec
Lucie Dionne	chef du Service des investissements et du financement, Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (MSSS)
Floriane Dostie	responsable de la détermination des normes de qualité, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (MSSS)
Danielle Doyon	directrice du suivi et de l'utilisation optimale du médicament, Conseil du médicament
Yola Dubé	chef du Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, Direction générale du personnel du réseau et ministériel (MSSS)
Claude Dussault	directeur général adjoint, évaluation, recherche et affaires extérieures, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information (MSSS)
Marc Fiset	coordonnateur, Bureau de surveillance et de vigie sanitaire, Direction générale de la santé publique (MSSS)
André Garon	directeur de la qualité, Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (MSSS)
Colette Gaulin	médecin-conseil, Bureau de surveillance et de vigie sanitaire, Direction générale de la santé publique (MSSS)
John Gauvreau	directeur des investissements, Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (MSSS)
Denis Giguère	chef du Service des activités de soutien et du partenariat, Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (MSSS)
Marcel Giguère	responsable, système d'information pour la sécurité des soins et des services, Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (MSSS)
Hélène Gingras	Agente d'information, Direction des communications (MSSS)
Harold Jenkins	coordonnateur, hygiène et salubrité, Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (MSSS)
Madeleine Tremblay	co-responsable du dossier des infections nosocomiales, Direction générale de la santé publique (MSSS)
Jean-Pierre Perreault	co-responsable du dossier des infections nosocomiales, Direction générale de la santé publique (MSSS)

Collaborateurs

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ
Table nationale de prévention des infections nosocomiales de la DGSP

Révision linguistique

Francine Bordeleau

Édition produite par :
**La Direction des communications du ministère
de la Santé et des Services sociaux**

Ce document a été édité en quantité limitée
et n'est maintenant disponible qu'en version électronique.
www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien
les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Bibliothèque nationale du Canada, 2006
ISBN 2-550-47161-X (version imprimée)
ISBN 2-550-47162-8 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autori-
sée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

MOT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

En matière de santé, toute l'action de notre gouvernement vise l'atteinte des grands objectifs que sont l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins. C'est justement à ce dernier élément que se rattache notre intervention des dernières années en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Devant la recrudescence des infections à *Clostridium difficile* dans le réseau de la santé, nous avons mis en place un système de surveillance propre à cette bactérie, et nous avons soutenu les établissements par un appui financier.

Au-delà de cette menace spécifique, il m'est apparu important d'élargir le champ de nos préoccupations à l'ensemble des infections nosocomiales. C'est dans cette perspective qu'a été mis en place le Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, présidé par monsieur Léonard Aucoin. Différents comités d'experts et plusieurs directions du ministère de la Santé et des Services sociaux ont également été mis à contribution dans cette démarche. C'est sur la base de toute cette expertise qu'a été élaboré le présent plan d'action, qui couvre la période 2006-2009.

Ce document respecte en tout point la responsabilité première des établissements en matière de soins. Nous les soutiendrons adéquatement, de manière à ce que soient renforcées, sur le terrain, les activités de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. L'action du réseau de la santé sera balisée par des avis scientifiques et par des lignes directrices fondées sur les recommandations d'experts. Le plan d'action prévoit aussi une vigilance intensive et permanente, ainsi qu'un transfert continu des connaissances vers le réseau de la santé. Il mise enfin sur la plus grande transparence possible de l'information transmise non seulement au réseau lui-même, mais également à la population québécoise.

Dans la foulée des mesures adoptées depuis 2004, le Québec se situe déjà à l'avant-garde en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Il est possible d'en faire davantage, si nous partageons une vision commune des choses, si nous misons sur un leadership avverti, si nous clarifions les rôles et les responsabilités de chacun. C'est précisément le sens du présent plan d'action, qui améliorera de façon bien concrète la qualité et la sécurité des soins offerts à nos concitoyennes et concitoyens.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux

Philippe Couillard

MOT DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans les établissements de santé québécois, on évalue qu'entre 80 000 et 90 000 personnes sont atteintes d'une infection nosocomiale, ce qui correspond à 10 % des admissions. Pour certaines infections, le taux de mortalité peut atteindre 10 %. Plusieurs études ont démontré qu'il est possible de réduire de près du tiers le nombre de nouveaux cas, en mettant en place un programme bien structuré. D'ailleurs, on a déjà pu constater chez nous les retombées positives des mesures adoptées depuis 2004 afin de répondre à l'augmentation des infections à *Clostridium difficile*.

La Loi sur la santé publique donne le mandat au ministre de la Santé et des Services sociaux et au directeur national de la santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population, et d'intervenir lorsque la santé de la population est menacée. On entend par menace la présence d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. Le rôle de la santé publique englobe aussi la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population. Pour exercer leur rôle, les autorités de la santé publique doivent effectuer une surveillance continue de l'état de santé de la population en général, ainsi que de ses facteurs déterminants, afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés.

C'est dans le contexte de mes responsabilités générales que je me suis vu confier le mandat de coordonner les efforts des différentes directions du ministère et des principaux partenaires concernés, afin que soit élaboré ce plan d'action sur les infections nosocomiales. Il faut y voir un engagement s'étalant sur plusieurs années et visant la mise en place de moyens de prévention et de contrôle qui soient à la fois pertinents, efficaces et sécuritaires.

Le personnel, les professionnels et les gestionnaires des établissements sont les premiers confrontés à la problématique des infections nosocomiales. On mettra donc à leur disposition un cadre de référence établissant les principes et les objectifs devant présider à tout programme de prévention et de contrôle. Les responsables de la mise en place des programmes locaux pourront également s'appuyer sur un ensemble de connaissances, d'orientations et d'outils présentés dans le plan d'action.

Je suis convaincu que les établissements de santé, avec la collaboration et le soutien du Ministère et des agences de la santé et des services sociaux, sauront élaborer des solutions permettant de mieux prévenir et de contrôler adéquatement les infections en milieu de soins.

Alain Poirier
Directeur national de santé publique

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Mise en contexte	8
Évolution récente de la situation.....	10
Des leviers pour encadrer l'action.....	13
Des gestes pour orienter l'action, pour favoriser la concertation et pour appuyer les acteurs.....	15
PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DU PLAN	
Avant-propos	21
Un cadre de référence.....	22
La surveillance.....	24
Le soutien aux acteurs	30
La structure	44
Le suivi et l'évaluation	47
Le plan de communication	51
Conclusion	53
Annexe 1	
Mécanismes de suivi et de reddition de comptes	56
Annexe 2	
Liste des collaborateurs à l'élaboration du plan.....	57
Annexe 3	
Organigramme fonctionnel, prévention et contrôle des infections nosocomiales	58

INTRODUCTION

LE PLAN D'ACTION DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU QUÉBEC (2006-2009) : UN OUTIL ESSENTIEL.

Le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2006-2009 vise à prévenir et à contrôler les infections reliées à la prestation des soins dans les établissements de santé du Québec. La mise en œuvre de l'ensemble des actions et des moyens prévus devrait permettre une diminution du nombre d'infections nosocomiales chez les usagers du réseau québécois de la santé.

Ce plan constitue un outil de gestion à la disposition du Ministère pour soutenir les agences de la santé et des services sociaux et les établissements, en continuité avec les actions entreprises antérieurement. Plusieurs de ces actions consistent en la consolidation et en la généralisation d'activités existantes. Ce plan national, qui se réalisera par des actions nationales, régionales et locales, intègre les recommandations du rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (« rapport Aucoin »), du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ, de la Table nationale de prévention des infections nosocomiales, du Conseil du médicament ainsi que celles de groupes d'experts. Afin d'assurer une cohérence des actions, les différentes directions ministérielles ont été régulièrement interpellées et mises à contribution. Il s'agit donc d'une orientation réseau qui sera dynamique et évolutive afin de répondre aux besoins. Le Ministère mettra de l'avant son plan d'action en misant sur l'habituelle collaboration des agences de la santé et des services sociaux pour soutenir leurs établissements de santé dans la mise en place d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Le présent plan d'action vise des activités reliées aux fonctions de base du programme sur les infections nosocomiales, soit : la surveillance et la vigie, les mesures pour la prévention et le contrôle, la veille scientifique et la recherche. Il contient aussi des mesures de soutien à l'organisation, à l'évaluation et à la communication.

MISE EN CONTEXTE

L'hôpital est un endroit où se retrouvent quotidiennement un grand nombre de personnes pour y recevoir des soins de santé. Ces personnes peuvent être plus vulnérables aux infections ou encore, être elles-mêmes porteuses d'une infection transmissible.

Ici comme ailleurs dans le monde, l'expérience nous a appris que plusieurs procédures et interventions effectuées en milieu de soins et l'absence de certaines mesures sont susceptibles de favoriser la transmission des infections. Les façons de faire peuvent entraîner des niveaux d'infections plus élevés que ceux qui seraient attendus. C'est pourquoi autant les modes d'intervention et les procédures que les infections nosocomiales, c'est-à-dire les infections acquises dans les milieux de soins, doivent faire l'objet d'une surveillance constante.

Par ailleurs, un service de santé constitue un milieu d'interactions complexes entre le patient, les interventions qu'il subit et l'environnement hospitalier. La condition physique et la flore microbienne du patient, le traitement administré et l'instrumentation utilisée pour les soins sont tous des facteurs ayant une incidence sur le risque d'acquisition et de transmission d'une infection.

Il s'agit d'un phénomène inéluctable, car les connaissances actuelles ne permettent pas d'entrevoir son éradication. Cependant, la saine gestion de ce risque dans une perspective de qualité des soins doit être visée.

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) estime, à partir des données américaines, que 10 % des personnes admises dans un établissement de soins de courte durée du réseau de la santé contracteraient une infection à l'occasion des soins ou des traitements reçus. Si l'on y ajoute les chirurgies d'un jour, le Québec enregistrerait annuellement entre 80 000 et 90 000 infections nosocomiales, avec un taux de mortalité oscillant entre 1 % et 10 %, selon le type d'infection.

S'ajoutant à une condition de base déjà fragilisée, les infections nosocomiales occasionnent beaucoup de souffrance à la personne atteinte et à sa famille, d'où la pertinence de mettre en place des mesures susceptibles d'en réduire les répercussions. Celles-ci sont du reste importantes, non seulement pour la personne malade et sa famille, mais aussi pour l'établissement de santé et pour la société, et se traduisent par des séjours prolongés à l'hôpital, des soins et traitements additionnels, des journées de travail perdues, une diminution de la qualité de vie, des coûts supplémentaires pour les personnes atteintes, etc. Quant au coût des infections nosocomiales pour le système de santé québécois, il est estimé à environ 180 millions de dollars par année.

Certes, toutes les infections nosocomiales ne sont pas évitables. Un programme de prévention et de contrôle peut cependant parvenir à diminuer l'incidence de ces infections s'il est structuré, concerté, mis en œuvre selon des priorités clairement définies, et s'il dispose de ressources suffisantes ainsi que de moyens adaptés aux réalités actuelles et émergentes. En effet, des études américaines ont démontré qu'un programme bien structuré permet de réduire d'environ 30 % le nombre de nouveaux cas d'infections nosocomiales dans les établissements hospitaliers. Ce programme doit donc être une priorité incontournable dans les établissements de soins et soutenu à tous les niveaux du système.

Au Québec, une réduction de 30 % des infections nosocomiales permettrait des économies de plus de 40 millions de dollars annuellement. Cela entraînerait en outre une diminution des durées de séjour et libérerait ainsi l'équivalent de 360 lits annuellement pour d'autres interventions, ce qui aurait comme effet potentiel de contribuer au désengorgement des urgences, d'aider à la réduction des listes d'attente et d'augmenter l'efficacité des établissements.

ÉVOLUTION RÉCENTE DE LA SITUATION

LE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* : UNE BACTÉRIE QUI ÉVEILLE L'ATTENTION

En 2004, le signalement aux autorités de santé publique d'une augmentation des cas d'infection à *Clostridium difficile* (*C. difficile*) chez les patients hospitalisés a alerté et mobilisé les ressources du réseau de la santé du Québec. Les microbiologistes des hôpitaux touchés constataient une augmentation substantielle non seulement du nombre de cas, mais aussi de la gravité de l'infection (colectomie, séjour en soins intensifs, alimentation entérale, décès). Certaines données publiées et des contacts établis au niveau international ont permis de constater l'existence de phénomènes similaires dans divers pays.

Une infection à *C. difficile* est causée par une bactérie qui se développe dans l'intestin, souvent à la suite d'un traitement aux antibiotiques. La maladie touche plus sévèrement les personnes de 65 ans ou plus. Elle connaît des variations saisonnières et a tendance à augmenter au cours de la période hivernale, alors que l'incidence élevée des infections respiratoires donne lieu à une augmentation de la prise d'antibiotiques.

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer cette hausse des cas signalés en 2004 : la désuétude de l'infrastructure hospitalière, le nombre insuffisant de chambres privées pour les patients infectés, le manque d'installations sanitaires, le manque de ressources humaines en soins infirmiers et en entretien sanitaire, le manque de matériel dédié aux patients (les thermomètres, par exemple) et l'utilisation de certaines classes d'antibiotiques.

Dans certaines régions sociosanitaires, l'hypothèse de la propagation d'une souche hypervirulente de *C. difficile* avait été soulevée. Elle a été récemment confirmée par la prédominance, dans les hôpitaux les plus touchés, d'une souche clonale (NAP1/027) qui produit les toxines A et B plus précocement et en quantité plus importante que la plupart des autres souches hospitalières. Cette souche est également la cause d'éclosions dans des hôpitaux des États-Unis, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique.

En juin 2004, en raison de la gravité de la situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confiait à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et son Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) le mandat d'élaborer des lignes directrices afin de contrôler et de prévenir la transmission de cette bactérie dans le milieu hospitalier. L'importance de mieux connaître la situation épidémiologique de ces infections incitait de plus le Ministère à confier à l'INSPQ le mandat de mettre sur pied un système de surveillance provincial des infections à *C. difficile*. Ce système des plus novateurs, une première à l'échelle canadienne, est opérationnel depuis août 2004. Il permet actuellement de connaître la situation qui prévaut dans 91 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec.

Après la première année complète de surveillance des infections associées à *C. difficile*, un bilan a été réalisé et permet d'entrevoir une tendance à la baisse de l'incidence de ces infections nosocomiales d'environ 40 %.

Au début de la surveillance, à l'été 2004, le taux global d'incidence était de 10,7 par 10 000 patients/jour. Ce taux est passé à 18,3 en février et mars 2005, pour descendre à moins de 10 à l'été 2005. Depuis novembre et décembre 2005, les taux moyens pour la province se situent entre 7 et 8 nouveaux cas par 10 000 patients/jour.

Fin 2005, la situation s'était donc améliorée par rapport à l'année précédente, alors que les taux moyens provinciaux étaient supérieurs à 11. Toutefois, bien qu'ils appliquent des mesures de prévention et de contrôle conformes aux lignes directrices établies par le CINQ, certains centres hospitaliers affichent toujours un taux d'incidence élevé, avec plus d'une dizaine de nouveaux cas de *Clostridium difficile* par période. Ces établissements et leur agence régionale suivent l'évolution de la situation de près.

Le ministre et les autorités de santé publique tiennent pour leur part à ce que les résidants de toutes les régions du Québec soient informés régulièrement de la situation prévalant en matière d'infections associées à *C. difficile*. En conséquence, depuis novembre 2005, des données provenant du système de surveillance de l'INSPQ sont disponibles sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante www.msss.gouv.qc.ca. Cette information est mise à jour périodiquement.

UNE AUTRE INFECTION EST SUIVIE DE PRÈS

À l'instar de plusieurs provinces canadiennes, d'états américains et d'autres pays dans le monde, le Québec connaît une augmentation des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthiciline (SARM) chez la clientèle hospitalisée.

Les répercussions de cette infection sur la clientèle hospitalisée sont considérables. Le traitement des patients infectés par le SARM s'avère complexe en raison du choix thérapeutique limité, alors que la prévention et le contrôle de la transmission de la bactérie en milieu de soins exigent des mesures très strictes, telles que : identification des patients porteurs de la bactérie dès l'admission ou en cours d'hospitalisation, chambre privée ou regroupement des porteurs, port de gants et de blouses par les soignants. Le traitement est onéreux et entraîne une augmentation notable de la durée de séjour.

Certains pays, tels les Pays-Bas et le Danemark, ont réussi à maintenir des taux très bas d'infection à SARM grâce à des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections. L'importance de ce problème commande donc, elle aussi, des actions du réseau. Aux fins de prévention et de contrôle de l'infection, des lignes directrices élaborées par le CINQ seront diffusées au cours de l'année 2006 et la surveillance des cas sera renforcée.

VERS UN CONTRÔLE DE L'ENSEMBLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le Québec entend prendre toutes les mesures nécessaires afin de prévenir et contrôler non seulement *Clostridium difficile* et *Staphylococcus aureus* résistant à la méthiciline (SARM), mais bien l'ensemble des infections nosocomiales. Plusieurs experts soulignent par ailleurs que les mesures prises à l'égard d'une infection en particulier ont souvent un effet favorable sur la diminution d'autres infections nosocomiales.

Au Québec, la mobilisation et la concertation qu'ont suscitées les actions entreprises pour résoudre les problèmes dus à *Clostridium difficile* semblent avoir eu un effet favorable par-delà la situation de cette seule infection. Certains milieux de soins ont ainsi constaté une diminution des taux d'acquisition d'infection à SARM chez leurs patients.

C'est pourquoi des actions sont d'ores et déjà menées afin de mieux connaître et contrôler la situation au regard de l'ensemble des infections nosocomiales et ainsi offrir des services de santé de qualité et sécuritaires à l'ensemble de la population québécoise.

Une surveillance accrue des infections nosocomiales et de la résistance bactérienne est instaurée ; l'utilisation optimale des antibiotiques est mieux encadrée et soutenue ; les lignes directrices pour améliorer les procédés et les façons de faire en entretien sanitaire ont été révisées et seront diffusées sous peu ; enfin, des guides sont en préparation dans les domaines suivants : services de stérilisation, utilisation du matériel médical à usage unique, installations matérielles et équipements médicaux fixes, réutilisation d'instruments et d'équipements médicaux spécialisés.

DES LEVIERS POUR ENCADRER L'ACTION

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales ne sont pas des préoccupations nouvelles au Québec. Depuis plusieurs années, des professionnels de la santé, notamment des microbiologistes infectiologues et des infirmières en prévention et contrôle des infections, consacrent temps et énergie à cette activité dans les établissements du réseau de la santé, là où commence la lutte contre ces infections, là où se trouve la responsabilité première de prévention et de contrôle de ces infections.

Des étapes importantes relativement à l'encadrement légal et à la prise en charge de cette problématique ont été franchies jusqu'à maintenant.

En 1999, le MSSS, avec la collaboration de l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ), mettait sur pied un comité ayant pour mandat de fournir l'expertise scientifique sur la prévention et le contrôle des infections acquises en milieu hospitalier : le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), déjà évoqué. À la lumière de stratégies reconnues efficaces, ce comité formule des recommandations visant à prévenir et à contrôler les infections nosocomiales jugées prioritaires. Il émet également des avis scientifiques ou conçoit des lignes directrices à l'intention du réseau de la santé. Il propose des travaux de recherche épidémiologique et évaluative, et met sur pied des projets de surveillance et de formation. Les documents du CINQ peuvent être consultés sur le site Web de l'INSPQ (<http://www.inspq.qc.ca>).

Un groupe de travail créé à l'origine par l'AMMIQ et l'Association des professionnels en prévention des infections (APPI) en 1996 a été joint au CINQ afin de mettre sur pied un premier réseau de surveillance des infections nosocomiales. Il s'agit du SPIN (Surveillance provinciale des infections nosocomiales), qui a réalisé plusieurs études avec la collaboration de nombreux partenaires, notamment sur la surveillance des bactériémies nosocomiales ainsi que sur les ressources et les activités de surveillance en prévention des infections.

À l'instar de l'INSPQ, le CINQ et le SPIN ont le mandat de développer l'expertise chez les intervenants du réseau, et ont été rattachés à l'Institut au printemps 2004.

En septembre 2001, le Groupe de Vigilance pour la sécurité des soins a été instauré. Ce comité permanent d'experts est rattaché à la Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE). Son mandat se rapporte à la recherche, à la promotion et au développement en matière de sécurité du patient ainsi qu'à la réduction des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des soins. Selon des études réalisées dans différents pays, les infections nosocomiales constituent la deuxième cause des accidents évitables dans les établissements de santé ; aussi le Groupe Vigilance a-t-il fait de cette problématique l'une de ses priorités.

Depuis 2002, le Québec s'est doté d'un important levier pour connaître les situations susceptibles de menacer la santé de la population et pour réagir lorsque celles-ci se produisent. La Loi sur la santé publique exige de différents partenaires (ministères, organismes gouvernementaux, municipalités, établissements de santé et de services sociaux, médecins) de signaler ces situations au directeur de santé publique. Cette loi confère des pouvoirs d'action précis au ministre, au directeur national de santé publique et aux directeurs de santé publique. C'est d'ailleurs en

fonction de ses responsabilités particulières que la Direction générale de la santé publique du MSSS s'est vu confier un rôle de leader dans le dossier des infections nosocomiales.

Cette volonté de maîtriser les situations qui menacent, ou qui risquent de menacer la santé publique vise tout particulièrement le dossier des infections nosocomiales. C'est pour cette raison que depuis novembre 2003, le règlement d'application de la Loi sur la santé publique rend obligatoire la déclaration, aux directeurs de santé publique, de certaines infections nosocomiales, comme les éclosions aux entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ou les cas à *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV).

De plus, en décembre 2002, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) a été modifiée afin de mieux prendre en compte la prestation sécuritaire des services. Cette modification a été apportée dans le but de responsabiliser les établissements et les intervenants en matière d'accidents évitables. La Loi oblige les professionnels, les employés et les stagiaires des établissements de santé à déclarer au directeur général de l'établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne à cet effet, tout incident ou accident constaté.

Cette loi oblige aussi tout établissement à mettre en place un Comité de gestion des risques ayant pour fonction de rechercher, d'instaurer et de promouvoir des moyens destinés à assurer la sécurité des usagers et à réduire la fréquence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services.

En outre, chaque conseil d'administration doit prévoir des règles relatives à la divulgation, aux usagers, de toute l'information nécessaire lorsque se produit un accident, ainsi que des mesures de soutien mises à leur disposition.

Depuis 2005, d'autres modifications à la LSSSS exigent de chaque conseil d'administration d'un établissement du réseau qu'il instaure un Comité de vigilance et de la qualité. Ce comité formé majoritairement de membres du conseil d'administration, dont le directeur général, a pour mandat d'analyser tout rapport ou toute recommandation transmis au conseil et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services offerts, le respect des droits des usagers ou le traitement de leur plainte. Le comité fait les recommandations qu'il juge pertinentes au conseil, veille à ce que les décisions du conseil en la matière soient appliquées, et peut intervenir pour favoriser la collaboration et la concertation des intervenants.

Par ailleurs, toujours en 2005, afin de faciliter la concertation, la coordination et le suivi des actions, et en cohérence avec les pouvoirs que la Loi sur la santé publique attribue au Directeur national de santé publique (DNSP), les autorités du Ministère ont mandaté celui-ci, sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique (DGSP) pour déterminer les orientations, de même que pour adopter et implanter un plan d'action national de lutte contre les infections nosocomiales en mobilisant l'ensemble des directions ministérielles visées par la problématique.

Au cours de cette même année, une table nationale de prévention des infections nosocomiales a été instituée et des tables régionales ont été mises sur pied ou ont été consolidées afin de conseiller respectivement les instances nationales et régionales en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Un comité de suivi, sous la coordination du sous-ministre adjoint à la DGSP, et formé de représentants des directions ministérielles visées, a été institué pour finaliser l'élaboration du plan d'action et en assurer le suivi.

DES GESTES POUR ORIENTER L'ACTION, POUR FAVORISER LA CONCERTATION ET POUR APPUYER LES ACTEURS

Depuis l'automne 2004, et ce, dans le contexte de la crise des infections à *Clostridium difficile*, le Ministère a consenti des efforts considérables pour soutenir les activités visant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

Une somme de quinze millions de dollars a été consacrée à l'amélioration de l'environnement immobilier, des installations sanitaires et de l'équipement (installation de lavabos, achat d'équipement dédié à la clientèle, etc.). Une somme supplémentaire de cinq millions de dollars a été dégagée pour couvrir des frais de fonctionnement des établissements.

Au cours de l'année 2004-2005, les établissements de soins de courte durée ont actualisé une entente de gestion visant à atteindre la norme canadienne reconnue quant aux ressources professionnelles minimales que requiert la réalisation d'un programme de prévention et de contrôle des infections. Cette norme, 1 infirmière à temps plein par 133 lits de soins de courte durée, a été atteinte au premier trimestre de 2005. Compte tenu de la mobilité du personnel, un suivi régulier de cette norme est exercé afin de s'assurer du respect de ce seuil minimal.

Comme l'a déjà précisé le présent document, l'INSPQ a pour sa part mis en place, depuis août 2004, un système de surveillance des infections à *Clostridium difficile* afin d'en connaître les taux d'incidence.

Le 27 janvier 2005 commençaient les travaux du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, mandaté par le ministre pour examiner les difficultés éprouvées en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, pour faire des recommandations menant à l'élaboration et à la consolidation de mesures appropriées en ce domaine, et pour proposer des mécanismes garantissant une coordination efficace des actions aux niveaux local, régional et national. Intitulé *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, le rapport de ce comité (« rapport Aucoin ») a été rendu public en juin 2005. Il compte 92 recommandations qu'ont analysées plusieurs instances afin d'en dégager des priorités et des modalités d'action qui font l'objet d'un suivi par le Ministère.

En février 2005, le directeur national de santé publique a déposé un document explicitant le partage des rôles et des responsabilités entre les principaux partenaires engagés dans le dossier, soit certaines des directions du MSSS, l'INSPQ, les agences de services de santé et de services sociaux, les directeurs de santé publique, les établissements et les associations professionnelles.

Au cours de cette même année 2005, une évaluation des besoins en formation des infirmières œuvrant en prévention des infections a été réalisée et un programme de formation a été conçu. Depuis l'automne 2005, des sessions de formation sont offertes régulièrement pour permettre une mise à niveau des connaissances et des habiletés des infirmières affectées à la fonction dans l'ensemble des établissements du réseau.

L'analyse des besoins en formation d'autres intervenants qui peuvent jouer un rôle important dans le domaine en raison de leur expertise et de leur fonction est actuellement en cours. Les équipes d'entretien sanitaire, les équipes de stérilisation et de traitement du matériel médical et de soins, les équipes de santé publique et les médecins chargés de ce dossier dans les établissements doivent en effet se voir offrir des programmes de formation qui répondent à leurs besoins.

En vertu d'un mandat confié par le ministre, le Conseil du médicament a produit, avec la collaboration des représentants des associations professionnelles intéressées par la problématique des infections nosocomiales, des *Recommandations sur les meilleures pratiques en antibiothérapie pour les milieux ambulatoire et hospitalier et en surveillance de l'utilisation des antibiotiques en milieu hospitalier* qui ont été publiées en juin 2005. Des guides de traitement pour les infections les plus fréquentes en milieu ambulatoire (onze publiés en janvier 2005) et en milieu hospitalier (sept publiés en décembre 2005) ont également été diffusés auprès des médecins et pharmaciens.

Un colloque international sur les infections nosocomiales, organisé par l'INSPQ à Montréal les 14 et 15 octobre 2005, a permis des échanges avec des experts de plusieurs pays eux aussi touchés par des éclosions à *Clostridium difficile*.

Dans certains établissements particulièrement touchés par le *C. difficile*, des études se poursuivent sur les différents facteurs de risque de l'acquisition de l'infection et des complications qui lui sont associées ainsi que sur la virulence des souches. À l'hiver 2005, le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et ses partenaires, soit le MSSS, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'INSPQ, Santé Canada, Génome Québec, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et le Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS) ont soutenu, au coût de 1,2 million de dollars, la création d'un Consortium de recherche québécois sur *Clostridium difficile*. L'objectif du projet, dont les résultats sont attendus au printemps 2008, est d'approfondir les connaissances sur l'épidémiologie et sur les facteurs de virulence de l'infection à *Clostridium difficile* afin de mieux comprendre les facteurs liés à l'éclosion récente de la bactérie au Québec et de chercher des solutions à ce problème.

Alors que des mandats de surveillance, de recherche, d'élaboration de lignes directrices et de documents d'orientation ont été confiés, le MSSS a soutenu la mise en place d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans les établissements du réseau au moyen, notamment, de programmes de formation et de ressources additionnelles.

Des liens de communication ont été établis entre les différentes instances du Ministère, les tables nationale et régionales et les divers comités provinciaux dont les travaux portent sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

Un financement conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Institut canadien pour la santé des patients permet au Département de l'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal d'effectuer une recherche visant l'élaboration d'un tableau de bord au moyen duquel les administrateurs et gestionnaires supérieurs des établissements pourront suivre la mise en place de leur programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Toujours au chapitre des études, l'Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'intervention en santé (AETMIS) s'est vu confier par le ministre de la Santé et des Services sociaux le mandat de procéder à l'évaluation de l'efficience, soit le rapport coûts-bénéfices, des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Les résultats de cette évaluation devraient permettre au Ministère et aux établissements de faire des choix éclairés quant aux mesures et aux investissements à privilégier.

Bref, ces dernières années témoignent d'une intensification, en nombre et en qualité, des actions entreprises dans et par le réseau québécois de la santé afin de prévenir et contrôler les infections nosocomiales, et d'une préoccupation croissante à l'égard de cette problématique. Cela aura d'ailleurs permis au Québec de réagir rapidement et efficacement à l'augmentation imprévue de *Clostridium difficile* en 2004.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux entend continuer à maîtriser la situation et se dote à cette fin d'un plan d'action global qui sera réalisé sur trois ans. Ce plan d'action vise à ce que les établissements offrent des soins plus sécuritaires et à faire du Québec un leader en matière d'organisation, de cohérence et de concertation quant à la lutte contre les infections nosocomiales.

PLAN D'ACTION SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU QUÉBEC

PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ACTIONS RETENUES

AVANT-PROPOS

La description détaillée de chacune des actions retenues par le ministère lors de l'élaboration de son plan de prévention et de contrôle des infections nosocomiales est présentée dans les pages suivantes sous forme d'une fiche par action. Chaque fiche décrit les objectifs poursuivis et les moyens retenus, identifie les responsables et précise l'échéancier. Les fiches ont été regroupées par thème : un cadre de référence, la surveillance, le soutien aux actions, la structure, le suivi et l'évaluation, le plan de communication.

Ces actions engagent le Ministère dans sa volonté d'orienter et de soutenir le plan visant à prévenir et contrôler les infections nosocomiales au Québec.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est confiant d'atteindre les objectifs du plan car il est convaincu de pouvoir compter sur l'engagement des établissements, des agences de la santé et des services sociaux, des directeurs de santé publique et sur l'ensemble des partenaires du réseau.

UN CADRE DE RÉFÉRENCE

Les établissements de santé sont les premiers responsables de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales puisque c'est à eux qu'il revient d'offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires à leurs usagers. Force est toutefois de constater que jusqu'à récemment, le problème des infections nosocomiales était méconnu et sous-estimé par plusieurs gestionnaires et cliniciens du réseau de la santé.

Aussi, dans le but de sensibiliser les gestionnaires, les professionnels et le personnel des établissements à cette problématique, et afin de soutenir les établissements dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, un cadre de référence s'avère un élément structurant primordial.

Le cadre de référence établit les principes et objectifs censés présider à tout programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI), décrit les volets qu'il devrait couvrir, précise les rôles et responsabilités des différentes instances et catégories de personnel visées, et dépeint la structure organisationnelle nécessaire à la mise en œuvre d'un tel programme.

De façon générale, le programme de PCI vise à protéger les patients contre l'acquisition d'infections ou de germes multirésistants durant un épisode de soins, de même que la protection du personnel, des visiteurs, des bénévoles et des aidants naturels quant à ce même risque.

Son contenu couvre les six volets suivants :

- + surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard de problèmes infectieux émergents ;
- + politiques, procédures et mesures de soutien ;
- + éducation et formation ;
- + évaluation ;
- + communication et information ;
- + gestion des éclosions.

La mise en œuvre du programme nécessite en outre l'instauration de deux structures, soit :

- + un Service de PCI ;
- + un Comité de PCI.

LE CADRE DE RÉFÉRENCE : ACTION 1

Soutenir les établissements, par un cadre de référence, dans l'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme relatif aux infections nosocomiales et comprenant les activités suivantes : surveillance, prévention et contrôle, éducation et formation, évaluation, communication et information ainsi que gestion des éclosions.

Préciser aux établissements les responsabilités des différentes instances au regard des infections nosocomiales et proposer une structure d'encadrement du programme à mettre en place.

MOYENS

Produire et diffuser un cadre de référence à l'intention des administrateurs, des gestionnaires et des équipes de prévention des infections nosocomiales des établissements du réseau de la santé.

Amorcer une démarche promotionnelle visant à faire connaître le cadre de référence à tous les niveaux hiérarchiques des établissements du réseau et auprès des équipes directement visées par la problématique.

RESPONSABLES

La Direction de la protection de la santé publique (DPSP) du MSSS.

Un comité d'experts créé à cette fin et soutenu dans ses travaux par différentes instances et les associations professionnelles pertinentes, soit :

- le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) ;
- la Table nationale de prévention des infections nosocomiales ;
- le Comité ministériel de suivi du plan d'action ;
- le Groupe de Vigilance pour la sécurité des soins ;
- l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ) ;
- l'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI) ;
- la Community and Hospital Infection Control Association/Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada (CHICA-Canada, Montréal-PI).

ÉCHÉANCIER

Mai 2006.

LA SURVEILLANCE

La surveillance constitue l'élément essentiel d'un programme de prévention des infections nosocomiales, démontre dès 1985 l'étude américaine SENIC (Study on Efficacy of Nosocomial Infection Control) ; ce que, depuis, plusieurs autres études ont continué de confirmer. Différentes méthodes et approches sont préconisées pour effectuer la surveillance.

La surveillance est le processus continu et systématique de collecte de données sur les infections nosocomiales. Elle comprend l'analyse, l'interprétation et la diffusion de ces données. Elle permet de faire le diagnostic de la situation : incidences de base (nouveaux cas) des infections acquises à la suite de la prestation de soins de santé, tendances temporelles de ces infections, détermination de phénomènes émergents. Elle permet également aux milieux de soins de planifier, de mettre en place et d'évaluer les mesures de prévention, de faire des comparaisons internes (ex. : l'incidence actuelle, dans l'établissement, d'une infection donnée par rapport à une année antérieure) et externes (avec d'autres milieux équivalents). En somme, l'ensemble du processus de surveillance devrait conduire les établissements à déterminer les principaux enjeux et les priorités d'un programme de prévention et de contrôle des infections.

Le Plan d'action prévoit la mise en place de systèmes continus de surveillance de l'évolution des infections aux niveaux local, régional et national.

Par ailleurs, le présent plan d'action contient aussi des actions visant le suivi d'interventions particulières, par exemple l'usage des antibiotiques, que l'on souhaite optimal. Dans ces cas, on ne mesure pas l'évolution des infections, mais l'on suit le résultat de certaines interventions.

ACTION 2 : LA SURVEILLANCE

Documenter, de façon périodique, ou en continu la situation dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec pour :

- + *Clostridium difficile* (*C. difficile*) ;
- + *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ;
- + *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV) ;
- + entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) ;
- + bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux (CVC) dans les unités de soins intensifs.

MOYENS

- 1.1 Poursuivre la surveillance des infections à *Clostridium difficile*.
- 1.2 Consolider la surveillance des complications des infections à *C. difficile* à partir des orientations définies par des comités d'experts.
- 1.3 Utiliser le système Med-écho pour documenter les tendances et modéliser l'évolution de cette infection.
2. Mettre en place un système de surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM).
3. Mettre en place un système de surveillance des entérocoques à la vancomycine (ERV) dans les laboratoires.
4. Étendre la surveillance des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux (CVC) dans les unités de soins intensifs aux établissements répondant aux orientations définies par les comités d'experts.
5. Rédiger des rapports périodiques à l'intention des établissements, de la population et des médias.

RESPONSABLES

- + Choix de la méthodologie : Direction générale de la santé publique (DGSP) et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- + Mise en application des moyens par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

ÉCHÉANCIER

- + Moyen 1.1 : continu.
- + Moyen 1.2 : 2006-2007.
- + Moyen 1.3 : continu.
- + Moyens 2-3-4 : septembre 2006.
- + Moyens 5 : continu.

LA SURVEILLANCE : ACTION 3

En plus de la surveillance nationale des infections nosocomiales, documenter certaines pathologies infectieuses d'intérêt ainsi que certains processus qui s'y rattachent, selon les particularités des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Ces derniers pourraient ainsi exercer une surveillance à l'égard :

- + des infections de sites chirurgicaux ;
- + des bactériémies autres ;
- + de certaines pneumonies ;
- + de certaines gastro-entérites.

MOYENS

1. Inscrire dans le cadre de référence, à l'intention des établissements, les activités minimales locales de surveillance.
2. Offrir du soutien aux établissements dans leur surveillance de certaines pathologies infectieuses par la conception de méthodologies et d'outils standardisés de surveillance.

RESPONSABLES

- + Direction de la protection de la santé publique (DPSP), avec la collaboration des partenaires pour le cadre de référence.
- + DGSP, avec la collaboration de comités d'experts pour la détermination des pathologies infectieuses pour lesquelles il faudrait concevoir des méthodologies et des outils.
- + INSPQ, pour la conception des méthodologies et des outils.

ÉCHÉANCIER

- + Mai 2006 pour le cadre de référence.
- + Continu pour les méthodologies et outils.

LA SURVEILLANCE : ACTION 4

Inciter les centres de santé et de services sociaux (CSSS) à mettre en place des activités de surveillance des infections nosocomiales dans leurs installations de soins de longue durée, et amener les établissements privés conventionnés de soins de longue durée à faire de même.

MOYENS

1. Dresser le portrait actuel des ressources humaines affectées à ce type d'activités.
2. Déterminer, dans le cadre de référence, les activités minimales de surveillance à mettre en place pour les soins de longue durée.

RESPONSABLES

- ✦ Direction générale de la santé publique (DGSP) avec la contribution de la Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE).

ÉCHÉANCIER

- ✦ Orientations inscrites dans le cadre de référence : mai 2006.
- ✦ Portrait des ressources : septembre 2006.
- ✦ Formation : continu.

LA SURVEILLANCE : ACTION 5

Soutenir la mise en place d'un programme visant un usage optimal des antibiotiques en centre hospitalier de soins généraux et spécialisée (CHSGS).

Favoriser et soutenir, aux niveaux local, régional et national, la surveillance qualitative et quantitative de l'usage des antibiotiques.

MOYENS

1. Déterminer, à partir de la recension des écrits, les meilleures pratiques permettant de mesurer l'usage des antibiotiques et les stratégies permettant d'effectuer une surveillance qualitative de cet usage.
2. Élaborer un cadre de référence pour la surveillance locale, régionale et nationale de l'usage des antibiotiques, cadre qui comprendrait aussi des indicateurs permettant de vérifier son implantation.
3. Diffuser le cadre de référence aux établissements du réseau de la santé et aux agences de la santé et des services sociaux.
4. Répertorier les expériences en cours dans le réseau québécois.
5. Réaliser des expériences pilotes dans certains établissements.
6. Développer un système centralisé de collecte et d'analyse des données.
7. S'assurer de la mise en place du programme.

RESPONSABLES

- + Moyens 1, 2 et 4 : Conseil du médicament et INSPQ en collaboration avec les partenaires du réseau de la santé.
- + Moyens 3 et 7 : Les directions du Ministère et leurs partenaires.
- + Moyens 5 et 6 : INSPQ, Conseil du médicament, la Direction générale de la santé publique (DGSP), d'autres directions du Ministère et les partenaires du réseau.

ÉCHÉANCIER

- + Été 2006 pour un document préliminaire.
- + 2007 pour les expériences pilotes dans certains établissements et le développement du système centralisé de collecte et d'analyse des données.
- + Janvier 2008 pour la mise en œuvre du programme dans tout le réseau.

LA SURVEILLANCE : ACTION 6

Connaître les activités de surveillance de l'antibiorésistance effectuées par différents partenaires.

Proposer un plan d'intervention relativement à l'antibiorésistance.

MOYENS

1. Répertorier et documenter les activités actuelles de surveillance de l'antibiorésistance.
2. Établir un lien avec les indicateurs de surveillance de l'usage des antibiotiques.
3. Proposer un plan d'intervention national (activités, ressources, échéancier).
4. Déterminer l'intervention à retenir et la responsabilité de sa mise en application.
5. Mettre en application le plan d'intervention.

RESPONSABLES

- + Moyens 1, 2 et 3 : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- + Moyen 4 : Direction générale de la santé publique (DGSP).
- + Moyen 5 : DGSP et instance choisie par DGSP.

ÉCHÉANCIER

- + Printemps 2007 pour la proposition des éléments structurants d'un plan.
- + À déterminer pour le choix de l'intervention, la mise en application et le responsable de la mise en application.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS

Le réseau de la santé et des services sociaux peut compter sur des gestionnaires qualifiés et sur un personnel et des professionnels en prévention des infections nosocomiales compétents, passionnés et dévoués. Ceux-ci ont toutefois besoin d'un soutien qui facilitera leur travail, d'autant que, on le sait, les bactéries évoluent et, par conséquent, les traitements et les mesures à prendre aussi.

En raison de cette évolution constante de la problématique, le Plan d'action prévoit donc des activités de recherche et une mise à jour des lignes directrices et des orientations, en même temps que des moyens et des mécanismes concrets afin de combler les besoins en information, en formation ainsi qu'en ce qui a trait à la mise à jour et à la transmission des connaissances. Une analyse régulière des besoins en formation sera faite, et des contenus de formation seront offerts. Un vaste réseau d'échange d'information devrait également être mis à la disposition de tous les acteurs engagés dans le domaine au Québec, ce qui aura notamment pour effet de faciliter le partage d'expertise entre les établissements.

Les actions contenues dans le plan national, qui propose en somme un ensemble de moyens susceptibles d'aider les responsables et les divers acteurs du réseau dans la réalisation de leurs mandats, ont trait aux mesures à prendre relativement à certaines classes de bactéries, à l'usage des antibiotiques, à l'hygiène et à la salubrité, à la stérilisation, à l'usage de certains dispositifs médicaux, à la gestion des équipements et des immeubles, etc. D'autres actions prévoient l'accès rapide à des services de laboratoire afin de faciliter le dépistage et qu'ainsi, les milieux de soins puissent limiter la transmission des agents infectieux. Le réseau de la santé pourra enfin miser sur des activités de recherche adaptées à l'état de situation de la problématique, forcément appelé à évoluer dans le temps.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 7

Obtenir une mise à niveau des lignes directrices du CINQ quant aux mesures à prendre dans l'ensemble des établissements pour :

1. le *Clostridium difficile* (C Difficile) ;
2. le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ;
3. l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ;
4. la gastro-entérite infectieuse ;
5. l'influenza ;
6. les infections à *Burkholderia cepacia* chez les personnes atteintes de la fibrose kystique du pancréas ;
7. autres problèmes infectieux, selon les besoins.

MOYENS

1. Réviser les lignes directrices actuelles et, au besoin, les mettre à niveau.
2. Le cas échéant, rédiger de nouvelles lignes directrices.
3. Diffuser ces lignes directrices sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec.

RESPONSABLE

- ✦ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

ÉCHÉANCIER

- ✦ Éléments 1 à 6 de l'objectif : printemps 2006.
- ✦ Éléments 7 de l'objectif : continu.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 8

Instaurer et favoriser le bon usage d'antibiotiques dans des conditions cliniques fréquentes :

- + en médecine ambulatoire ;
- + en services hospitaliers, particulièrement en soins intensifs et dans les urgences ;
- + en soins de longue durée.

Déterminer et transmettre l'information pertinente aux intervenants et à la population.

MOYENS

1. Rédiger des guides cliniques en concertation avec les partenaires du réseau.
2. Déterminer les cibles de communication et convenir d'un plan de communication.
3. Établir les maillages afin que soient intégrés les éléments des guides cliniques dans la formation de base et dans la formation continue des intervenants.
4. Accompagner la diffusion des guides cliniques d'une lettre d'appui des divers organismes interpellés.

RESPONSABLES

- + Conseil du médicament.
- + Conseil du médicament et Direction des communications du MSSS pour le plan de communication.

ÉCHÉANCIER

- + Décembre 2006.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 9

Uniformiser et mettre à niveau les meilleures pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement afin de prévenir les infections nosocomiales.

MOYENS

1. Élaborer des lignes directrices.
2. Rédiger des guides techniques à l'intention des établissements du réseau.
3. Évaluer les besoins et soutenir les activités de formation.
4. Déterminer des indicateurs de gestion et d'évaluation de la qualité.

RESPONSABLES

Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE), en collaboration avec la direction générale du personnel du réseau et ministériel (DGPRM).

ÉCHÉANCIER

- + Moyen 1 : mai 2006.
- + Moyen 2 : processus continu depuis mars 2006.
- + Moyen 3 : 2006 et 2007.
- + Moyen 4 : juin 2007.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 10

Uniformiser les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux afin de prévenir les infections nosocomiales.

MOYENS

1. S'assurer que les intervenants visés recourent aux meilleures pratiques.
2. S'assurer de la production de guides pour le service central de stérilisation et les secteurs satellites de chaque établissement de santé.
3. Mettre en place un centre provincial de référence en stérilisation, en partenariat avec la Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels de l'INSPQ.
4. Compléter les visites d'installations du réseau de la santé qui effectuent le retraitement de dispositifs médicaux (stérilisation).

RESPONSABLES

- + Moyens 1, 2 et 4 : Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (DGSSMU), en collaboration avec la Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement (DGCFE).
- + Moyen 3 : DGSSMU et INSPQ.

ÉCHÉANCIER

- + Moyens 1, 2 et 3 : continu.
- + Moyen 4 : septembre 2007.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 11

Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique.

MOYENS

1. Réviser la position ministérielle actuelle.
2. Transmettre la position ministérielle aux agences de la santé et des services sociaux et aux établissements.

RESPONSABLE

- + Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (DGSSMU).

ÉCHÉANCIER

- + Décembre 2006.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 12

Établir des normes pour les installations matérielles et les équipements médicaux fixes relativement à la prévention des infections nosocomiales.

MOYENS

1. Former un comité multidisciplinaire : le « Comité immobilisation en prévention des infections nosocomiales ».
2. Réaliser le mandat du comité en deux phases.

Phase 1. Analyser :

- ✦ déterminer des axes prioritaires d'intervention par sources d'infection (transmission par contact, par l'eau ou par voie aérienne) ;
- ✦ élaborer une grille d'analyse ;
- ✦ déterminer, parmi les mesures, normes ou guides existants, ceux considérés comme efficaces dans la prévention des infections nosocomiales ;
- ✦ déterminer les domaines par axes prioritaires, nécessitant l'élaboration de normes et guides favorisant la prévention des infections nosocomiales.

Phase 2. Élaborer des normes ou guides :

- ✦ définir les besoins ainsi que les paramètres des normes ou guides ;
- ✦ préparer un mandat pour l'élaboration de ces normes ou guides techniques, et le confier à la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) ;
- ✦ faire valider les normes ou guides techniques élaborés par la CHQ par le comité d'experts.

RESPONSABLE

- ✦ Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE).

ÉCHÉANCIER

- ✦ Phase 1 : automne 2006.
- ✦ Phase 2 : hiver 2007.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 13

Mettre à niveau les immobilisations et les équipements médicaux fixes du réseau de la santé afin de prévenir les infections nosocomiales.

MOYENS

1. Identifier les besoins et évaluer les coûts de réalisation de la mise aux normes du parc immobilier et des équipements médicaux fixes.
2. Évaluer le budget ministériel à allouer sur trois ans.
3. Déterminer les travaux prioritaires.
4. Effectuer les travaux retenus.

RESPONSABLE

- + Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE)

ÉCHÉANCIER

- + Continu.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 14

Préciser les rôles et responsabilités des instances locales, régionales et nationales relativement à la gestion d'un risque infectieux relié au retraitement (y compris la stérilisation) de dispositifs médicaux, et apporter le soutien nécessaire à l'évaluation et à la gestion de ce risque.

MOYEN

1. Mettre à jour et distribuer le document *Dispositif médical réutilisable : mécanisme décisionnel face à un risque d'infection nosocomiale*.

RESPONSABLES

- ✦ Direction générale des services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU), en collaboration avec la direction de la protection de la santé publique (DPSP), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Centre provincial de référence en stérilisation.

ÉCHÉANCIER

- ✦ Décembre 2006.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 15

Favoriser l'échange d'information scientifique sur les infections nosocomiales entre les partenaires.

MOYENS

1. Cibler les sources d'information valides.
2. Déterminer la documentation pertinente.
3. Repérer les projets de recherche en cours.
4. Arrimer le réseau québécois d'échange d'information à celui du réseau canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN).
5. Déterminer les modalités de diffusion au réseau et les modalités d'échange d'information.

RESPONSABLE

- ✦ L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) avec l'aide de la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information (DGSPÉGI) pour la détermination des projets de recherche en cours.

ÉCHÉANCIER

- ✦ Continu.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 16

Établir un programme intégré de recherche sur les infections nosocomiales.

MOYENS

1. Établir les cibles prioritaires d'un programme de recherche sur les infections nosocomiales à partir de l'état des recherches existantes ainsi que d'une consultation auprès du Conseil du médicament et de l'Institut national de santé publique.
2. Accorder une attention particulière au *Clostridium difficile* et à la recherche évaluative sur l'usage adéquat des antibiotiques.
3. Allouer les ressources nécessaires à la mise en place du programme de recherche.

RESPONSABLES

- + Direction de la protection de la santé publique (DGSP), en collaboration avec la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information (DGPSÉGI) et le Fonds de recherche en santé du Québec.
- + Un avis sur les cibles à prioriser sera demandé au Conseil du médicament et à l'Institut national de santé publique du Québec.

ÉCHÉANCIER

- + Détermination des priorités : décembre 2006.
- + Préparation du programme de recherche : avril 2007.
- + Lancement du programme : juin 2007.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 17

Rendre accessible l'expertise sur les infections nosocomiales.

Soutenir et outiller les agences et les établissements dans l'investigation de problèmes infectieux particuliers.

Contribuer au développement de l'expertise locale dans le domaine de l'épidémiologie.

Soutenir le développement de l'expertise scientifique.

MOYENS

1. Rendre accessible une équipe nationale de soutien à l'investigation épidémiologique.
2. Offrir une formation particulière pour les microbiologistes infectiologues et les équipes de santé publique des régions.
3. Rendre accessible un site Internet de type « communauté de pratique » à l'intention des professionnels et des gestionnaires.

RESPONSABLE

- ✦ L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), avec la collaboration de l'Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec (AMMIQ).

ÉCHÉANCIER

- ✦ Continu.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS : ACTION 18

Organiser les services de laboratoire de façon à pouvoir répondre aux besoins en prévention et contrôle des infections nosocomiales.

MOYENS

1. Procéder à la hiérarchisation des services de laboratoire, y compris ceux de la microbiologie.
2. Désigner l'établissement de référence pour la caractérisation des souches dans un contexte clinique ou d'analyse des éclosions (laboratoire de référence).
3. Mettre à niveau les services de laboratoire, de façon à ce que la clientèle de soins généraux et spécialisés ait rapidement accès à des tests.

RESPONSABLE

- + Direction générale des services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU).

ÉCHÉANCIER

- + 2006 à 2008.

ACTION 19 : LE SOUTIEN AUX ACTEURS

Développer l'expertise des intervenants des établissements du réseau de la santé par une formation de base et une mise à jour continue en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

MOYENS

1. Offrir, de façon régulière, un programme de formation de base sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales pour les infirmières affectées à cette fonction, jusqu'à ce que les universités puissent assumer ce rôle.
2. Offrir, de façon régulière, de la formation continue sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales pour les infirmières affectées à cette fonction.
3. S'assurer de l'élaboration et de l'accessibilité d'une formation de niveau universitaire sur la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.
4. S'assurer de l'élaboration et de l'accessibilité d'une formation adéquate en hygiène et salubrité.
5. S'assurer de l'élaboration et de l'accessibilité d'une formation adéquate en stérilisation.

RESPONSABLES

- + Moyens 1 et 2 : Direction générale de la santé publique (DGSP) en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- + Moyen 3 : Direction générale du personnel du réseau et ministériel (DGPRM), en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELSQ), les universités et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
- + Moyen 4 : La direction générale du personnel du réseau (DGPRM) et du ministère et la direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE).
- + Moyen 5 : La direction générale du personnel du réseau et ministériel (DGPRM) et la direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (DGSSMU).

ÉCHÉANCIER

Continu.

LA STRUCTURE

Un programme de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales atteindra les résultats escomptés si l'ensemble des partenaires assument leurs responsabilités et coordonnent leurs efforts pour mobiliser le personnel, les professionnels et les gestionnaires, allouer au programme les ressources requises et réaliser les activités prévues.

Un tel système doit être cohérent : les partenaires doivent être connus, les rôles et responsabilités doivent être définis et les règles du jeu, bien déterminées.

Le Québec dispose d'un encadrement légal qui fournit au réseau de la santé et des services sociaux des leviers importants pour agir dans les situations où la santé de la population est menacée ou risque de l'être. Le gouvernement du Québec a en outre apporté des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux de façon à préciser certains aspects relatifs aux infections nosocomiales. Celles-ci font nommément partie des responsabilités du « Comité de la gestion des risques » dont tout établissement doit se doter. Les conseils d'administration des établissements doivent par ailleurs mettre en place un « Comité de vigilance et de la qualité » qui a un droit de regard sur les activités relatives aux infections nosocomiales. Ce comité formé de trois membres du conseil d'administration, du commissaire local aux plaintes et du directeur général doit rendre compte directement au conseil d'administration.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, après entente avec ses partenaires, a produit un document précisant les principaux rôles et responsabilités des partenaires engagés dans la résolution de cette problématique. La Loi sur la santé publique confie un rôle et des pouvoirs particuliers au ministre ainsi qu'au directeur national et aux directeurs de santé publique en leur permettant de prendre tous les moyens appropriés afin de remédier aux situations susceptibles de constituer une menace à la santé de la population. C'est en conformité avec ces pouvoirs spéciaux que la Direction générale de la santé publique du MSSS s'est vu confié le mandat de coordonner et concerter l'élaboration du plan d'action et de voir à sa mise en application.

LA STRUCTURE : ACTION 20

Orienter les prises de décision ministérielles et régionales sur la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales en fonction des besoins nationaux, régionaux et locaux.

Faciliter la concertation et soutenir le réseau dans l'instauration de modalités permettant l'opérationnalisation des orientations.

MOYENS

1. Utiliser le Comité ministériel de suivi du plan d'action.
2. Utiliser la Table nationale de prévention des infections nosocomiales, qui joue un rôle-conseil auprès de la direction générale de la santé publique.
3. Utiliser des tables régionales, qui jouent un rôle-conseil auprès des agences de la santé et des services sociaux.

RESPONSABLES

- + Moyen 1 : Sous-ministre adjoint, direction générale de la santé publique (DGSP), avec la collaboration des autres directions générales du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- + Moyen 2 : Sous-ministre adjoint, direction générale de la santé publique (DGSP).
- + Moyen 3 : Les agences de la santé et des services sociaux.

ÉCHÉANCIER

- + Continu.

ACTION 21 : LA STRUCTURE

S'assurer de la mise en place, dans chaque établissement de santé, d'une structure de base consacrée à la surveillance, à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales. Il s'agit d'une structure minimale comprenant un Comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et une équipe d'intervention.

S'assurer que le Comité de PCI et l'équipe d'intervention se voient accorder une position stratégique et qu'ils disposent de l'autorité et des ressources nécessaires pour réaliser leurs mandats.

S'assurer d'un lien effectif entre cette structure et les instances de contrôle de qualité prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux : conseil d'administration, Comité de vigilance et de la qualité, Comité de la gestion des risques, direction générale, conseils d'établissement.

MOYENS

1. Allouer les ressources nécessaires à l'atteinte de la norme reconnue pour les infirmières des hôpitaux spécialisés (1/100 lits de soins de courte durée au permis) et pour les infirmières affectées aux installations de soins de longue durée (1/250 lits de soins de longue durée au permis), et soutenir l'atteinte de cet objectif.
2. Soutenir l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec dans sa démarche de création d'un champ d'exercice spécialisé relatif à la prévention et au contrôle des infections.
3. Suivre régulièrement la situation au Comité de gestion du réseau (directions du Ministère et agences de la santé et des services sociaux).
4. Inscrire les attentes de résultats dans les ententes de gestion.
5. Demander aux instances d'agrément de tenir compte de la priorité accordée à la surveillance, à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales dans leur processus d'agrément.

RESPONSABLES

- + Moyen 1 : Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE) et la Direction générale de la santé publique (DGSP).
- + Moyen 2 : Direction générale du personnel du réseau et ministériel (DGPRM) et direction générale de la santé publique (DGSP).
- + Moyen 3 : Direction générale de la santé publique (DGSP) et direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE).
- + Moyens 4 et 5 : Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE).

ÉCHÉANCIER

- + Orientations inscrites dans le cadre de référence, publié en mai 2006.
- + Suivi régulier.

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Les établissements de santé et de services sociaux, les agences de la santé et des services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux sont responsables et imputables de la qualité des services et de la réponse aux besoins en soins et services de la population.

Les divers paliers de décision et d'action se doivent donc d'instaurer des mesures de suivi et d'évaluation des programmes mis en place afin d'en mesurer l'efficacité et de pouvoir apporter les ajustements nécessaires.

De tels mécanismes pour le programme national de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ont donc été prévus.

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION : ACTION 22

Évaluer le rapport coûts-bénéfices de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

MOYENS

1. Recenser les études réalisées dans différents pays et qui se rapportent à l'objet d'étude retenu.
 2. Comparer la situation particulière du Québec aux résultats des études recensées.
 3. Effectuer une modélisation en fonction d'une épidémiologie québécoise et en fonction du mode d'organisation des services du réseau québécois de la santé et de ses ressources.
1. Produire un rapport et le transmettre au ministre de la Santé et des Services sociaux.

RESPONSABLES

- ✦ L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et la direction générale de la santé publique, avec la collaboration d'autres directions du MSSS et de l'INSPQ, pour déterminer les composantes de l'étude.
- ✦ Réalisation par l'AETMIS du mandat d'évaluation qui lui a été confié par le ministre.

ÉCHÉANCIER

- ✦ Entente AETMIS-DGSP sur les composantes de l'étude : mai 2006.
- ✦ Rapport d'étape : novembre 2006.
- ✦ Rapport final : mars 2007.

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION : ACTION 23

Fournir aux établissements un tableau de bord pour s'assurer de l'actualisation du programme de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

MOYENS

1. Contribuer à déterminer les indicateurs de processus et les activités à évaluer.
2. Soutenir la conception d'un tableau de bord pour l'ensemble des établissements, en utilisant notamment les résultats des travaux confiés au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

RESPONSABLES

- ✦ La direction générale de la santé publique (DGSP), les agences de la santé et des services sociaux et les établissements.

ÉCHÉANCIER

- ✦ Décembre 2006.

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION : ACTION 24

Fournir aux agences de la santé et des services sociaux et au Ministère un outil pour s'assurer de l'actualisation du programme de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans le réseau.

MOYENS

1. Concevoir un tableau de bord pour les agences et le Ministère.
2. Assurer le suivi et analyser les résultats.
3. Transmettre des recommandations aux instances visées.

RESPONSABLE

- ✦ Le directeur national de santé publique, en collaboration avec les directions générales du Ministère et les agences de la santé et des services sociaux.

ÉCHÉANCIER

- ✦ Décembre 2006.

LE PLAN DE COMMUNICATION

Afin de soutenir l'ensemble des actions en prévention et contrôle des infections nosocomiales, des activités de communication leur seront intégrées. En transmettant régulièrement de l'information sur les mesures préconisées à différents moments, sur les résultats obtenus par les activités de PCI et sur les ajustements apportés au plan d'action, le plan de communication compte parmi les moyens destinés à favoriser l'acquisition et le développement d'une culture de la prévention tant chez les acteurs et partenaires du réseau que dans la population générale.

Le contenu communiqué aura pour but d'informer les différents publics cibles sur des aspects particuliers du programme de PCI et cherchera aussi à amener les divers acteurs, quel que soit leur champ d'intervention, à se sentir interpellés par la sécurité des soins et à les responsabiliser en cette matière. Car qu'il s'agisse des administrateurs, des gestionnaires, des professionnels de la santé ou du personnel en général, le défi de la réduction des infections nosocomiales passe par l'adhésion de tout un chacun aux actions privilégiées. Par ailleurs, par l'entremise des outils et des mécanismes d'information qui l'accompagnent nécessairement, le plan de communication jouera un rôle important dans l'actualisation des connaissances, la mise en œuvre et la mise à jour des lignes directrices, la formation continue, le partage d'expertise et d'expérience.

La stratégie de communication mettra sur la contribution des diverses instances du Ministère, ainsi que sur celle des agences régionales et des autres organismes engagés dans la problématique pour faire circuler l'information.

PLAN DE COMMUNICATION : ACTION 25

Élaborer un plan de communication intégré au plan d'action dans la perspective de poursuivre, tant auprès des divers partenaires du réseau de la santé et des services sociaux que de la population générale, les objectifs suivants : faire connaître les actions privilégiées par le Plan d'action ; faire connaître les exigences liées à la sécurité des soins ; sensibiliser de façon continue à l'importance des mesures de prévention et de contrôle ainsi qu'à leurs bénéfices en matière de vies humaines, de ressources financières et d'accessibilité aux soins de santé.

MOYENS

1. Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication pour les divers publics cibles en fonction des objectifs énoncés dans le Plan d'action.
2. Poursuivre, avec régularité et transparence, la diffusion de données de surveillance relatives aux infections nosocomiales.

RESPONSABLES

- ✦ Le directeur national de santé publique et la Direction des communications du MSSS, en étroite collaboration avec les membres du Comité ministériel de suivi du plan d'action.

ÉCHÉANCIER

- ✦ Mai 2006 : lancement du plan d'action et du cadre de référence.
- ✦ Variable pour les autres éléments du plan d'action (à déterminer en fonction des besoins et de l'avancement des travaux).

CONCLUSION

Le présent plan d'action a été élaboré en continuité avec les actions qui ont été intensifiées depuis 2004 pour réduire l'incidence des infections nosocomiales dans le réseau québécois de la santé.

Certains principes ont guidé la conception de ce plan : le respect du rôle premier que les établissements de santé doivent jouer dans la prévention et le contrôle des infections nosocomiales ; l'intégration de la démarche du programme aux processus visant la qualité ; le souci de transparence, au premier chef manifesté par le ministre au moment où il prenait publiquement position sur ce dossier ; l'importance de bien clarifier les rôles et les responsabilités, tant au niveau local qu'aux niveaux régional et national.

Le Ministère entend guider l'action mais aussi soutenir les établissements dans leurs efforts pour diminuer l'incidence des infections nosocomiales. Les orientations définies par le Ministère sont basées sur les standards de pratique recommandés par les experts ainsi que, le cas échéant, sur les données probantes de la littérature. Elles sont aussi guidées par les valeurs et le mode d'organisation propres au système de santé et de services sociaux du Québec, ainsi que par les connaissances acquises par les intervenants sur le terrain. La détermination de livrables précis nous permettra de suivre la réalisation du plan et d'apporter, le cas échéant, les ajustements nécessaires selon l'évolution des connaissances et l'épidémiologie observée.

Les objectifs du plan seront atteints si les divers responsables, aux niveaux local, régional et national, continuent de faire de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales une de leur priorités. Des efforts devront être consentis pour mettre en œuvre les activités requises et permettre au personnel des établissements de maintenir à niveau leurs connaissances dans le domaine et de disposer du temps nécessaire pour agir avec efficacité et qualité.

Le Ministère entend faire sa part en veillant à fournir des orientations claires, en établissant de façon précise les résultats à atteindre et les priorités de gestion, en apportant au réseau un soutien important et continu et en participant aux efforts de concertation en vue d'une meilleure cohérence dans les actions.

Par ce plan, nous visons une action concertée pour relever le défi de la prévention des infections nosocomiales afin d'offrir à nos concitoyens des services efficaces et de qualité.

Le directeur de la protection de la santé publique,
coordonnateur du Comité ministériel de suivi
et de l'élaboration du plan d'action.

Horacio Arruda

ANNEXES

ANNEXE 1

MÉCANISMES DE SUIVI ET DE REDDITION DE COMPTES

Priorité du MSSS reconnue par le Conseil exécutif.

Rapports périodiques au Comité de direction du MSSS.

Le Comité ministériel de suivi du plan d'action sur les infections nosocomiales.

Implication du Comité de gestion réseau (CGR) qui assurera le suivi des ententes de gestion convenues entre le MSSS et les agences de la santé et des services sociaux et les ententes de gestion convenues entre les agences et les établissements de leur région.

Élaboration de tableaux de bord utilisés aux niveaux local, régional et provincial.

Utilisation des divers mécanismes de reddition de comptes.

ANNEXE 2

LISTE DES COLLABORATEURS À L'ACTUALISATION DU PLAN D'ACTION QUE NOUS REMERCIONS DE LEUR IMPLICATION

Les établissements de santé du Québec

Les tables régionales sur les infections nosocomiales

Les agences de la santé et des services sociaux

Les directions de santé publique des régions

L'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

Le Collège des médecins du Québec (CMQ)

L'Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec (AMMIQ)

L'Association des professionnels en prévention des infections (APPI)

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

L'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI)

Community and Hospital Infection Control Association, Canada, Chapitre de Montréal-prévention des infections. Association pour la prévention des infections dans la communauté - Canada. (CHICA-Montréal-PI)

Les universités du Québec et les CÉGEP

La Table nationale de prévention des infections nosocomiales

L'Institut national de santé publique (INSPQ)

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

Le Comité Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

Le Conseil du médicament

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)

Le Fonds de recherche en santé (FRSQ)

La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)

Le Comité de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux (CODIR)

Le Comité de gestion du réseau (CGR)

La Direction générale de la coordination, du financement et des équipements (DGCFE)

La Direction générale du personnel du réseau et ministériel (DGPRM)

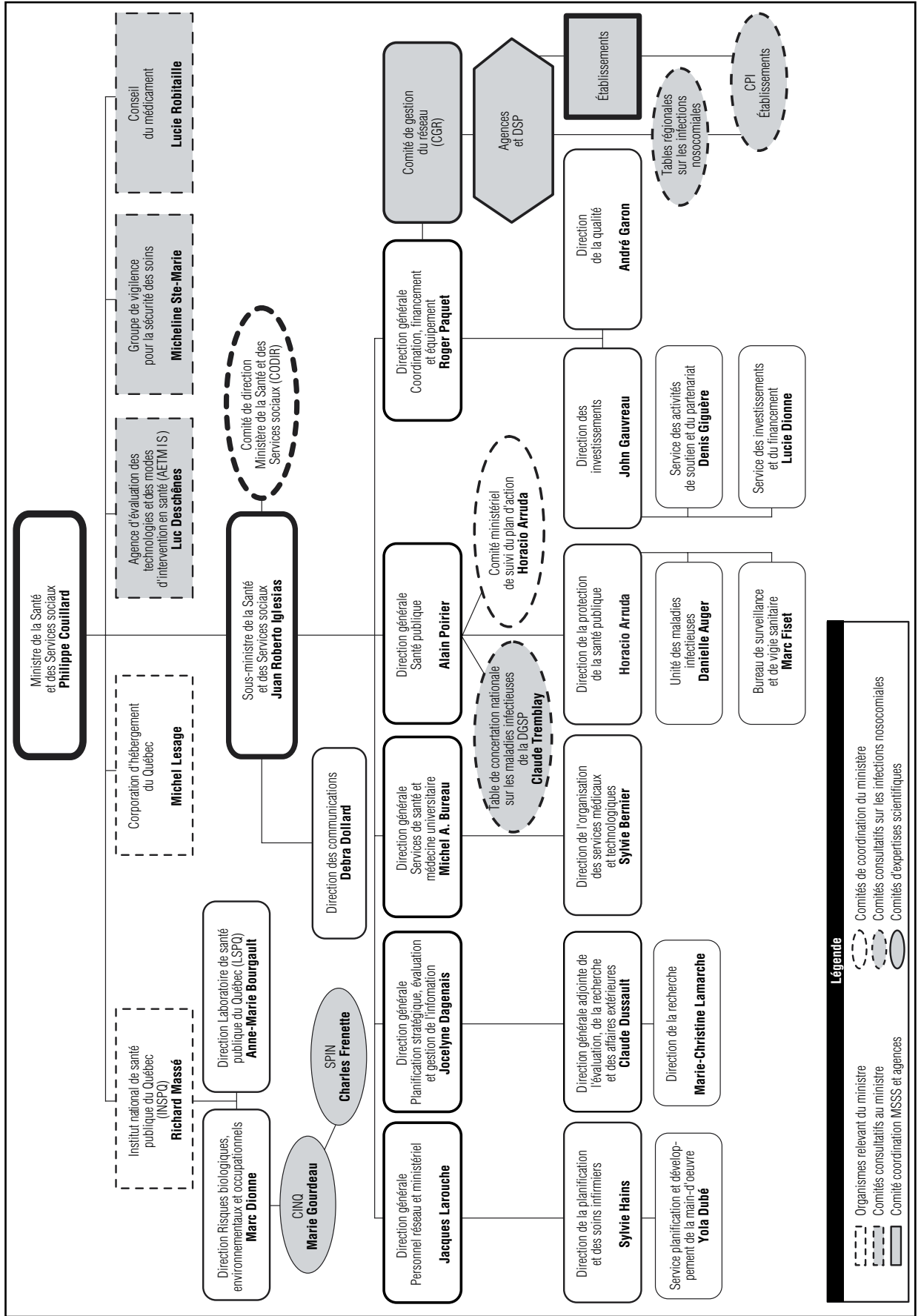
La Direction des communications

La Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information (DGPSGI)

La Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (DGSSMU)

La Direction générale de la santé publique (DGSP), direction coordonnatrice du plan d'action

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL, PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES



www.msss.gouv.qc.ca

**Santé
et Services sociaux**

Québec 