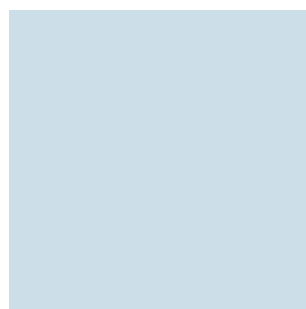
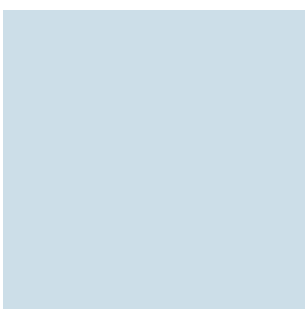
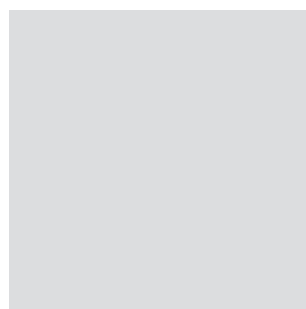
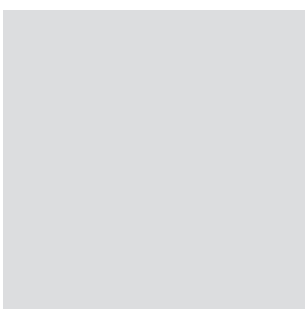




PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Plan d'action
2010-2015



PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Plan d'action
2010-2015

Le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2010 2015 est une production du ministère de la Santé et des Services sociaux. La Direction de la protection de la santé publique rattachée à la Direction générale de la santé publique en a coordonné l'élaboration.

Rédaction

Hélène Beaulieu : Directrice, Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, ministère de la Santé et des Services sociaux

Daniel Bolduc : Épidémiologiste, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Bouchard : Directrice par intérim, Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal, Institut national de l'excellence en santé et services sociaux

Michelle Boulanger : Pharmacienne, Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, ministère de la Santé et des Services sociaux

Anne Fortin : Chef, Unité scientifique Surveillance, prévention et contrôle des maladies infectieuses, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Caroline Fraser : Conseillère en communication, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux

Denis Giguère : Chef, Service des activités de soutien et du partenariat, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Hains : Directrice des soins infirmiers, Direction générale du personnel réseau et ministériel, ministère de la Santé et des Services sociaux

Harold Jenkins : Coordonnateur, hygiène et salubrité, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget, ministère de la Santé et des Services sociaux

Catherine Maranda : Conseillère à la Direction de la qualité, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux

Claude Marcil : Conseiller en retraitement des dispositifs médicaux, Direction de la biovigilance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Danielle Saint-Louis : Directrice à la qualité, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux

Chantal Saucier : Architecte, responsable du Comité Immobilisations en prévention des infections nosocomiales, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget, ministère de la Santé et des Services sociaux

Chantal Soucy : Conseillère en prévention des infections, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Éric St-Gelais : Agent de recherche et de planification socioéconomique, Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, ministère de la Santé et des Services sociaux

Manon St-Pierre : Directrice, Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, ministère de la Santé et des Services sociaux

Claudie Tremblay : Conseillère en communication, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux

Madeleine Tremblay : Coordonnatrice du dossier des infections nosocomiales, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaborateurs

Comité sur les infections nosocomiales du Québec
Table nationale de prévention des infections nosocomiales

Révision linguistique

Francine Bordeleau

Mise en page

Noro Hanitra Rabetafika, Unité des maladies infectieuses

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61053-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-61054-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011



Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

La lutte contre les infections nosocomiales nécessite un engagement continu et c'est pourquoi le plan d'action 2010-2015 s'impose comme la suite logique d'un enjeu important au sein du Ministère et auprès de ses partenaires. Tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, il a été clairement démontré que la prévention et le contrôle des infections s'inscrivent en force dans une offre de soins et de services sécuritaires. La mise en œuvre d'un plan d'action structuré permet d'avoir une perspective globale et de garder bien en vue les activités à inscrire en priorité, à réaliser et à maintenir pour réduire le risque infectieux relié à la prestation des soins et services.

Le plan d'action 2010-2015 se veut ambitieux, mais aussi réaliste. Ambitieux, il pousse encore plus loin les actions mises en place avec le plan 2006-2009. Réaliste, il poursuit dans la même voie que le précédent tout en s'appuyant sur des acquis pour mieux progresser. La mise en place d'assises solides m'apparaît primordiale pour réduire de façon certaine et durable le risque de contracter une infection nosocomiale dans les établissements du réseau québécois de la santé.

Notre bilan des dernières années est fort encourageant, notamment au regard des diarrhées associées à la bactérie *Clostridium difficile*, qui ont connu une réduction de plus de 40 %. Également, les données des programmes de surveillance instaurés dans les établissements de soins du Québec confirment l'efficacité des mesures prises jusqu'à maintenant. Je persiste toutefois à croire que nous pouvons faire encore mieux puisque les résultats sont toujours perfectibles. Chaque infection nosocomiale doit être une source d'enseignement et faire l'objet d'une attention particulière afin d'en déterminer la cause et éviter qu'elle ne se reproduise.

La transparence et la fluidité de l'information sont deux des valeurs que je privilégie. Plus que souhaitable, un engagement de l'ensemble des établissements dans cette voie ne pourra que contribuer à renforcer le lien de confiance entre la population québécoise et son réseau de santé.

La lutte contre les infections nosocomiales doit être un projet commun. Administrateurs, gestionnaires, médecins, professionnels et intervenants, vous tous, dans chacun de vos secteurs d'activité, êtes les artisans de cette lutte efficace contre les infections nosocomiales. Votre engagement, votre professionnalisme et votre humanisme sont essentiels à la réussite de ce projet commun.

Yves Bolduc



MOT DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours des dernières années, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales ont connu un essor considérable au Québec. La lutte contre ces infections est complexe; elle nécessite une multitude d'actions et la collaboration de nombreux partenaires. À cet égard, le plan d'action 2006-2009 a montré qu'une démarche concertée et coordonnée pouvait être efficace. C'est dans ce contexte que j'exerce mon mandat qui est notamment de coordonner les efforts des différentes directions du Ministère et des partenaires dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Le plan d'action 2010-2015 est le cadre qui sert à structurer cette responsabilité. Dans le plan d'action sont fixés des objectifs opérationnels. Ces objectifs ne se limitent pas aux secteurs cliniques; ils s'étendent à tous les secteurs d'activité visés par la lutte contre les infections nosocomiales, dont le retraitement des dispositifs médicaux, l'hygiène et la salubrité de même que l'infrastructure immobilière, trois secteurs qui jouent un rôle majeur dans la prévention de la transmission des infections.

L'un des objectifs du plan d'action est le maintien des structures de concertation au sein du réseau, car la lutte contre les infections nosocomiales ne réussira que si elle s'appuie sur un engagement partagé. Les travaux des comités de travail, de la Table nationale et des tables régionales se poursuivront donc, et devraient conduire à une meilleure harmonisation des bonnes pratiques. Aussi, comme l'instauration d'une collaboration entre les équipes des établissements et celles des directions de santé publique s'est révélée un atout majeur durant la période 2006-2009, il est impératif de poursuivre cette collaboration tout en respectant les responsabilités de chacun.

Les principales responsabilités dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales incombent d'abord aux établissements. Aussi ce plan d'action vise-t-il à les soutenir, afin que soient renforcées sur le terrain les activités de surveillance, de prévention et de contrôle. Dans le *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec* qu'il publiait en 2006, le Ministère déterminait les principes et les objectifs devant présider à l'implantation de tout programme de prévention et contrôle des infections. J'en profite aujourd'hui pour y référer de nouveau les gestionnaires et les équipes, car la mise à jour du programme est à la base d'activités bien adaptées aux besoins de la clientèle et à la vocation de l'établissement.

Les infections nosocomiales constituent un défi. L'utilisation rigoureuse de tableaux de bord permettra de suivre l'état d'avancement des actions et de mesurer l'engagement des établissements et du réseau dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Promouvoir une culture partagée de qualité et de sécurité des soins, consolider les acquis, poursuivre le développement des actions, maintenir la vigilance et la mobilisation de tous les intervenants, administrateurs et gestionnaires au regard du risque infectieux, voilà l'engagement qu'il faut prendre envers la population du Québec.

Le directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint,

Alain Poirier



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE	
LE PLAN D’ACTION 2006-2009 :	
DES PROGRÈS, UN SAVOIR-FAIRE ET DES RÉSULTATS PROBANTS	3
La prévention et le contrôle des infections nosocomiales : une dynamique en évolution.....	5
Le « rapport Aucoin » de 2005 : où en sommes-nous aujourd’hui?.....	5
Des progrès organisationnels	6
Un savoir-faire en développement.....	6
Des résultats probants.....	7
Les diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i> : un système novateur et un succès appréciable	7
Les bactériémies : des infections d’importance	9
Les bactéries multirésistantes : une préoccupation constante.....	11
Des coûts évités.....	12
Une information à partager avec la population	13
DEUXIÈME PARTIE	
LES ACTIONS RETENUES	15
LES CADRES DE RÉFÉRENCE.....	17
Les cadres de référence – Action 1.....	18
LA SURVEILLANCE.....	20
La surveillance – Action 2	21
La surveillance – Action 3	23
La surveillance – Action 4	24
La surveillance – Action 5	25
La surveillance – Action 6	26
La surveillance – Action 7A.....	27
La surveillance – Action 7B	28
LE SOUTIEN AUX ACTEURS.....	29
Le soutien aux acteurs – Action 8.....	30
Le soutien aux acteurs – Action 9.....	31
Le soutien aux acteurs – Action 10.....	32

Le soutien aux acteurs – Action 11	33
Le soutien aux acteurs – Action 12	34
Le soutien aux acteurs – Action 13	35
Le soutien aux acteurs – Action 14	37
Le soutien aux acteurs – Action 15	38
Le soutien aux acteurs – Action 16	39
Le soutien aux acteurs – Action 17	40
Le soutien aux acteurs – Action 18	41
Le soutien aux acteurs – Action 19	42
Le soutien aux acteurs – Action 20	43
LA STRUCTURE	45
La structure – Action 21	46
La structure – Action 22	48
LE SUIVI ET ÉVALUATION	50
Le suivi et l'évaluation – Action 23	51
Le suivi et l'évaluation – Action 24A	52
Le suivi et l'évaluation – Action 24B	53
LE PLAN DE COMMUNICATION	54
Plan de communication – Action 25	55
ANNEXE 1	
TABLEAU DE BORD RELATIF AU PLAN D'ACTION 2006-2009	59
ANNEXE 2	
MÉCANISMES DE SUIVI ET DE REDDITION DE COMPTES	67
ANNEXE 3	
LES COLLABORATEURS À LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1

Incidence des diarrhées d'origine nosocomiale associées à *Clostridium difficile* dans les centres hospitaliers, Québec, 2005-2006 à 2009-2010.

Tableau 2

Nombre de décès avec diarrhée d'origine nosocomiale associée à *Clostridium difficile* dans les centres hospitaliers, selon la cause ou le délai de survenue après le diagnostic, Québec, 2006-2007 à 2009-2010.

Tableau 3

Taux d'incidence (cas/1000 jours-cathéters) des bactériémies sur cathéters centraux dans les unités de soins intensifs des centres hospitaliers, Québec, 2006-2007 à 2008-2009.

Tableau 4

Incidence des bactériémies nosocomiales à *Staphylococcus aureus* (sensible et résistant à la méthicilline) dans les centres hospitaliers, Québec, 2006-2007 à 2008-2009.

Tableau 5

Incidence des bactériémies nosocomiales associées aux accès veineux en hémodialyse chronique dans les centres hospitaliers, Québec, 2007-2008 et 2008-2009.

Tableau 6

Incidence des bactériémies nosocomiales panhospitalières, Québec, 2007-2008 et 2008-2009.

Tableau 7

Nombre de nouveaux cas confirmés d'entérocoque résistant à la vancomycine déclarés par les laboratoires des centres hospitaliers, Québec, 2006-2007 à 2008-2009.

Tableau 8

Coûts imputables aux infections nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline.



LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ADVİN :	Association des victimes d'infections nosocomiales
AEP :	attestation d'études professionnelles
AETMIS :	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AIPI :	Association des infirmières en prévention des infections
AMMIQ :	Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec
AQESSS :	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
BACC :	bactériémies sur cathéters centraux
<i>C. difficile</i> :	<i>Clostridium difficile</i>
CGR :	Comité de gestion du réseau
CH :	centre hospitalier
CHAU :	centre hospitalier affilié universitaire
CHICA Montréal :	Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté
CHSGS :	centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU :	centre hospitalier universitaire
CINQ :	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CPRS :	Centre provincial de référence en stérilisation
CSSS :	centre de santé et de services sociaux
DACD :	diarrhée associée à <i>Clostridium difficile</i>
DAPM :	Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament
DGCFIB :	Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget
DGPRM :	Direction générale du personnel réseau et ministériel
DGSP :	Direction générale de la santé publique
DGSSMU :	Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire
DRITC :	Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances
DSP :	Direction de santé publique

<i>E. coli</i> :	<i>Escherichia coli</i>
ERV :	entérocoque résistant à la vancomycine
ETC :	équivalent temps complet
GEPITER :	Groupe d'épidémiologie de terrain
GRIS :	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
INESS :	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IU :	Institut universitaire
LSPQ :	Laboratoire de santé publique du Québec
MELS :	ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MMUU :	matériel médical à usage unique
MSSS :	ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI :	prévention et contrôle des infections
RDM :	retraitement des dispositifs médicaux
SARM :	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SASM :	<i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méthicilline
<i>S. aureus</i> :	<i>Staphylococcus aureus</i>
SENIC :	Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control
SI :	soins intensifs
SPIN (Comité) :	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
TCNMI :	Table de concertation nationale en maladies infectieuses
TCNSP :	Table de coordination nationale de santé publique
TNPIN :	Table nationale de prévention des infections nosocomiales
TOCSIN :	Tableau organisationnel de contrôle et de suivi des infections nosocomiales
USI :	unité de soins intensifs



INTRODUCTION

Le plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015 s'inscrit dans le prolongement du plan d'action 2006-2009. Bien que le bilan de ces réalisations soit fort encourageant, la mise en œuvre et la consolidation d'activités restent nécessaires. Par surcroît dans le contexte économique difficile qui est le nôtre, les acquis sont fragiles; la planification et la priorisation des activités deviennent alors des préalables à la poursuite des programmes.

Le plan d'action 2010-2015 est un outil de gestion à la disposition du ministère pour soutenir les agences de santé et de services sociaux ainsi que les établissements. Il s'inscrit en continuité avec les actions antérieures. Il permet de garder le cap sur les priorités dans un horizon quinquennal. Il est aussi le moyen privilégié par lequel le ministère entend partager sa vision avec l'ensemble du réseau et s'assurer qu'en ce qui concerne le dossier des infections nosocomiales, les efforts vont dans le même sens.

Le plan d'action, qui se réalisera par des actions locales, régionales et nationales, a fait l'objet d'une vaste consultation. Par l'entremise du Comité ministériel sur les infections nosocomiales, les différentes directions du ministère ont établi leurs priorités en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. En tant que partenaires dans la lutte contre les infections nosocomiales, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec, rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec, la Table nationale de prévention des infections nosocomiales, une structure de la Direction générale de la santé publique du ministère, et le Conseil du médicament¹ ont été particulièrement mis à contribution. Ces instances jouent un rôle clé dans l'orientation des actions, de façon à ce qu'elles répondent aux besoins des établissements et de leurs usagers.

Dans un premier temps, avant même de décrire les actions retenues aux fins du plan 2010-2015, il convient de faire un bref retour sur l'évolution de la situation des dernières années. Où en sommes-nous dans la mise en œuvre des recommandations du rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, recommandations qui sont à l'origine du plan d'action 2006-2009 ? Ce premier plan d'action a-t-il contribué au développement d'un savoir-faire clinique et organisationnel ? Jusqu'à quel point avons-nous réussi à prévenir la propagation des infections dans nos milieux de soins ? Nos actions nous ont-elles permis d'épargner au chapitre des coûts ? Les progrès réalisés au cours de la période 2006-2009 sont présentés dans la première partie du document; ces progrès bien réels attestent de l'importance de poursuivre la lutte contre les infections nosocomiales.

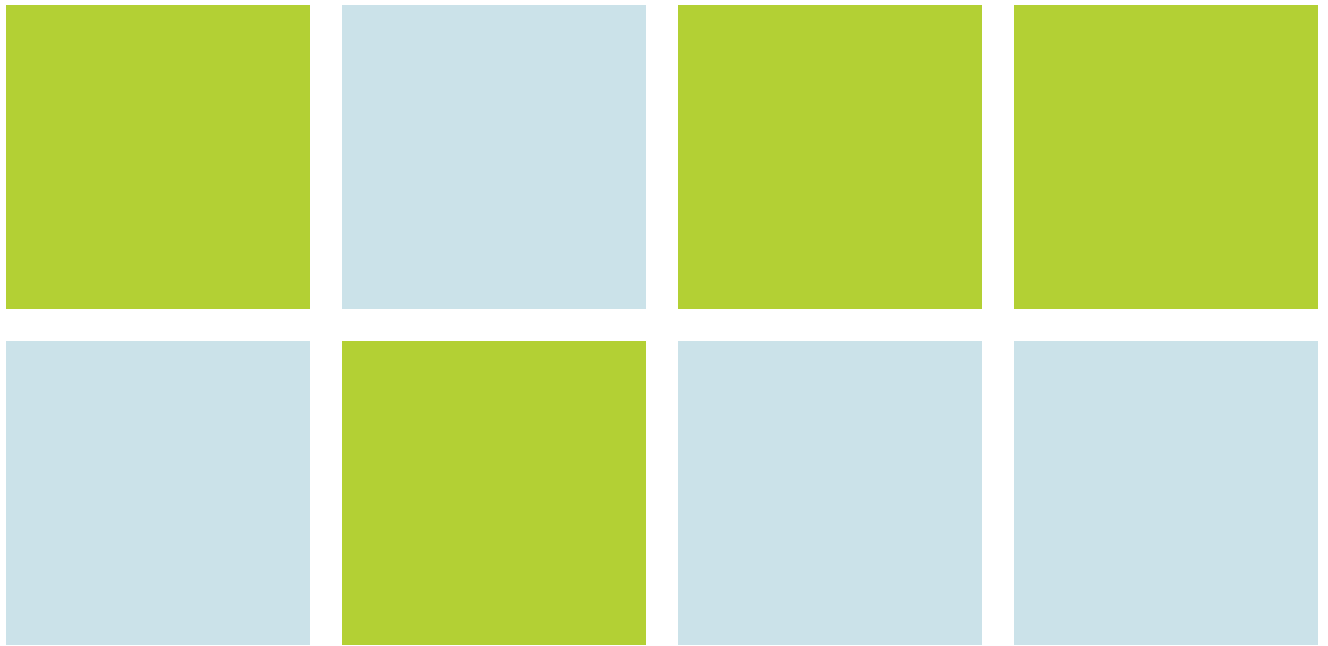
La seconde partie du document est consacrée aux actions comme telles. Cette section conserve les mêmes thèmes que dans le plan d'action 2006-2009, qui sont en fait les fonctions de base du programme de prévention et contrôle des infections à savoir : 1) les cadres de référence, 2) la surveillance, 3) le soutien aux actions, 4) la structure, 5) le suivi et l'évaluation, 6) le plan de communication. Elle conserve également la même présentation, soit : une

1. Depuis le 19 janvier 2011, le Conseil du médicament et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé sont fusionnés en une seule entité : l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

description des actions, à laquelle se greffent des moyens, des responsables et des échéanciers. Le document se veut ainsi un outil convivial et facile à consulter. Un court bilan des réalisations du plan d'action 2006-2009 est présenté pour chacune des actions. Un bilan plus détaillé des réalisations se trouve dans le tableau de bord ministériel, à l'annexe 1.

Le plan d'action 2010-2015 est un outil de gestion et de mobilisation pour le ministère et l'ensemble du réseau de la santé. Bien que les usagers et la population générale aient un rôle à jouer en matière de prévention des infections nosocomiales, les actions décrites ici s'adressent aux gestionnaires et aux intervenants du réseau. Les actions visant directement les patients, les aidants naturels et les visiteurs se doivent d'être très respectueuses des personnes, et sont laissées à l'initiative des établissements.

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



PREMIÈRE PARTIE

**LE PLAN D'ACTION 2006-2009 :
DES PROGRÈS, UN SAVOIR-FAIRE
ET DES RÉSULTATS PROBANTS**



LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : UNE DYNAMIQUE EN ÉVOLUTION

En 2004, les hôpitaux du Québec ont dû faire face à une augmentation importante du nombre de cas d'infection à *C. difficile*. Cette éclosion a alerté et mobilisé le ministère qui, en étroite collaboration avec les établissements et les agences régionales, a soutenu immédiatement la mise en place de mesures visant à contrôler et à prévenir ces infections. Une plus grande collaboration des gestionnaires, l'amélioration des mesures d'hygiène et de salubrité, la conformité aux lignes directrices et aux recommandations ont permis de corriger progressivement la situation. Par ailleurs, cette éclosion a permis de constater une certaine vulnérabilité du réseau de la santé au regard des infections nosocomiales. Un état de situation s'imposait donc. C'est ainsi qu'en 2005 était créé le Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, présidé par Léonard Aucoin. Ce Comité composé de neuf membres avait pour mandat d'examiner la situation et de faire des recommandations afin d'aider le ministère, ses organismes et son système de services à mieux composer avec la situation évolutive des infections nosocomiales.

LE « RAPPORT AUCOIN » DE 2005 : OÙ EN SOMMES-NOUS AUJOURD'HUI?

Dans son rapport (communément appelé « rapport Aucoin ») publié en 2005², le Comité soutenait que la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI) étaient étroitement liés à un problème de gestion, notamment de gestion des priorités, et ce, tant dans les établissements et les agences qu'au ministère. De ce constat ont découlé des recommandations à l'intention des trois niveaux de responsabilité. Au palier local, la majorité des recommandations concernent les responsabilités des établissements. Dans la foulée des recommandations du Comité, le ministère a publié en juin 2006 un cadre de référence visant à soutenir les établissements³. De plus, en avril 2008, il proposait un tableau de bord permettant à ces derniers de faire le suivi du dossier des infections nosocomiales. Enfin les programmes obligatoires de surveillance mis en place par le ministère permettent aux établissements de santé de suivre l'évolution des taux d'infection.

Il convient aussi de souligner que depuis décembre 2005, les établissements doivent s'inscrire à un programme d'agrément, un processus d'autoévaluation et d'évaluation externe. Ce processus permet de mesurer indirectement la réalisation de plusieurs des recommandations du rapport Aucoin, en particulier celles qui ont trait à l'implantation des programmes locaux de PCI, à la formation du personnel, à l'entretien des équipements et de l'environnement, à la construction et à la rénovation.

2. COMITÉ D'EXAMEN SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES, *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 83 p., [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca].

3. *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 109 p., [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca].

Au palier régional, les recommandations du rapport Aucoin ont conduit à la publication, en 2008, du *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des Directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population*⁴. Ce cadre de référence vise principalement à renforcer les connaissances des équipes régionales quant au contexte légal dans lequel s'inscrivent les interventions en PCI et à harmoniser les pratiques des Directions de santé publique (DSP) dans ce domaine. Bien que la mise en application des recommandations du rapport Aucoin ne fasse pas l'objet d'une reddition de comptes au ministère, toutes les agences, en étroite collaboration avec leur DSP, ont instauré une organisation du travail qui leur permet d'assurer un soutien constant aux établissements. Des fonds ont aussi été consentis aux établissements pour la lutte contre les infections nosocomiales. Dans la conjoncture économique actuelle, il sera important de maintenir ces efforts afin de préserver les acquis et poursuivre le développement des programmes de PCI.

Au palier national, le rapport Aucoin a conduit à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'action 2006-2009; ce processus même a favorisé une concertation et une coordination qui ont permis de concrétiser plusieurs des recommandations du rapport. Les rôles et responsabilités sont mieux compris, tandis que les structures nationales (Comité ministériel sur les infections nosocomiales et Table nationale de prévention des infections nosocomiales) assurent un suivi rigoureux de l'application des recommandations du rapport Aucoin et du plan d'action.

DES PROGRÈS ORGANISATIONNELS

Depuis la crise du *C. difficile* en 2004, de grands progrès ont été accomplis au niveau organisationnel. La PCI étant un enjeu important de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, les administrateurs et les gestionnaires des trois paliers de responsabilité ont mis en place les structures nécessaires à la lutte contre les infections nosocomiales (voir, à la partie 2, le bilan des actions 20 et 21). Chaque établissement de santé peut compter sur un comité de PCI fonctionnel et sur des infirmières dédiées à la PCI. À l'instar d'autres pays, nous pouvons constater les bénéfices qu'a procurés l'augmentation du nombre de ces infirmières dédiées depuis 2005. En outre selon la majorité des intervenants, l'amélioration de la formation infirmière en PCI constitue un atout essentiel.

Aux paliers régional et national, les instances consultatives (tables régionales, Table nationale et Comité ministériel) et les comités d'experts ont favorisé une compréhension commune de la PCI et se sont révélés de très bons véhicules de concertation. En somme, une véritable culture de la PCI est en voie de s'installer.

UN SAVOIR-FAIRE EN DÉVELOPPEMENT

Depuis plus de dix ans, le CINQ et son sous-comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN), tous deux rattachés à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), fournissent une expertise scientifique sur la surveillance, le contrôle et la prévention des infections contractées au cours d'un épisode de soins. À la lumière des stratégies

4. Diffusé dans le site Web du MSSS à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca.

reconnues efficaces, le CINQ fait des recommandations et produit des avis scientifiques visant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Quant au Comité SPIN, il a le mandat d'élaborer des programmes de surveillance pour des infections nosocomiales qui représentent un risque pour la santé de la population. Ces programmes, conçus à partir de méthodologies et de définitions standardisées, proposent aux centres hospitaliers des outils communs qui leur permettent de suivre leur propre situation et de se comparer avec les autres établissements similaires de leur région et de la province. En plus de permettre de mesurer les taux d'incidence des infections, la surveillance vise à repérer les situations problématiques locales ou régionales afin d'intervenir promptement. Elle permet aussi aux établissements, aux agences et au ministère de définir leurs priorités en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Par ailleurs, des comités de travail se sont mis en place dans des secteurs de soutien aux soins, soit l'hygiène et la salubrité et l'infrastructure immobilière. Il s'agit de deux comités multidisciplinaires où se côtoient des professionnels et des intervenants de formations variées (architectes, gestionnaires, préposés en hygiène et salubrité, microbiologistes-infectiologues, infirmières, ingénieurs, chimistes, etc.); ce faisant, ces deux comités permettent un partage d'expertise qui conduit à une compréhension commune de la PCI (voir le bilan des actions 9, 12 et 13).

DES RÉSULTATS PROBANTS

Grâce aux programmes obligatoires de surveillance pour les centres hospitaliers, les intervenants du réseau sont en mesure de suivre la situation au regard des infections à *C. difficile*, des bactériémies sur les cathéters centraux dans les unités de soins intensifs (USI), des bactériémies à *Staphylococcus aureus* et des infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). À ces quatre programmes obligatoires s'ajoutent deux programmes facultatifs, soit la surveillance des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse chronique et la surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières. Ces deux programmes deviendront obligatoires en 2011 et 2013 respectivement.

Les programmes de surveillance sont conçus et mis en œuvre par l'INSPQ, qui recueille les données par l'intermédiaire de son portail Web de surveillance. De façon périodique, l'INSPQ produit aussi des rapports de surveillance qu'il diffuse dans son site Web. Voyons maintenant ce que nous apprennent ces rapports.

LES DIARRHÉES ASSOCIÉES À CLOSTRIDIUM DIFFICILE : UN SYSTÈME NOVATEUR ET UN SUCCÈS APPRÉCIABLE

Le programme québécois de surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD), qui en est à sa septième année en 2010-2011, est un programme de surveillance unique au monde. Les centres hospitaliers de soins de courte durée font une surveillance continue et ont l'obligation de déclarer les cas à la fin de chacune des treize périodes administratives de l'année financière. Depuis l'instauration du programme en 2004, on observe une diminution constante des cas d'origine nosocomiale. De 2006-2007 à 2009-2010, les taux d'incidence ont diminué de 28,1 %, passant de 8,9 à 6,4 cas pour 10 000 patients-jours (voir le tableau 1). On

constate toutefois une stabilisation des taux d'incidence durant les deux dernières années, qui pourrait s'expliquer en partie par le fait que maintenant que les mesures sont bien implantées, on se trouve forcément à prévenir une proportion moindre de cas. Par ailleurs, des centres hospitaliers affichent périodiquement un taux d'incidence élevé, au-dessus du 90^e percentile. Ces établissements et leur agence régionale suivent la situation de près.

TABLEAU 1. INCIDENCE DES DIARRHÉES D'ORIGINE NOSOCOMIALE ASSOCIÉES À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* DANS LES CENTRES HOSPITALIERS, QUÉBEC, 2005-2006 À 2009-2010

Année	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de nouveaux cas	4536	4471	3643	3299	3266
Nombre de patients-jours	4 982 664	5 011 042	5 011 936	5 117 789	5 106 622
Taux d'incidence (cas/10 000 patients-jours)	9,1	8,9	7,3	6,5	6,4

Source : INSPQ, fichier de surveillance provinciale (données extraites le 2 septembre 2010).

Le nombre de décès parmi les patients atteints de DACD est relativement stable depuis 2007-2008. Ce nombre est environ deux fois moindre que pendant la première année de surveillance (2004-2005). Les décès étant un indicateur pour détecter une virulence accrue de *Clostridium difficile*, leur surveillance est obligatoire depuis août 2008. Cette surveillance qui, initialement, établissait un lien de causalité avec l'infection à *C. difficile* (décès relié, indirectement relié ou non relié à l'infection), a été modifiée pour suivre l'ensemble des décès jusqu'à 30 jours après le diagnostic de DACD. Il convient de souligner que la surveillance globale des décès ne dégage pas les équipes locales de la responsabilité d'entreprendre, devant une augmentation du nombre de décès, une analyse plus poussée de la situation afin d'intervenir rapidement.

TABLEAU 2. NOMBRE DE DÉCÈS AVEC DIARRHÉE D'ORIGINE NOSOCOMIALE ASSOCIÉE À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* DANS LES CENTRES HOSPITALIERS, SELON LA CAUSE OU LE DÉLAI DE SURVENUE APRÈS LE DIAGNOSTIC, QUÉBEC, 2006-2007 À 2009-2010

Classification du décès	2006-2007	2007-2008	2008-2009**	2009-2010
Relié*	258	196	56	
Non relié	303	230	50	
Survenu à 0-10 jours			173	258
Survenu à 11-30 jours			154	220
Total	561	426	433	478

* Comprend la DACD comme cause principale ou cause contributive.

** Du 1^{er} avril au 16 août 2008, les décès sont classés dans les catégories « Relié » et « Non relié »; du 17 août 2008 au 31 mars 2009, les décès sont classés selon le délai de survenue, soit « 0-10 jours » ou « 11-30 jours ».

Source : INSPQ, fichier de surveillance provinciale (données extraites le 2 septembre 2010).

LES BACTÉRIÉMIES : DES INFECTIONS D'IMPORTANCE

Les bactériémies se définissent par la présence de bactéries dans le sang. Ce sont des infections graves associées à une mortalité élevée, en particulier dans le cas des patients déjà atteints d'une maladie grave ou immunodéprimés. Au Québec, quatre groupes de ces infections font l'objet d'une surveillance : les bactériémies sur cathéters centraux (BACC) aux soins intensifs (SI), les bactériémies nosocomiales associées aux accès veineux en hémodialyse chronique, les bactériémies nosocomiales panhospitalières et les bactériémies à *Staphylococcus aureus*.

SURVEILLANCE DES BACTÉRIÉMIES SUR CATHÉTERS CENTRAUX AUX SOINS INTENSIFS

Le programme de surveillance des BACC aux SI a été mis en place en octobre 2003. Il est obligatoire depuis janvier 2007 pour les unités de soins intensifs comptant au moins dix lits. En 2010, le programme s'applique à environ 55 USI. De 2006-2007 à 2008-2009, les taux d'incidence des BACC sont à la baisse dans tous les types d'USI, à l'exception des USI néonatales (tableau 3).

TABEAU 3. TAUX D'INCIDENCE (CAS/1000 JOURS-CATHÉTERS) DES BACTÉRIÉMIES SUR CATHÉTERS CENTRAUX DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS DES CENTRES HOSPITALIERS, QUÉBEC, 2006-2007 À 2008-2009

Année	2006-2007	2007-2008	2008-2009
USI* adultes CH universitaires	2,16	1,86	1,87
USI adultes CH non universitaires	1,47	1,32	1,04
USI pédiatriques	2,68	2,79	1,95
USI néonatales	4,25	5,59	4,57

* USI : unité de soins intensifs.

Source : INSPQ, fichier de surveillance provinciale (données extraites le 2 septembre 2010).

SURVEILLANCE DES BACTÉRIÉMIES À *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*

De 2006-2007 à 2008-2009, on compte environ 700 nouveaux cas d'infection à *S. aureus* d'origine nosocomiale chaque année dans les installations visées par le programme (environ 85). Il n'y a pas de tendance à la baisse ou à la hausse pour le nombre total de cas de *S. aureus*. En revanche, on note une diminution de 7,7 % de la proportion de cas de *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) (tableau 4). Par ailleurs, les décès reliés à une bactériémie ont légèrement diminué en 2008-2009, bien qu'il ne s'agisse pas d'une baisse statistiquement significative.

TABEAU 4. INCIDENCE DES BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES À *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* (SENSIBLE ET RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE) DANS LES CENTRES HOSPITALIERS, QUÉBEC, 2006-2007 À 2008-2009

Année	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Nombre total de nouveaux cas de <i>S. aureus</i>	711	751	699
Nombre de nouveaux cas de SASM*	456	524	502
Nombre de nouveaux cas de SARM**	255	227	197
Proportion de nouveaux cas résistants (SARM/ <i>S. aureus</i>)	35,9 %	30,2 %	28,2 %
Taux d'incidence SARM (cas/10 000 patients-jours)	0,5	0,5	0,4

* SASM : *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline.

** SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline.

Source : INSPQ, fichier de surveillance provinciale (données extraites le 25 novembre 2010).

SURVEILLANCE DES BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES ASSOCIÉES AUX ACCÈS VEINEUX EN HÉMODIALYSE CHRONIQUE

La surveillance des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse chronique a été instaurée en avril 2007. En 2008-2009, 25 unités de dialyse sur 40 y ont participé et 183 bactériémies ont été dénombrées (pour 3280 patients totalisant 472 344 séances de dialyse). Le taux d'incidence global, de 0,38 bactériémie pour 1000 séances de dialyse, est similaire à celui de l'année précédente. La seconde année de surveillance confirme les répercussions de ces infections sur le plan clinique. En effet, elles entraînent fréquemment une hospitalisation (71 % des cas) et sont associées à une mortalité élevée (14 %). La surveillance a aussi permis de constater que l'accès au système sanguin par l'intermédiaire d'une fistule plutôt qu'un cathéter peut diminuer le risque de bactériémie. Cet élément, d'une grande importance pour le clinicien, est un bel exemple des répercussions possibles de la surveillance sur les interventions.

Cette surveillance sera obligatoire pour l'ensemble des unités de dialyse à compter d'avril 2011.

TABEAU 5. INCIDENCE DES BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES ASSOCIÉES AUX ACCÈS VEINEUX EN HÉMODIALYSE CHRONIQUE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS, QUÉBEC, 2007-2008 ET 2008-2009

Année	2007-2008	2008-2009
Nombre d'unités d'hémodialyse participantes	21	25
Nombre de bactériémies	155	183
Nombre de patients suivis	2880	3280
Nombre de séances d'hémodialyse	414 780	472 344
Taux d'incidence des bactériémies (cas/1000 sessions)	0,37	0,39

Source : INSPQ, fichier de surveillance provinciale (données extraites le 1^{er} septembre 2010).

SURVEILLANCE DES BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES PANHOSPITALIÈRES

La surveillance des bactériémies panhospitalières a été instaurée en 2007 et s'applique, sur une base volontaire, aux centres hospitaliers de soins aigus totalisant au moins 1000 admissions par année. En 2008-2009, 57 des 89 installations visées ont participé au programme, ce qui représente plus de 60 % des lits de courte durée du Québec. Au total, 2610 bactériémies d'origine nosocomiale ont été déclarées. Le taux global d'incidence est de 8,17 pour 10 000 jours-présence, comparativement à 8,21 pour 10 000 jours-présence en 2007-2008. Les pathogènes le plus fréquemment isolés sont *S. aureus* (19,5%), *E. coli* (18,1%), *Staphylococcus* à coagulase négative (14,5 %) et *Klebsiella sp.* (9,3 %). Quant aux foyers d'origine, le cathéter intravasculaire est le plus fréquent (31,6 %), suivi de l'infection de site opératoire (17,6 %) et de l'infection urinaire (17,4 %). Ces données démontrent l'importance de surveiller les processus de soins, notamment l'insertion et l'entretien des cathéters centraux et des cathéters urinaires. Un soutien en ce sens est prévu dans le plan d'action (voir l'action 9).

TABEAU 6. INCIDENCE DES BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES PANHOSPITALIÈRES, QUÉBEC, 2007-2008 ET 2008-2009

Année	2007-2008	2008-2009
Nombre d'installations participantes	49	57
Nombre de bactériémies en soins ambulatoires	316	389
Nombre de bactériémies en unités de soins intensifs	462	429
Nombre de bactériémies en unités de soins généraux-spécialisés	1513	1792
Nombre total de bactériémies	2291	2610
Nombre de jours-présence en centre hospitalier	2 803 667	3 179 229
Taux d'incidence global (cas/10 000 jours-présence)	8,17	8,21

Source : INSPQ, fichier de surveillance provinciale (données extraites le 1^{er} septembre 2010).

LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES : UNE PRÉOCCUPATION CONSTANTE

Depuis le début des années 1960, on assiste à une augmentation du nombre de bactéries résistantes aux antibiotiques, surtout en milieu hospitalier, et à l'émergence de nouvelles résistances. Ce problème de santé publique qui touche de nombreux pays est extrêmement préoccupant, et justifie amplement que des efforts soient faits pour comprendre l'épidémiologie et les répercussions cliniques de ces organismes résistants.

Au Québec, une vigie constante est exercée par les laboratoires et les cliniciens afin de détecter avec diligence l'émergence de bactéries résistantes (voir le bilan de l'action 6). Par ailleurs, les programmes de surveillance instaurés par l'INSPQ permettent de suivre partiellement deux d'entre elles, soit *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (présenté plus haut), et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV).

ENTÉROCOQUE RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE

La surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine est basée sur les tests positifs effectués par les laboratoires participants (79 en 2009) et ne permet donc pas d'établir l'incidence des cas comme pour les autres programmes. Il s'agit d'une surveillance de laboratoire sans complément d'information épidémiologique, ce qui limite l'interprétation des données. Par exemple, il est impossible de déterminer le lieu d'acquisition (dans la communauté ou en milieu de soins), les facteurs de risque, le tableau clinique, etc.

Du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2009, le nombre de tests positifs a augmenté de 28 %. Cette augmentation s'accompagne d'une augmentation du nombre d'éclosions déclarées. Cependant la hausse des infections à ERV, qui sont passées de 1,2 % en 2007-2008 à 1,4 % en 2008-2009, est peu importante. Bien que ces infections soient rares au Québec, elles peuvent être graves chez des hôtes fragiles, et difficiles à traiter en raison des options thérapeutiques limitées. Aussi, le potentiel de transfert de gènes de résistance de l'ERV vers des espèces virulentes tel *Staphylococcus aureus* justifie les mesures visant à en prévenir la transmission.

Des modifications à ce programme seront apportées d'ici 2012 de façon à connaître les taux d'incidence de colonisation et d'infection ainsi que l'origine (nosocomiale ou communautaire) des infections.

TABEAU 7. NOMBRE DE NOUVEAUX CAS CONFIRMÉS D'ENTÉROCOQUE RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE DÉCLARÉS PAR LES LABORATOIRES DES CENTRES HOSPITALIERS, QUÉBEC, 2006-2007 À 2008-2009

Année	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Nouveaux cas	834	577	1154
Nombre de spécimens cliniques	25	15	29
Proportion d'infections parmi les spécimens cliniques	—	1,2 %	1,4 %

Source : INSPQ, fichier de surveillance provinciale (données extraites de 2 septembre 2010).

DES COÛTS ÉVITÉS

Les infections nosocomiales sont un lourd fardeau pour les systèmes de santé, tant au Québec qu'ailleurs dans le monde. Les répercussions sont importantes, non seulement pour la personne malade et sa famille, mais aussi pour l'établissement de santé et la société. Partant de projections théoriques réalisées par le Cinq en 2004, le rapport Aucoin montre que les hospitalisations prolongées et les soins additionnels dus aux infections nosocomiales coûteraient environ 180 millions de dollars par année⁵. Une réduction de 30 % des infections nosocomiales représenterait donc une économie annuelle de plus de 40 millions de dollars pour le réseau québécois de la santé et permettrait de libérer annuellement l'équivalent de 360 lits, ce qui aurait pour effet de contribuer au désengorgement des urgences, d'aider à la réduction des listes d'attente et d'augmenter l'efficacité des établissements.

5. COMITÉ D'EXAMEN SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES, *op. cit.*, p. 25-27.

Concrètement, les programmes obligatoires de surveillance mis en place dans les centres hospitaliers permettent d'estimer les économies pour quelques infections nosocomiales, notamment les infections à SARM et à *C. difficile*. Ainsi en 2008, l'incidence des bactériémies à SARM avait diminué de 40 % par rapport à 2004, pour passer de 625 épisodes à 389 épisodes, ce qui aura permis d'éviter des coûts de traitement d'environ sept millions de dollars (en fonction d'un coût moyen de 28 000 \$ par épisode; voir le tableau 8). L'incidence des infections à *C. difficile* a pour sa part diminué de près de la moitié entre 2004 et 2008. Le coût estimé du traitement des infections à *C. difficile* étant similaire à celui des bactériémies à SARM, les coûts évités en 2008 seraient de l'ordre de 42 millions de dollars comparativement à 2004. Bien sûr, ces économies s'ajoutent aux souffrances et aux décès épargnés.

En plus de couvrir largement les frais liés à la mise en œuvre d'un programme structuré de PCI, les sommes économisées au chapitre des infections nosocomiales évitables pourront être investies ailleurs, dans la réponse à d'autres besoins de santé. La prévention des infections nosocomiales permet ainsi au système de santé d'être plus efficient, et représente donc un investissement au bénéfice de toute la population du Québec.

TABEAU 8. COÛTS IMPUTABLES AUX INFECTIONS NOSOCOMIALES À *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE

Coût moyen du traitement d'une infection à SARM	14 000 \$	- Le SARM cause diverses infections : pneumonie, infection de site opératoire, infection urinaire, etc. - L'infection à SARM prolonge le séjour hospitalier de 14 jours en moyenne.
Coût moyen du traitement d'une bactériémie à SARM	28 000 \$	
Coût de la mise en isolement d'un patient colonisé par SARM	1 400 \$	

Source : T. KIM, P.I. OH et A.E. SIMOR, « The economic impact of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Canadian hospitals », *Infection Control Hospital Epidemiology*, vol. 22, n° 2, février 2001, p. 99-104.

UNE INFORMATION À PARTAGER AVEC LA POPULATION

Le ministre et les autorités de santé publique considèrent que tous les résidents du Québec doivent être informés régulièrement de la situation prévalant en matière d'infections associées à *C. difficile*. En conséquence, depuis novembre 2005, des données issues du système de surveillance de l'INSPQ sont diffusées dans le site Web du ministère (à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca). Cette information est mise à jour périodiquement. De plus, tous les bilans et rapports de surveillance produits par l'INSPQ pour chacun des programmes en cours sont diffusés dans le site Web de l'organisme (à l'adresse www.inspq.qc.ca).

Par ailleurs, les établissements sont invités à informer régulièrement la population de la situation qui prévaut chez eux au regard des infections nosocomiales, et à faire part de toute situation qui pourrait avoir pour effet d'augmenter les risques infectieux.



DEUXIÈME PARTIE

LES ACTIONS

RETENUES



LES ACTIONS RETENUES

Cette seconde partie est consacrée à la description de chacune des 25 actions retenues par le ministère pour les besoins de son plan de prévention et de contrôle des infections nosocomiales 2010-2015. Chaque action comporte les éléments suivants : objectifs poursuivis et moyens retenus; désignation des responsables; échéancier fixé; bilan des réalisations du plan 2006-2009. Les actions sont regroupées par thème : 1) les cadres de référence, 2) la surveillance, 3) le soutien aux actions, 4) la structure, 5) le suivi et l'évaluation, 6) le plan de communication.



LES CADRES 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 services sécuritaires et de qualité à leurs usagers.

Aussi, afin de soutenir les établissements dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, et de sensibiliser les gestionnaires et le personnel des établissements à cette question, le ministère a publié en 2006 le *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*.

Le cadre de référence vise à préciser les principes et objectifs inhérents à tout programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI), les volets que devrait couvrir le programme, les rôles et responsabilités des instances et catégories de personnel visées, ainsi que la structure organisationnelle nécessaire à la mise en œuvre d'un tel programme.

Le PCI doit couvrir les six volets suivants :

- surveillance des infections nosocomiales et vigie des 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 le Service de PCI et le Comité de PCI.

Par ailleurs, afin de préciser et d'harmoniser les pratiques des Directions de santé publique en matière de surveillance et de vigie et de renforcer les connaissances des équipes régionales sur le contexte légal dans lequel s'inscrivent les interventions relatives aux infections nosocomiales, le ministère a publié en 2008 le *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des Directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population*.

Les deux cadres de référence sont diffusés dans le site Web du ministère, à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca.

LES CADRES DE RÉFÉRENCE – ACTION 1

Soutenir l'appropriation, par les établissements, du *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, pour :

- élaborer et mettre en œuvre le programme local;
- consolider la structure d'encadrement nécessaire à la mise en place du programme.

Soutenir l'opérationnalisation du *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des Directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population*.

MOYENS

1. Revaloriser, à l'occasion de la diffusion du plan d'action 2010-2015, l'utilisation du *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec* dans la mise en place des programmes locaux.
2. Poursuivre l'opérationnalisation du *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des Directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population* afin de préciser les interventions des Directions de santé publique.
3. Obtenir la collaboration des agences et des tables régionales de prévention des infections nosocomiales pour soutenir la mise en œuvre des programmes structurés de prévention et de contrôle des infections nosocomiales des établissements de leur territoire, en fonction de leur mission, de leurs clientèles et des services offerts.
4. Établir des liens avec les conseils d'agrément afin que dans leur processus d'évaluation, ils favorisent l'implantation de programmes structurés qui répondent aux orientations du cadre de référence.

RESPONSABLES

Moyen 1 : Direction générale de la santé publique (DGSP) en collaboration avec les instances de concertation et de coordination : Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN), présidents des tables régionales, Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI), Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP).

Moyen 2 : DGSP, TCNSP et TCNMI.

Moyen 3 : DGSP en collaboration avec la Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget (DGCFIB).

Moyen 4 : Direction de la qualité.

ÉCHÉANCIER

Moyens 1 et 2 : 2010-2011

Moyen 3 : continu

Moyen 4 : continu

BILAN 2006-2009

Le Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, qui vise à outiller les établissements dans l'élaboration de leur programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales, a été publié en 2006.

Un indicateur a été ajouté aux ententes de gestion 2009-2010 afin de suivre l'implantation des programmes de PCI. L'indicateur a permis de constater que dans 71 % des centres hospitaliers, un programme structuré de PCI a été entériné par le conseil d'administration et adopté.

Le Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population a été publié en 2008. Des travaux pour soutenir l'opérationnalisation de ce cadre de référence, notamment au regard de la vigie et du signalement, ont été amorcés et se poursuivront durant la période 2010-2015.



LA SURVEILLANCE

La surveillance constitue l'élément essentiel d'un programme de prévention des infections nosocomiales, comme l'a démontré, dès 1985, la fameuse étude américaine SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control⁶). Ce que, depuis, plusieurs autres études ont confirmé.

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

Le plan d'action 2010-2015 préconise la consolidation et le développement des programmes de surveillance des infections aux paliers local, régional et national. Il comprend aussi des actions visant à connaître les facteurs qui peuvent expliquer les variations de l'incidence dans les centres hospitaliers et le suivi d'interventions particulières. Des études périodiques et des questionnaires standardisés sont prévus à cette fin (action 3).

6. R.W. HALEY, et autres. « The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals », *American Journal of Epidemiology*, vol. 121, n° 2, p. 182-205.

LA SURVEILLANCE – ACTION 2

Poursuivre, consolider et développer la surveillance des infections nosocomiales par des programmes structurés, systématisés et obligatoires dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

MOYENS

1. Consolider la surveillance des complications des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD), notamment les décès et les colectomies.
2. Surveillance des bactériémies nosocomiales :
 - a) Poursuivre la surveillance des bactériémies associées aux cathéters centraux dans les unités de soins intensifs (programme obligatoire pour les unités de dix lits ou plus).
 - b) Étendre la surveillance des bactériémies associées aux accès veineux à l'ensemble des unités d'hémodialyse.
 - c) Étendre la surveillance panhospitalière des bactériémies nosocomiales à l'ensemble des centres hospitaliers.
3. Poursuivre la surveillance de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) afin de connaître les taux d'incidence des bactériémies.
4. Modifier la surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) afin de connaître les taux d'incidence de colonisation et d'infection ainsi que l'origine des infections (nosocomiale ou communautaire).
5. Introduire dans la planification stratégique 2010-2015 le suivi d'indicateurs de résultats pour les programmes de surveillance des bactériémies sur cathéters centraux, des bactériémies à SARM et des DACD.
6. Réduire les délais de production des rapports de surveillance périodiques.
7. Réviser le système intégré d'information (portail) de surveillance provinciale des infections nosocomiales.

RESPONSABLES

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et ses comités d'experts (CINQ, SPIN) et la Direction générale de la santé publique (DGSP).

ÉCHÉANCIER

Moyen 1 : continu

Moyen 2a) : continu

Moyen 2b) : 1^{er} avril 2011

Moyen 2c) : 1^{er} avril 2013

Moyen 3 : continu

Moyen 4 : 1^{er} avril 2012

Moyen 5 : 1^{er} avril 2010

Moyen 6 : 1^{er} avril 2014

Moyen 7 : 2012

BILAN 2006-2009

Depuis 2004, six programmes de surveillance ont été implantés. Quatre d'entre eux sont obligatoires, soit :

- la surveillance des diarrhées associées à *C. difficile* pour les CHSGS (95 installations au total). Dans le cadre de ce programme, des souches de *C. difficile* ont aussi été analysées afin d'en connaître les caractéristiques et la distribution sur le territoire québécois;
- la surveillance des bactériémies sur cathéters centraux dans les unités de soins intensifs (57 unités de soins intensifs réparties au sein de 42 établissements);
- la surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus*, y compris les bactériémies à SARM (87 installations appartenant à un CHSGS);
- la surveillance des infections à entérocoque résistant à la vancomycine (79 laboratoires en CHSGS).

Outre ces programmes obligatoires, deux programmes à participation volontaire ont été implantés en avril 2007. Il s'agit de la surveillance des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse chronique, à laquelle participent actuellement 25 unités d'hémodialyse, et de la surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières, à laquelle participent 56 CHSGS.

Pour chacun des programmes, des rapports périodiques sont produits à l'intention des établissements, des agences et du ministère, et sont rendus publics dans le site Web de l'INSPQ.

LA SURVEILLANCE — ACTION 3

Documenter de façon périodique les facteurs pouvant expliquer les variations de l'incidence des infections nosocomiales dans les centres hospitaliers du Québec.

MOYENS

1. Réaliser des études sur les facteurs associés aux établissements, aux patients et aux pathogènes.
 - a) Dresser les caractéristiques des établissements et des patients à partir des données de la banque Med-Écho.
 - b) Réaliser des études périodiques sur les souches de bactéries responsables des infections nosocomiales et leur profil de résistance.
 - c) Administrer aux établissements des questionnaires standardisés (ressources, mesures de prévention et de contrôle, etc.).
2. Déterminer les actions à mettre en place aux paliers national, régional et local pour réduire l'incidence des infections

RESPONSABLES

Moyen 1 : INSPQ et ses comités d'experts (CINQ, SPIN)

Moyen 2 : DGSP.

ÉCHÉANCIER

Périodique

BILAN 2006-2009

En 2009, un sondage sur les mesures de prévention et contrôle des infections à SARM a été réalisé auprès des CHSGS. Il visait notamment à recenser les activités de dépistage et l'application des mesures préconisées dans le guide *Mesures de prévention et de contrôle des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec*, publié par l'INSPQ en juin 2006. Dans les 84 établissements qui ont répondu au sondage, les mesures recommandées sont assez bien implantées.

LA SURVEILLANCE – ACTION 4

Documenter l'incidence de certaines infections et colonisations autres que celles faisant l'objet d'un programme de surveillance provincial selon les particularités des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et des centres d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD). Les établissements pourraient ainsi exercer une surveillance à l'égard :

- des infections de site opératoire;
- des colonisations et infections invasives à SARM (autres que les bactériémies);
- des infections urinaires associées au cathéter.

MOYENS

1. Offrir du soutien aux établissements par la conception de méthodologies et d'outils standardisés de surveillance.
2. Promouvoir et soutenir la mise en place des méthodes, outils et stratégies proposées.

RESPONSABLES

Moyen 1 : INSPQ et ses comités d'experts (CINQ et Comité SPIN) en collaboration avec les directions de santé publique (DSP), en particulier la DSP de Montréal pour les infections de sites opératoires orthopédiques et cardiaques, et les associations professionnelles visées.

Moyen 2 : DGSP et instances de concertation et de coordination : Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN), présidents des tables régionales, Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI), Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP).

ÉCHÉANCIER

Continu, de 2010 à 2015

BILAN 2006-2009

Les éléments de surveillance sont décrits dans le *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec* publié par le ministère en 2006. Les principes généraux et les concepts méthodologiques énoncés ont pour but de guider les équipes locales quant au choix de leurs activités de surveillance (activités déterminées selon la mission de l'établissement, la clientèle et les services offerts).

De plus, la DSP de Montréal a amorcé des travaux en collaboration avec les associations de chirurgiens dans le but de concevoir des outils permettant de mesurer les taux d'incidence des infections de sites opératoires orthopédiques et cardiaques.

LA SURVEILLANCE – ACTION 5

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

MOYENS

1. Soutenir la surveillance et la vigie des éclosions d'infections respiratoires (ex. : syndrome d'allure grippale) et de diarrhées infectieuses (ex. : gastro-entérite, *C. difficile*) par la diffusion d'outils.
2. Évaluer la faisabilité d'offrir aux CHSLD l'accès au système d'information provincial (portail de l'INSPQ) pour la saisie et l'entreposage des données.

RESPONSABLES

Moyen 1 : DGSP et DSP en collaboration avec l'INSPQ et ses comités d'experts.

Moyen 2 : INSPQ.

ÉCHÉANCIER

Moyen 1 – surveillance des éclosions d'infections respiratoires : hiver 2012

Moyen 1 – surveillance des éclosions de diarrhées infectieuses : hiver 2013

Moyen 2 : automne 2010

BILAN 2006-2009

Le *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé* a donné des orientations pour les activités de surveillance dans les divers milieux de soins, dont les CHSLD. La surveillance des éclosions a été retenue comme étant l'activité minimale à privilégier puisque les éclosions sont un indicateur qui doit mener à la mise en place rapide de mesures de contrôle de la transmission des infections.

Il convient aussi de souligner que les modalités de la surveillance des éclosions de gastro-entérite et d'influenza sont précisées dans les documents *Mesures de contrôle et prévention des éclosions de cas de gastro-entérite infectieuse d'allure virale (Norovirus) à l'intention des établissements de soins* (INSPQ, 2005) et *Guide d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée* (MSSS, 2006).

LA SURVEILLANCE – ACTION 6

Soutenir la mise en œuvre d'un programme local visant un usage optimal des antibiotiques.

MOYEN

1. Produire une directive de gestion à l'intention des directeurs généraux des établissements de santé et des agences régionales pour les informer des attentes ministérielles relativement à la mise en œuvre d'un programme d'usage optimal des antibiotiques au palier local. Dans cette directive seront précisées les modalités d'implantation et de suivi à privilégier afin de favoriser une surveillance qualitative et quantitative de l'usage des antibiotiques.

RESPONSABLE

Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (DAPM).

ÉCHÉANCIER

Hiver 2011 : détermination des modalités d'implantation et de suivi à privilégier.

Printemps 2011 : diffusion de la directive ministérielle.

BILAN 2006-2009

En 2007, le Conseil du médicament publiait le *Cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier*. Y sont présentés notamment les assises du programme local, le cadre conceptuel, les actions à mettre en œuvre et les milieux prioritaires d'intervention.

Après la diffusion de ce cadre de référence, la DAPM a travaillé à l'élaboration d'un plan de mise en œuvre pour un programme national de l'usage optimal des antibiotiques dans les établissements de santé. Ce plan comporte cinq axes, dont certains sont essentiels au succès de l'implantation du programme. Le suivi de la consommation des antibiotiques en est un. Or la réalisation de cet axe, qui nécessite notamment le développement d'une plateforme informationnelle commune au palier local, commande un investissement financier important. Les coûts liés à ce programme ont donc incité le ministère à prioriser les activités locales qui soutiennent les bonnes pratiques cliniques, ces dernières ayant un effet direct sur les patients.

LA SURVEILLANCE – ACTION 7A

Connaître les activités de surveillance de l'antibiorésistance réalisées par les réseaux québécois, canadiens et internationaux.

Concevoir un programme de surveillance intégré de la résistance aux antibiotiques.

MOYENS

1. Recenser les activités des réseaux québécois, canadiens et internationaux de surveillance de l'antibiorésistance.
2. Élaborer un programme intégré de surveillance de la résistance aux antibiotiques.
3. Déterminer les activités et ressources nécessaires à l'implantation du programme et la responsabilité de sa mise en application.

RESPONSABLES

Moyen 1 : INSPQ.

Moyen 2 : INSPQ et Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) en collaboration avec la DGSP et l'INESSS.

Moyen 3 : DGSP.

ÉCHÉANCIER

Moyen 1 : 2011

Moyen 2 : 2012

Moyen 3 : 2013

BILAN 2006-2009

Des activités de surveillance de l'antibiorésistance ont cours au Québec, bien qu'elles ne soient pas répertoriées de façon systématique. Notons le programme de surveillance de la résistance coordonné par le LSPQ, auquel participent les laboratoires des centres hospitaliers, qui permet de répertorier la résistance d'agents infectieux d'importance sur le plan clinique ou épidémiologique. Parmi ceux-ci, on peut mentionner *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et *Enterococcus* résistant à la vancomycine. De plus, des travaux sont en cours pour concevoir des analyses propres à l'étude de la résistance des bâtonnets à Gram négatif.

Par ailleurs, la résistance fait l'objet d'une surveillance continue au palier local.

LA SURVEILLANCE – ACTION 7B

Organiser les services de laboratoire de façon à pouvoir détecter les problèmes émergents, à orienter les interventions de prévention et de contrôle des infections et à favoriser un usage judicieux des antimicrobiens classiques et nouveaux.

MOYEN

Soutenir le développement d'un réseau de surveillance de laboratoire afin d'être en mesure :

- d'étudier la résistance antimicrobienne de pathogènes émergents d'origine nosocomiale, notamment les bactéries à Gram négatif, et de rendre accessibles ces données;
- d'offrir des outils diagnostiques pour l'investigation d'éclosions en milieu de soins, y compris les éclosions d'infections respiratoires virales.

RESPONSABLES

Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (DGSSMU) en collaboration avec l'INSPQ et le LSPQ ainsi que les centres hospitaliers universitaires et les centres affiliés universitaires.

ÉCHÉANCIER

2012-2013

BILAN 2006-2009

Les principales réalisations consistent en la hiérarchisation des analyses et des services de laboratoire consécutive à la publication, en 2005, du document *L'organisation territoriale des services de biologie médicale*, et en la désignation du Laboratoire de santé publique du Québec comme laboratoire de référence en microbiologie pour la caractérisation des souches dans un contexte clinique ou d'analyse d'éclosions. De plus, une mise à niveau des laboratoires de microbiologie a été effectuée, particulièrement au cours de la pandémie de grippe A(H1N1), afin d'accélérer l'accès aux tests.



LE SOUTIEN AUX ACTEURS

En matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, le réseau de la santé et des services sociaux peut compter sur un personnel et des gestionnaires qualifiés, compétents 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 mesures à prendre et les traitements aussi.

En raison de l'évolution constante du dossier des infections nosocomiales, le plan d'action prévoit une mise à jour des lignes directrices et des orientations, de même que des moyens et des mécanismes concrets afin de combler les besoins en formation et en recherche.

Les actions du plan ministériel ont trait aux mesures relatives 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.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 8

Produire des avis et recommandations quant aux mesures de prévention et de contrôle :

- des infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV);
- de l'influenza en centres hospitaliers (CH) et en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- des infections dans les urgences des centres hospitaliers;
- d'autres agents infectieux, selon les besoins.

MOYENS

1. Produire des avis et faire des recommandations (ou les mettre à jour, le cas échéant).
2. Diffuser ces avis et recommandations auprès des instances et offrir au besoin la formation aux acteurs pour en favoriser l'application.
3. Rendre publics ces avis et recommandations par leur diffusion dans le site Web de l'INSPQ.

RESPONSABLES

INSPQ et son Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et, pour l'influenza en CHSLD, Direction de la protection de la santé publique (DPSP) et les directions de santé publiques.

ÉCHÉANCIER

Moyen 1 – ERV : 2011

Moyen 1 – influenza en CH : 2011

Moyen 1 – influenza en CHSLD : annuel

Moyen 1 – prévention des infections dans les urgences : 2012

Moyens 2 et 3 : En fonction de la production des avis et recommandations

BILAN 2006-2009

Le CINQ a publié plusieurs avis et autres documents, notamment :

- *Mesures de prévention et de contrôle des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec*, 2^e édition (juin 2006);
- *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels* (juin 2006);
- *Avis du CINQ au regard de la désinfection des bouchons d'injection et de l'asepsie liée aux cathéters épидuraux* (2008);
- *Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement* (novembre 2009).

Par ailleurs, le CINQ a produit une dizaine d'avis scientifiques sur les mesures de prévention et de contrôle de la grippe pandémique A(H1N1) qui ont servi d'assise aux recommandations du directeur national de santé publique durant la pandémie de l'année 2009.

Les avis et recommandations du CINQ sont diffusés dans le site Web de l'INSPQ, à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/aspx/fr/publications_cinq.aspx?sortcode=1.53.54.58.60.62.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 9

Soutenir les établissements dans la mise en place et l'évaluation des pratiques exemplaires reconnues efficaces pour prévenir et contrôler des infections nosocomiales.

MOYENS

1. Diffuser des guides de pratiques exemplaires en ce qui concerne :
 - les bactériémies sur cathéters;
 - les infections de site opératoire;
 - les infections urinaires;
 - les pneumonies associées à la ventilation mécanique.
2. Diffuser des outils permettant l'évaluation interne des pratiques exemplaires en relation avec les infections ciblées.

RESPONSABLES

INSPQ et ses comités d'experts (CINQ et Comité SPIN), DGSP et instances de concertation et de coordination (Table nationale de prévention des infections nosocomiales, présidents des tables régionales, Table de concertation nationale en maladies infectieuses, Table de coordination nationale en santé publique) en collaboration avec la Direction de la qualité.

ÉCHÉANCIER

Bactériémies sur cathéters et infections de site opératoire : 2012

Infections urinaires : 2013

Pneumonies associées à la ventilation mécanique : 2014

BILAN 2006-2009

Bien que cette action ne soit pas dans le plan 2006-2009, des progrès ont été réalisés dans les milieux de soins en matière d'appropriation de l'approche des pratiques exemplaires.

L'approche des pratiques exemplaires est une approche structurée qui consiste à mettre en place un ensemble de stratégies ciblées, stratégies visant, dans le champ qui nous occupe, la prévention des infections de site opératoire, des bactériémies associées aux cathéters centraux, des pneumonies associées à la ventilation ou encore, des infections causées par des bactéries multirésistantes. Les stratégies ciblées concernent divers processus en cause dans l'acquisition de ces infections, et dont l'effet sur l'incidence est reconnu. Plusieurs établissements s'approprient progressivement cette approche que vient maintenant soutenir le nouveau plan d'action.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 10

Soutenir les ressources privées d'hébergement pour personnes âgées en matière de prévention et contrôle des maladies infectieuses dans une perspective de mise à niveau et d'harmonisation des pratiques dans ces milieux.

MOYENS

1. Produire un guide de référence sur la prévention des infections à l'intention des résidences privées d'hébergement pour personnes âgées ainsi que les outils complémentaires à son utilisation (ex. : affiches).
2. Élaborer et diffuser une formation à l'intention des formateurs régionaux.

RESPONSABLE

Direction de la protection de la santé publique (DPSP).

ÉCHÉANCIER

Moyen 1 : premier semestre 2011

Moyen 2 : 2011-2012

BILAN 2006-2009

En 2009, dans le but de soutenir la prévention et le contrôle des infections nosocomiales dans les ressources privées d'hébergement pour personnes âgées, la DPSP, en collaboration avec un groupe de travail de la Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN), a amorcé une démarche afin de connaître les besoins de ces milieux. Il est apparu que le rôle du réseau et des directions de santé publique était largement méconnu et demandait à être précisé. Les intervenants ont aussi exprimé clairement le besoin d'avoir un guide de référence. Ce guide constituera une assise importante aux exigences de la réglementation pour l'accréditation des résidences privées pour personnes âgées.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 11

Favoriser le bon usage des antibiotiques dans des conditions cliniques fréquentes, soit :

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

MOYENS

1. Réviser les guides cliniques en antibioprophylaxie chirurgicale en collaboration avec les partenaires du réseau (ordres, associations et fédérations de professionnels).
2. Accompagner la diffusion des guides cliniques d'une lettre d'appui des ordres, associations et fédérations visés.
3. Établir les maillages afin que les éléments des guides cliniques soient intégrés dans la formation de base et la formation continue des intervenants.
4. Évaluer l'utilisation des guides cliniques en antibiothérapie.
5. Élaborer une fiche sur l'usage optimal des antibiotiques en relation avec l'antibiorésistance.

RESPONSABLE

Institut national de l'excellence en santé et services sociaux

ÉCHÉANCIER

2010-2013

BILAN 2006-2009

Le Conseil du médicament a évalué la stratégie utilisée pour la diffusion de la première série de guides cliniques en antibiothérapie lancés en janvier 2005 en soutien aux médecins de première ligne. Un sondage réalisé à l'automne 2007 a permis de constater qu'un pourcentage élevé de médecins avaient été joints.

L'utilisation des antibiotiques dans les infections des voies respiratoires en pédiatrie a été revue en 2008. Quant aux onze guides cliniques en antibiothérapie, ils ont été révisés en 2009 et diffusés dans le site Web du Conseil du médicament.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 12

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

MOYENS

1. Élaborer et mettre à jour les lignes directrices et les avis.
 - a) Effectuer une veille des nouveaux agents de nettoyage et de désinfection.
 - b) Mettre à jour les lignes directrices et autres documents selon les nouvelles données et les besoins du réseau.
2. Produire des guides techniques pour les établissements du réseau : l'un sur les stratégies d'entretien des surfaces environnementales, l'autre sur le contrôle et l'assurance qualité.
3. Élaborer des indicateurs de gestion et d'évaluation de la qualité.
4. Suivre, par les moyens appropriés, l'évolution de la gestion locale du processus d'attribution des responsabilités des « zones grises » visant à s'assurer que tout le matériel et toutes les surfaces sont soumis au mode de nettoyage et de désinfection requis.
5. Évaluer la gestion des services d'hygiène et de salubrité des établissements au moyen de sondages.

RESPONSABLES

Direction de la logistique sociosanitaire en collaboration avec la Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM) et la Direction de la qualité.

ÉCHÉANCIER

Moyen 1 : continu

Moyen 2 : été 2010 (Démarche pour le développement de stratégies d'entretien des surfaces) et automne 2012 (guide sur le contrôle et l'assurance qualité).

Moyen 3 : printemps 2013

Moyen 4 : continu

Moyen 5 : automne 2011, automne 2013

BILAN 2006-2009

La publication de guides et de lignes directrices (cinq documents) destinés à encadrer les pratiques en hygiène et salubrité a contribué à une mise à niveau importante des connaissances et façons de faire dans les établissements de soins du Québec. Ces documents sont diffusés dans le site Web du ministère, à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca.

Par ailleurs l'intégration, dans les ententes de gestion 2007-2008 à 2009-2010, d'un indicateur visant à suivre l'évolution des travaux de répertoriage du matériel et des surfaces à nettoyer dans les établissements, a aidé les services responsables de l'hygiène et de la salubrité à soutenir la planification et la gestion locale des activités dans ce domaine.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 13

Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) afin de prévenir les infections nosocomiales.

MOYENS

1. Soutenir le Centre provincial de référence en stérilisation (CPRS) dans l'exécution de son mandat.
2. Élaborer des protocoles et des lignes directrices pour le retraitement des dispositifs médicaux (endoscopie digestive, endoscopie pulmonaire, autres scopes flexibles, instruments orthopédiques et autres dispositifs médicaux) selon les besoins et offrir de la formation en fonction des besoins et des priorités.
3. Réaliser, garder à jour et diffuser par voie électronique aux acteurs en RDM un sommaire des situations analysées, des avis et des informations.
4. Intégrer au registre national d'incident/accident le suivi des événements reliés au RDM.
5. Évaluer la faisabilité de la mise en place d'un système de traçabilité électronique des dispositifs médicaux.
6. Mettre au point un outil d'évaluation interne (audit) à l'intention des établissements afin que ceux-ci puissent satisfaire aux normes d'Agrément Canada sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables.
7. Réviser le manuel de gestion financière pour la mise en place d'une nouvelle unité de mesure des activités en RDM.
8. Évaluer la pertinence et la faisabilité de regrouper des services de RDM dans un site annexé ou non à un établissement.
9. Mettre à jour le registre des acteurs pivots en RDM, actualiser le rôle de ces derniers et les soutenir dans l'exécution de leur tâche (par le truchement de formation, de forums de discussion, de mise en réseau).
10. Favoriser la désignation de répondants régionaux en RDM afin qu'ils assurent la coordination entre les différents acteurs et établissements de leur région.

RESPONSABLES

Moyens 1, 5, 7 et 8 : Direction de la biovigilance en collaboration avec la Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget (DGCFIB).

Moyen 2 : CPRS et INSPQ.

Moyen 3 : CPRS.

Moyen 4 : INSPQ, Direction de la qualité et DGSSMU.

Moyen 6 : CPRS et Direction de la qualité.

Moyens 9 et 10 : CPRS, INSPQ, DGSSMU et Agences de santé et de services sociaux.

ÉCHÉANCIER

Moyens 1, 2 et 5 à 10 : continu

Moyen 3 : septembre 2011

Moyen 4 : janvier 2012

BILAN 2006-2009

La production d'un état de situation sur l'organisation des services et des pratiques dans les établissements du Québec a permis de mettre au jour les besoins du réseau en matière de RDM. Les constats dégagés ont conduit à la mise en œuvre d'un plan d'action intégré. Ce plan d'action vise à harmoniser les pratiques et à instaurer des mécanismes pour assurer la qualité du retraitement des dispositifs médicaux.

L'une des grandes innovations dans ce secteur d'activité est la création, à l'automne 2006, du Centre provincial de référence en stérilisation. Ce centre a pour mandat de soutenir les établissements et le réseau dans l'analyse et la gestion des risques au cours du retraitement des dispositifs médicaux, dans l'élaboration de lignes directrices et dans l'évaluation des besoins de formation. Il réalise son mandat en collaboration avec l'INSPQ.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 14

Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique (MMUU).

MOYENS

1. Poursuivre la diffusion de la position ministérielle publiée en mai 2009.
2. Suivre les initiatives en cours aux paliers fédéral et provincial en matière d'encadrement normatif et législatif du retraitement et de la réutilisation du MMUU.

RESPONSABLE

Direction de la biovigilance.

ÉCHÉANCIER

Moyen 1 : continu

Moyen 2 : continu

BILAN 2006-2009

Dans son rapport intitulé *La réutilisation du matériel médical à usage unique*, publié en mars 2009, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a examiné les volets clinique, économique, juridique et éthique de cette pratique ainsi que les modalités acceptables pour la réutilisation du matériel à usage unique critique ou semi-critique. En mai, dans la *Position ministérielle en matière de réutilisation du matériel médical à usage unique*, le ministère demandait aux établissements de ne plus procéder eux-mêmes au retraitement du matériel à usage unique critique ou semi-critique, mais de confier ce processus à des entreprises officiellement reconnues par des organismes de contrôle.

La position ministérielle et le rapport de l'AETMIS sont versés dans le site Web du ministère.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 15

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

MOYENS

1. Maintenir le Comité immobilisation en prévention des infections nosocomiales.
2. Poursuivre l'élaboration d'un avis sur l'hébergement dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
3. Poursuivre la production, sur demande, de notes techniques sur les équipements médicaux fixes et les éléments de construction.
4. Poursuivre l'intégration des axes prioritaires d'intervention favorisant la prévention des infections nosocomiales pour l'ensemble des unités fonctionnelles de toutes les catégories d'établissements et mettre à jour les documents pertinents.
5. Concevoir une méthodologie et des outils pour l'analyse du risque infectieux au regard de l'environnement physique et de l'organisation du travail et réaliser un projet pilote.

RESPONSABLE

Direction générale adjointe des investissements.

ÉCHÉANCIER

Moyens 1, 3 et 4 : continu

Moyen 2 : 2011

Moyen 5 : 2015

BILAN 2006-2009

La publication du document *Principes généraux d'aménagement pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et les centres hospitaliers et instituts affiliés universitaires (CHU, CHAU, IU)*, en juin 2010, a permis une sensibilisation et une mise à niveau des connaissances du personnel et des gestionnaires des secteurs technique et immobilier au regard de la prévention des infections nosocomiales. Dorénavant, il est reconnu que la prévention des infections nosocomiales requiert un environnement physique adéquat et cette préoccupation fait partie des projets de construction, de rénovation et d'entretien dès l'étape de la programmation et aux étapes des plans, devis et d'exécution des travaux.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 16

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

MOYENS

1. Maintenir les allocations d’enveloppes budgétaires en maintien des actifs du parc immobilier, du parc d’équipement médical et du mobilier afin d’atteindre le niveau de normes reconnu.
2. Décentraliser les projets afin qu’ils répondent mieux aux besoins locaux, plus particulièrement au regard de la planification, de la réalisation et du suivi. La décentralisation repose sur l’application du principe de subsidiarité qui replace la responsabilité, la reddition de comptes et la transparence au niveau des établissements.

RESPONSABLE

Direction générale adjointe des investissements.

ÉCHÉANCIER

Continu

BILAN 2006-2009

Depuis 2005, des enveloppes budgétaires ont été allouées annuellement au parc immobilier et au parc d’équipement médical. Les enveloppes ont été majorées progressivement. En 2009-2010, les enveloppes totalisent 280 millions de dollars pour le parc d’équipement et devraient atteindre 306 millions en 2010-2011, ce qui tend vers le seuil requis. Les enveloppes pour le parc immobilier totalisent 452 millions de dollars en 2009-2010.

Un système d’information pour l’inventaire et les plans de conservation a aussi été mis en place.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 17

Préciser les rôles et responsabilités des instances locales, régionales et nationales en matière de gestion des risques infectieux reliés au retraitement (y compris la stérilisation) des dispositifs médicaux, et apporter le soutien nécessaire à l'évaluation et à la gestion de ces risques.

MOYEN

Poursuivre les travaux sur les rôles et responsabilités des différentes instances et diffuser le document *Dispositif médical réutilisable : mécanisme décisionnel face à un risque d'infection nosocomiale*.

RESPONSABLES

Direction de la biovigilance en collaboration avec la DGSP, l'INSPQ et le CPRS.

ÉCHÉANCIER

Juin 2011

BILAN 2006-2009

Le document *Dispositif médical réutilisable : mécanisme décisionnel face à un risque d'infection nosocomiale* a été produit et est en cours de validation. Ce document vise à préciser les rôles et responsabilités en matière de gestion des risques infectieux reliés au retraitement des dispositifs médicaux.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 18

Soutenir la recherche sur les infections nosocomiales, dont les infections en émergence, dans les champs d'intervention du ministère.

MOYENS

1. Mettre à jour les cibles prioritaires du programme de recherche sur les infections nosocomiales à partir de l'état actuel des recherches et d'une consultation auprès des instances suivantes : l'INSPQ et ses comités d'experts (CINQ et Comité SPIN), Comité ministériel sur les infections nosocomiales et TNPIN.
2. Soutenir les projets de recherche ponctuels reliés aux priorités établies en collaboration avec les directions ministérielles visées.
3. Établir des collaborations, notamment avec les organismes subventionnaires québécois et fédéraux, afin de favoriser le développement de la recherche, particulièrement dans des secteurs pouvant guider le ministère dans la prise de décision.
4. Repérer les projets de recherche en cours dans le domaine des infections nosocomiales.

RESPONSABLES

Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances (DRITC) en collaboration avec les autres directions ministérielles visées, l'INSPQ et l'INESSS.

ÉCHÉANCIER

Moyens 1 et 4 : 2011.

Moyen 2 : continu

Moyen 3 : 2012-2015

BILAN 2006-2009

L'élaboration d'un programme intégré de recherche a conduit à la détermination et à la priorisation des principaux thèmes de recherche. Toutefois, le programme n'a pu être lancé au cours de la période 2006-2009 faute de financement. La DRITC a néanmoins continué d'appuyer diverses initiatives ponctuelles en rapport avec les infections nosocomiales dans le but de guider le ministère dans la prise de décision.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 19

Rendre accessible l'expertise sur les infections nosocomiales.

Contribuer au développement de l'expertise locale dans les champs de l'épidémiologie et des bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCI).

Soutenir et outiller les établissements, les agences et le ministère dans l'investigation de problèmes infectieux complexes.

MOYENS

1. Mettre à la disposition des régions un appui technique (épidémiologique et statistique) en temps réel à l'occasion de la survenue d'éclosions ou de problèmes infectieux complexes par l'entremise du Groupe d'épidémiologie de terrain (GEPITER) de l'INSPQ.
2. Fournir des services d'expertise pour l'analyse épidémiologique, notamment en participant aux comités et travaux pertinents, et dans des situations particulières qui nécessitent une expertise externe à l'établissement ou à la région.
3. Mettre à profit l'expertise des établissements universitaires aux fins de transfert des connaissances et d'innovation.
4. Mettre en place une veille scientifique pour les équipes de PCI et rendre accessible l'information de diverses façons (Web, courriels, bulletins).

RESPONSABLES

Moyens 1, 2 et 4 : INSPQ avec la collaboration de partenaires (Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec, universités, autres).

Moyen 3 : DRITC.

ÉCHÉANCIER

Moyen 1 : 2012

Moyens 2 et 3 : continu

Moyen 4 : 2012

BILAN 2006-2009

L'INSPQ a conçu, en collaboration avec l'Université de Montréal, un programme de formation en investigation d'éclosions dans la communauté et dans les milieux de soins. En 2009, deux cohortes totalisant une quarantaine d'intervenants des milieux de soins et de la santé publique ont été formées.

LE SOUTIEN AUX ACTEURS – ACTION 20

Développer l'expertise en PCI des intervenants des établissements du réseau de la santé par de la formation de base et de la formation continue.

MOYENS

1. Soutenir les activités de formation en PCI des infirmières et favoriser leur engagement dans ces activités.
 - a) Rendre accessible, de façon régulière, une formation de base en PCI de 2^e cycle universitaire, équivalant à trois crédits.
 - b) Élaborer un plan d'activités de formation continue structuré et intégré afin de favoriser l'acquisition et le maintien de compétences en ce qui concerne :
 - la méthodologie et les outils relatifs aux programmes de surveillance;
 - l'utilisation des données de surveillance;
 - l'implantation et l'évaluation des pratiques exemplaires et des avis et recommandations.
 - c) Favoriser la participation des infirmières à la formation de 2^e cycle conduisant à une certification d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI par des mesures facilitant la conciliation travail-famille-études.
2. Soutenir les activités de formation des intervenants en hygiène et salubrité.
 - a) Assurer la pérennité de la formation des formateurs en hygiène et salubrité et en faire un suivi rigoureux dans le tableau de bord local et régional de PCI.
 - b) Concevoir pour les établissements des outils permettant de faire le suivi des acquis de formation en cours d'emploi.
 - c) Concevoir, en collaboration avec l'Association Hygiène et salubrité en santé, des outils de promotion pour la réalisation d'une journée annuelle de sensibilisation en milieu de soins.
 - d) Assurer la continuité et la consolidation du programme de formation de préposés en hygiène et salubrité (AEP).
 - e) Maintenir les échanges avec les commissions scolaires, donner des orientations minimales et promouvoir une attitude d'ouverture auprès des établissements afin qu'ils offrent les accommodements nécessaires à la réalisation des stages requis dans le cadre de l'attestation d'études professionnelles (AEP) en hygiène et salubrité.
3. Soutenir les activités de formation des intervenants en retraitement des dispositifs médicaux.
 - a) Déterminer le niveau de formation requis pour exercer la fonction.
 - b) Concevoir une formation en ligne pour le développement des compétences du personnel en cours d'emploi.
 - c) Offrir des formations ponctuelles en rapport avec les lignes directrices.
4. S'assurer que la PCI est un volet prioritaire de la formation des microbiologistes-infectiologues et que son enseignement répond aux exigences des organismes d'agrément en formation.

RESPONSABLES

- Moyen 1a) : INSPQ en collaboration avec le réseau universitaire.
Moyen 1b) : INSPQ en collaboration avec les acteurs du réseau.
Moyen 1c) : DGPRM en collaboration avec le Comité de gestion du réseau (CGR).
Moyen 2 : DGPRM et DGCFIB.
Moyen 2c : DGCFIB et Communications.
Moyen 3a) : DGPRM et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS).
Moyen 3b) : DGSSMU, DGPRM et INSPQ.
Moyen 3c) : DGSSMU, CPRS et INSPQ.
Moyen 4 : DGSSMU et DGSP.

ÉCHÉANCIER

- Moyen 1 : continu
Moyens 2a) 2d) 2e) : continu
Moyen 2b) : été 2011
Moyen 2c) : automne 2011
Moyen 3a) : 2013
Moyen 3b) : automne 2012
Moyen 3c) : continu
Moyen 4 : continu

BILAN 2006-2009

Des progrès importants ont été accomplis dans la formation du personnel travaillant directement ou indirectement en PCI au cours des dernières années. La crise du *Clostridium difficile* ainsi que les recommandations du rapport Aucoin ont donné un essor considérable à la formation et conduit à une mise à niveau minimale pour l'ensemble des intervenants du réseau.

Durant la période 2006-2009, plus de 380 infirmières affectées à la PCI ont reçu une formation de base donnée par l'INSPQ. Parallèlement, deux universités ont conçu une formation de 2^e cycle en PCI en collaboration avec des acteurs du réseau. Le ministère a pour sa part soutenu financièrement les Journées annuelles de prévention des infections nosocomiales organisées par l'INSPQ en 2006 et 2008 ainsi que les colloques annuels de l'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI).

Dans le domaine du retraitement des dispositifs médicaux, plus d'une centaine d'intervenants ont reçu une formation en endoscopie digestive. Pour assurer le transfert des connaissances, des personnes pivots ont été mises en place.

Pour le volet hygiène et salubrité, une formation a été conçue à l'intention des formateurs. Cela a permis à quelque 130 formateurs de joindre au total 93 % du personnel en hygiène et salubrité des milieux de soins. Un programme de formation menant à une AEP a aussi été élaboré; il est offert depuis novembre 2009.



LA STRUCTURE

Un programme de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales atteindra les résultats escomptés si tous les partenaires assument leurs responsabilités, allouent au programme les ressources nécessaires et coordonnent leurs efforts pour réaliser les activités prévues.

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

Le Québec dispose d'un cadre légal qui fournit au réseau de la santé et des services sociaux les leviers pour agir dans les situations où la santé de la population est menacée ou risque de l'être.

Au regard des infections nosocomiales, la Loi sur les services de santé et les services sociaux confère une responsabilité au comité de la gestion des risques et au conseil d'administration des établissements. Le conseil a un droit de regard sur les activités relatives aux infections nosocomiales par l'intermédiaire du comité de vigilance et de la qualité.

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 et les responsabilités de gestion qui lui ont été confiées par le ministre que la Direction générale de la santé publique (DGSP) coordonne le plan d'action et voit à sa mise en application, en collaboration avec les autres directions du ministère.

LA STRUCTURE – ACTION 21

Orienter la prise de décision sur la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales en fonction des objectifs, des enjeux et des besoins nationaux, régionaux et locaux.

Faciliter la concertation des partenaires dans l'implantation des modalités permettant l'opérationnalisation des orientations.

MOYENS

1. Utiliser le Comité ministériel sur les infections nosocomiales afin de déterminer les enjeux provinciaux à prendre en compte dans l'opérationnalisation du plan d'action.
2. Utiliser la Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN), qui joue un rôle-conseil auprès de la DGSP.
3. Utiliser la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) et la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) afin de déterminer les enjeux de santé publique à prendre en compte dans l'opérationnalisation du plan d'action.
4. Utiliser les tables régionales de prévention des infections nosocomiales, qui jouent un rôle-conseil auprès des agences de santé et de services sociaux, afin de déterminer les enjeux régionaux à prendre en compte dans l'opérationnalisation du plan d'action.
5. Soutenir l'implantation et le fonctionnement des tables régionales en hygiène et salubrité et maintenir les rencontres annuelles tripartites (ministère, présidents des tables régionales et Association Hygiène et salubrité en santé).
6. Maintenir et consolider le groupe de travail en hygiène et salubrité de la Direction des investissements du ministère afin qu'il poursuive son rôle dans le développement de l'expertise et dans la concertation avec le réseau et les associations professionnelles visées.

RESPONSABLES

Moyen 1 : Direction de la protection de la santé publique (DPSP) en collaboration avec les autres directions générales du ministère.

Moyens 2 et 3 : DGSP.

Moyen 4 : Agences de santé et de services sociaux.

Moyen 5 : Agences de santé et de services sociaux.

Moyen 6 : Direction générale adjointe des investissements.

ÉCHÉANCIER

Continu

BILAN 2006-2009

Les structures sont fonctionnelles et jouent le rôle qui leur a été dévolu.

La Table nationale de prévention des infections nosocomiales, le Comité ministériel sur les infections nosocomiales, la Table de coordination nationale en santé publique ainsi que la Table de concertation nationale en maladies infectieuses ont soutenu la mise en œuvre du plan d'action 2006-2009. Le groupe de travail en hygiène et salubrité a publié plusieurs documents visant à accroître l'expertise des équipes locales dans ce domaine.

Les tables régionales de prévention et contrôle des infections nosocomiales ont favorisé la concertation et contribué à l'élaboration d'activités régionales de surveillance, à l'harmonisation des pratiques et au partage d'outils entre les établissements. Plusieurs régions sont en voie d'adopter une structure de concertation semblable en hygiène et salubrité, si ce n'est déjà fait.

LA STRUCTURE – ACTION 22

S'assurer du maintien, dans chaque établissement de santé, de la 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 remplir leur mandat.

Consolider le 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. S'assurer que les ratios recommandés d'infirmières affectées à la PCI sont atteints et maintenus. Ces ratios sont les suivants :
 - 1 équivalent temps plein (ETC) infirmière pour 100 lits de soins généraux et spécialisés, y compris les civières de l'urgence ainsi que les berceaux et incubateurs de soins spécialisés aux nouveau-nés, dans les établissements ayant une désignation centre hospitalier universitaire, centre affilié universitaire ou institut universitaire;
 - 1 ETC infirmière pour 133 lits de soins généraux et spécialisés, y compris les civières de l'urgence, dans les établissements sans désignation CHU, CAU ou IU;
 - 1 ETC infirmière pour 250 lits d'hébergement et de soins de longue durée;
 - 1 ETC infirmière pour 250 lits de soins psychiatriques et en soins de longue durée;
 - 1 ETC infirmière pour 133 lits de réadaptation physique en déficience motrice.
2. Soutenir la mise en place progressive des infirmières détenant le titre d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI.
3. Suivre régulièrement la situation au Comité de gestion du réseau (CGR) par l'intermédiaire d'indicateurs de gestion.
4. Inscrire les attentes de résultats dans les processus de suivi administratif aux paliers national, régional et local.
5. Mettre à jour le contenu du programme de formation sur le fonctionnement des comités de gestion des risques et préparer une journée d'information à l'intention des comités de vigilance et de la qualité.

RESPONSABLES

Moyen 1 : Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget (DGCFIB) et Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (DGSSMU).

Moyen 2 : Direction générale du personnel du réseau et ministériel (DGPRM), DGCFIB et DGSSMU.

Moyen 3 : DGCFIB et DGSP.

Moyen 4 : DGSP, DGCFIB et CGR.

Moyen 5 : Direction de la qualité.

ÉCHÉANCIER

Suivi régulier

BILAN 2006-2009

Depuis 2006, des efforts considérables ont été consentis afin d'atteindre progressivement les ratios recommandés d'infirmières dédiées à la PCI dans les établissements de santé. Cependant, des enjeux professionnels, tels la pénurie d'infirmières formées et les conditions de travail peu compétitives comparativement à d'autres fonctions que peuvent occuper les infirmières, rendent difficile le maintien de cet objectif qui est atteint à plus de 75 % dans les établissements de courte durée et à plus de 60 % dans les établissements de soins de longue durée.

En 2009, plus de 80 % des établissements de courte durée ont un comité de PCI fonctionnel qui a tenu au moins quatre rencontres durant l'année. Les conseils d'administration de cette même catégorie d'établissements ont adopté un programme structuré de prévention et contrôle des infections nosocomiales dans une proportion de 71 %.

La PCI faisant déjà l'objet d'une norme dans le cadre du programme d'Agrément Canada, elle est une préoccupation partagée par l'ensemble des services d'un établissement, ce qui contribue à la consolidation d'une culture de prévention des infections.



LE SUIVI ET ÉVALUATION

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

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

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION – ACTION 23

Mettre en place un processus élargi de concertation sur l'évaluation des mesures de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, qui permet de documenter l'épidémiologie et les répercussions économiques et organisationnelles sur le réseau québécois de la santé.

MOYEN

Organiser des rencontres d'experts provinciaux et internationaux afin de déterminer les orientations à privilégier, compte tenu de leurs répercussions économiques et organisationnelles, au regard de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales, en priorité l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV).

RESPONSABLES

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et ses comités d'experts (CINQ et Comité SPIN)

ÉCHÉANCIER

ERV : automne 2010

Les autres infections nosocomiales : au besoin

BILAN 2006-2009

En 2010, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a produit la note informative *Évaluation du rapport coûts/bénéfices de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales à SARM dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés*, qui fait suite à une demande de la DGSP inscrite au plan d'action 2006-2009. Elle est diffusée à l'adresse

www.aetmis.gouv.qc.ca/site/fr_publications_2010.phtml.

Malgré l'hétérogénéité des mesures analysées par l'AETMIS, qui présentent des variations importantes sur le plan des coûts, de l'efficacité et de la durée des suivis, il ressort de cette évaluation le grand constat que de façon générale, toute mesure est rentable, comparé au « rien faire ». Le dépistage au moment de l'admission, la surveillance active par cultures et l'isolement des patients porteurs font partie des mesures efficaces.

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION – ACTION 24A

Promouvoir auprès des établissements le recours à un tableau de bord et à des processus d'évaluation interne et externe (agrément et organismes professionnels) pour faire le suivi du programme de PCI.

MOYENS

1. S'assurer auprès des instances de gestion que des indicateurs propres à la PCI ont été priorisés dans le tableau de bord de l'établissement. Ces indicateurs doivent permettre de suivre, sur une base régulière, l'évolution des résultats de surveillance, l'amélioration des processus ainsi que la consolidation des structures.
2. Maintenir, au palier provincial, la collecte systématique d'information sur des indicateurs locaux afin de suivre l'évolution des acquis en PCI, notamment au regard des ressources et de la programmation.
3. Utiliser le processus d'agrément pour suivre l'évolution de la mise en œuvre du programme de PCI.
4. Utiliser le processus d'accréditation des résidences privées pour personnes âgées pour soutenir la PCI dans ces milieux.

RESPONSABLES

Moyens 1 et 2 : DGCFIB, DGSP et agences de santé et de services sociaux.

Moyen 3 : Direction de la qualité.

Moyen 4 : Direction des personnes âgées en perte d'autonomie.

ÉCHÉANCIER

Continu

BILAN 2006-2009

En décembre 2007, le ministère recevait le projet TOCSIN, pour « Tableau organisationnel de contrôle et de suivi des infections nosocomiales », une initiative du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Dans le TOCSIN sont proposés pas moins de 97 indicateurs répartis en 22 thèmes eux-mêmes regroupés sous 3 catégories : structure, processus, résultats. Certains de ces indicateurs ont été intégrés au *Tableau de bord à l'intention des établissements de soins de courte durée et des agences de la santé et des services sociaux* que le ministère a diffusé en mai 2008. Parmi les nombreux indicateurs que comporte le tableau de bord, les établissements choisissent ceux qui correspondent le mieux à leur contexte afin de pouvoir faire un suivi rigoureux du programme de PCI.

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION – ACTION 24B

Promouvoir auprès des Agences le suivi d'indicateurs afin d'être en mesure de consolider la PCI dans les établissements de santé de la région.

MOYENS

1. Demander aux Agences de choisir des indicateurs de PCI en collaboration avec les établissements de leur territoire et de les suivre selon une périodicité prédéterminée.
2. Soutenir la collecte d'information systématique sur quelques indicateurs afin de suivre l'évolution des acquis en PCI, notamment au regard des ressources et de la programmation.
3. Analyser les résultats en collaboration avec les Tables régionales de prévention des infections nosocomiales afin de soutenir la mise en œuvre régionale des activités jugées prioritaires.

RESPONSABLES

DGCFIB, DGSP, Direction de la qualité et Agences de santé et de services sociaux.

ÉCHÉANCIER

Continu

BILAN 2006-2009

En mai 2008, la DGSP proposait aux Agences un menu d'indicateurs tirés de la liste des indicateurs des instances locales (action 23 du plan 2006-2009).

Certaines agences ont intégré les indicateurs qu'elles jugeaient les plus pertinents dans leurs ententes annuelles de gestion.



LE PLAN DE COMMUNICATION

Des activités de communication sont planifiées afin de soutenir les actions en prévention et contrôle des infections nosocomiales. 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 parmi les acteurs et partenaires du réseau que dans la population générale.

Le contenu communiqué a pour but d'informer les différents publics cibles sur des aspects particuliers du programme de PCI et cherche 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. 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 joue un rôle important dans l'actualisation des connaissances, dans la mise en œuvre et la mise à jour des lignes directrices, dans la formation continue, dans le partage d'expertise et d'expérience.

La stratégie de communication reposera sur la contribution des diverses instances du ministère ainsi que sur celle des agences régionales et des autres organismes engagés en PCI pour faire circuler l'information.

PLAN DE COMMUNICATION – ACTION 25

Élaborer un plan de communication dans la perspective de poursuivre, tant auprès des 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;
- contribuer à l'actualisation des connaissances;
- sensibiliser à l'importance d'adopter des comportements responsables en matière de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- faire connaître les bénéfices des mesures de PCI 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. Organiser le lancement public du plan d'action 2010-2015.
3. Poursuivre, avec régularité et transparence, la diffusion des données de surveillance relatives aux infections nosocomiales.
4. Poursuivre la diffusion de guides et d'outils susceptibles d'améliorer la pratique et la transmission des connaissances.
5. Promouvoir l'adoption de comportements responsables et hygiéniques en prévention des infections.

RESPONSABLES

Direction des communications, en étroite collaboration avec la Direction générale de la santé publique (DGSP) et le Comité ministériel sur les infections nosocomiales.

ÉCHÉANCIER

Hiver 2011 : lancement du plan d'action 2010-2015

Variable pour les autres éléments du plan d'action (à déterminer en fonction des besoins et de l'avancement des travaux).

BILAN 2006-2009

Un plan de communication a été mis en œuvre en mai 2006. Plusieurs de ses objectifs se rapportaient à la transmission régulière d'information tant auprès des partenaires du réseau que de la population générale, et chacun d'eux a été respecté.

Plusieurs actions ont été réalisées à la suite de la mise en œuvre du plan de communication. Un lancement public du plan d'action 2006-2009 a eu lieu et une rubrique sur les infections

nosocomiales a été ajoutée dans le site Internet du ministère; tout nouveau document en rapport avec le sujet (et même des documents antérieurs à 2006) y est maintenant versé. En outre, les nouvelles publications sont accompagnées d'une annonce dans la page d'accueil du site Internet et dans l'intranet réseau. Cette même rubrique comprend une foire aux questions sur le *C. difficile*, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ainsi qu'un bulletin où sont présentés les taux d'incidence pour l'ensemble du Québec. Plusieurs outils destinés aux professionnels de la santé ont été rendus accessibles en ligne. On soulignera enfin que les relations de presse ont été le moyen privilégié de joindre la population. Depuis 2006, quelque 150 articles ont paru dans les journaux nationaux et une trentaine de reportages radio et télé ont été diffusés. Cela sans compter les médias régionaux.

Par ailleurs, le ministère a soutenu l'Association des victimes d'infections nosocomiales (ADVIN) pour la mise en œuvre d'une campagne sur le lavage des mains. Cette campagne se déroule par l'intermédiaire des médias sociaux et porte la signature lavetesmains.net.

Le plan de communication aura été un moyen efficace de transmettre de l'information, de concourir au développement d'une culture de prévention et de contribuer à l'acquisition de connaissances, et ce, tant chez les acteurs et partenaires du réseau que dans la population générale.



CONCLUSION

Ce nouveau plan d'action s'inscrit en continuité avec le plan d'action 2006-2009, car notre objectif est de poursuivre et d'intensifier la lutte contre les infections nosocomiales dans l'ensemble des établissements de santé du Québec.

Avant tout une mobilisation d'équipe!

Cette lutte n'aura de succès que si les responsables cliniques et administratifs en font leur priorité. Il s'agit nécessairement d'un travail d'équipe puisque la mise en œuvre du plan d'action exige l'engagement de toutes les directions ministérielles visées. Elle demande aussi la collaboration assidue des établissements, auxquels échoit la responsabilité d'offrir à leurs usagers des soins et des services sécuritaires. Dans cette perspective, j'invite les paliers local et régional à opter pour une prise en charge d'équipe du problème des infections nosocomiales. Faire équipe au sein de son établissement, de sa région, et aussi du Ministère est un impératif pour s'attaquer à ce problème.

Ne jamais oublier vers qui vont nos efforts!

Les infections nosocomiales sont lourdes de conséquences sur le plan humain. Avant de se déclinier en statistiques, en taux, en tendances, les infections nosocomiales sont d'abord synonyme de souffrance et de désarroi pour les personnes atteintes et leur famille. Ces personnes ont fait confiance à leur système de santé, elles ont cru y recevoir des soins de qualité et sécuritaires; or voilà qu'elles en subissent des inconvénients majeurs. Notre devoir est donc de tout mettre en œuvre pour prévenir ces infections et atténuer les souffrances et les inconvénients qu'elles provoquent.

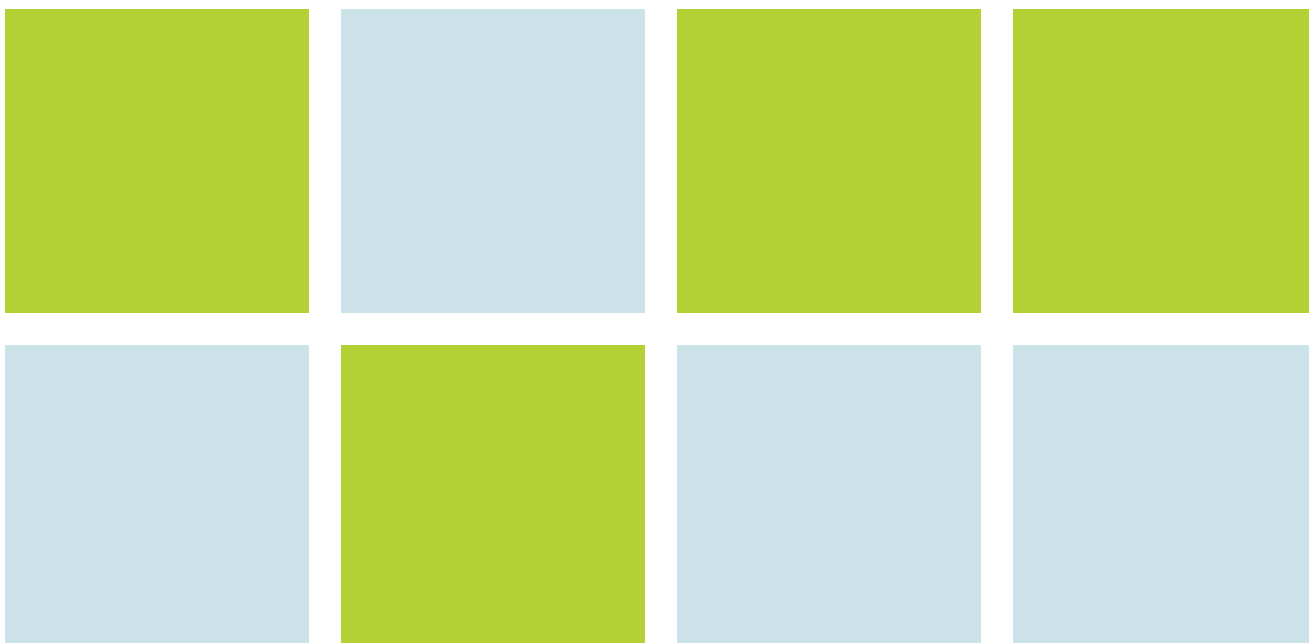
Agissons concrètement au jour le jour sans baisser la garde!

Aux principes de concertation et de collaboration que commande le plan d'action 2010-2015, j'en ajouterai un troisième : le pragmatisme! Cela se traduit par des actions précises, des responsables clairement désignés et des échéanciers. Ce faisant, le Ministère veut fournir aux intervenants, aux gestionnaires, aux établissements, aux agences, aux instances nationales et aux partenaires l'encadrement adéquat pour que dans les cinq années qui viennent, le réseau québécois de la santé atteigne l'objectif d'une diminution notable des infections nosocomiales.

La lutte contre les infections nosocomiales, c'est en quelque sorte une assurance au bénéfice de la population du Québec comme de l'ensemble du réseau de la santé : des maladies, des souffrances et des coûts sont évités, et l'indispensable lien de confiance entre la population et son réseau de santé s'en trouve solidifié.

Le directeur de la protection de la santé publique,

Horacio Arruda



ANNEXE 1

Tableau de bord
relatif au Plan d'action
2006-2009



TABLEAU DE BORD MINISTÉRIEL 2006-2009
POUR LE SUIVI DU
PLAN D'ACTION DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2006-2009

NO	ACTIONS	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	RÉALISÉ	COMMENTAIRES
1	Cadre de référence	Produire et diffuser le cadre	DGSP et partenaires	Oui	Publié juin 2006. Document encore très actuel. Revaloriser son utilisation
2	Surveillance des infections <i>C. difficile</i> SARM SARV ERV Bactériémies sur CVC	Consolider vs orientations d'experts	DGSP et INSPQ	Continu	Programme obligatoire août 2004 (95 CHSGS), rapports trimestriels et rapport annuel
		Utilisation med-écho	INSPQ	Continu	Suivi obligatoire des décès depuis août 2009
		Mettre en place surveillance des septicémies	INSPQ	Oui	Programme obligatoire janvier 2007 (85 CHSGS); rapport annuel
		Surveillance via MADO	DNSP	Continu	Règlement MADO novembre 2003, à ce jour aucun cas au Québec
		Mettre en place surveillance via laboratoires	INSPQ	Oui	Programme obligatoire janvier 2007 (79 labos); rapport annuel
		Augmenter nombre d'USI participantes	INSPQ	Oui	Programme obligatoire janvier 2007 (57 USI); rapport annuel
3	Surveillance autres infections	Inscrire activités minimales dans le cadre de référence aux établissements	DGSP et partenaires	Oui	
	(chirurgie, bactériémies,...)	Développer méthodes, outils standards	DGSP et INSPQ	Continu	Entente avec la DSP 06 pour développer outils pour la surveillance de sites chirurgicaux en orthopédie et cardiologie
	Surveillance globale des bactériémies	Démarrage du projet pilote	INSPQ	Oui	Programme volontaire (49 CHSGS participant)
4	Surveillance en CHSLD	Inscrire activités minimales dans le cadre référence	DGSP et partenaires	Oui	
		Portrait des infirmières affectées (atteinte des ratios)	DGSP et DGCFIB	Continu	Via entente de gestion
					Avril 2010 ratio atteint à 64%



NO	ACTIONS	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	RÉALISÉ	COMMENTAIRES
5	Programme de surveillance de l'usage des anti-infectieux	Recenser les meilleures pratiques/litt.	CDM et INSPQ	Oui	
		Répertorier les expériences québécoises	CDM et INSPQ	Oui	
		Élaborer cadre préliminaire de référence	CDM et INSPQ	Oui	
		Rédaction finale cadre de référence	CDM et INSPQ	Oui	Rapport final 2008
		Élaboration d'un plan de mise en œuvre d'un programme d'usage optimal des antibiotiques à partir du cadre de référence	MSSS (DAPM)	Oui	Non déployé
		Diffusion du cadre de référence	Conseil méd.	Oui	
		Formation d'un comité de mise en œuvre	DAPM	Oui	Non opérationnel
6	Antibiorésistance	Suivi du déploiement du plan de mise en œuvre d'un programme d'usage optimal des antibiotiques	DAPM	Non	Activités revues et inscrites au plan d'action 2010-2015
		Développement système central collecte données	INSPQ, Conseil, DGSP	Non	Développer des ponts avec le système central de collecte de données sur la résistance bactérienne et les taux d'infection: en attente
		Répertorier activités actuelles	INSPQ	Non	L'ensemble des activités relatives à l'action 6 est reporté dans le plan d'action 2010-2015
		Établir lien avec indicateurs de surveillance	INSPQ	Non	
		Proposer plan d'intervention national	INSPQ	Non	
7	Mise à niveau lignes directrices du CINQ	Déterminer les interventions à retenir et responsables	DGSP	Non	Certaines activités de surveillance ont cours au Québec Ex: Surveillance N. gonorrhoeae, M. tuberculosis, S.pneumoniae, S. aureus, S. pyogines et N. méningitidis
		Mettre en application	DGSP et partenaires	Non	
		Clostridium difficile	INSPQ-CINQ	Oui	
		SARM	INSPQ-CINQ	Oui	
		ERV	INSPQ-CINQ	Non	Rencontres d'experts (québécois et autres) automne 2010
		Gastro-entérite infectieuse	INSPQ-CINQ	Oui	
		Influenza saisonnier/soins longue durée	DPSP	Oui	
		Influenza pandémique	DGSP-INSPQ	Oui	
		Burkholderia cepacia (fibr. Kyst)	INSPQ-CINQ	Oui	



NO	ACTIONS	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	RÉALISÉ	COMMENTAIRES
8	Bon usage des antibiotiques	Rédiger guides, diffuser, soutenir	CDM	Oui	Guides cliniques réalisés et diffusés
		Cibles et plan de communication	CDM et dir com	Oui	Campagne sociétale sur le bon usage des AB
		Intégration dans formation intervenants	CDM et DGPRM	Continu	
		Obtenir lettres d'appui des organismes concernés	CDM	Oui	
9	Uniformiser les meilleures pratiques de nettoyage et de désinfection	Élaborer des lignes directrices	DGCFIB	Oui	
		Rédiger des guides :			
		Inventaire des surfaces à nettoyer et désinfecter	DGCFIB	Oui	
		Techniques et outils de travail	DGCFIB	Oui	
		Désinfectants	DGCFIB	Oui	
		Attitudes et comportement (précaution)	DGCFIB	Non	
		Stratégies d'intervention en HS	DGCFIB	Oui	
		Assurance /contrôle de qualité	DGCFIB	Non	Reporté en 2011
		Formation : Évaluer besoins	DGCFIB et DGPRM	Oui	
		Organiser la formation	DGCFIB et DGPRM	Oui	
10	Retraitement des dispositifs médicaux	Sessions aux formateurs		Oui	
		Diffusion aux préposés en milieu de travail		Oui	93% et plus
		Déterminer ententes de gestion	DGCFIB	Oui	
10	Retraitement des dispositifs médicaux	Assurer recours aux meilleures pratiques	DGSSMU et DGCFIB	Continu	Mandat du CPRS
		Guides de pratique	DGSSMU et DGCFIB	Continu	Mandat du CPRS
		Création du centre provincial de référence (CPRS)	DGSSMU et DGCFIB	Oui	
		Compléter visites installations	DGSSMU	Continu	Intégration d'une norme spécifique dans le processus d'Agrément Canada sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables avril 2010
11	Utilisation matériel médical usage unique (MMUU)	Obtenir un avis de l'AETMIS	DGSSMU	Oui	
		Réviser position ministérielle	DGSSMU	Oui	
		Diffuser agences et établissements	DGSSMU	Oui	



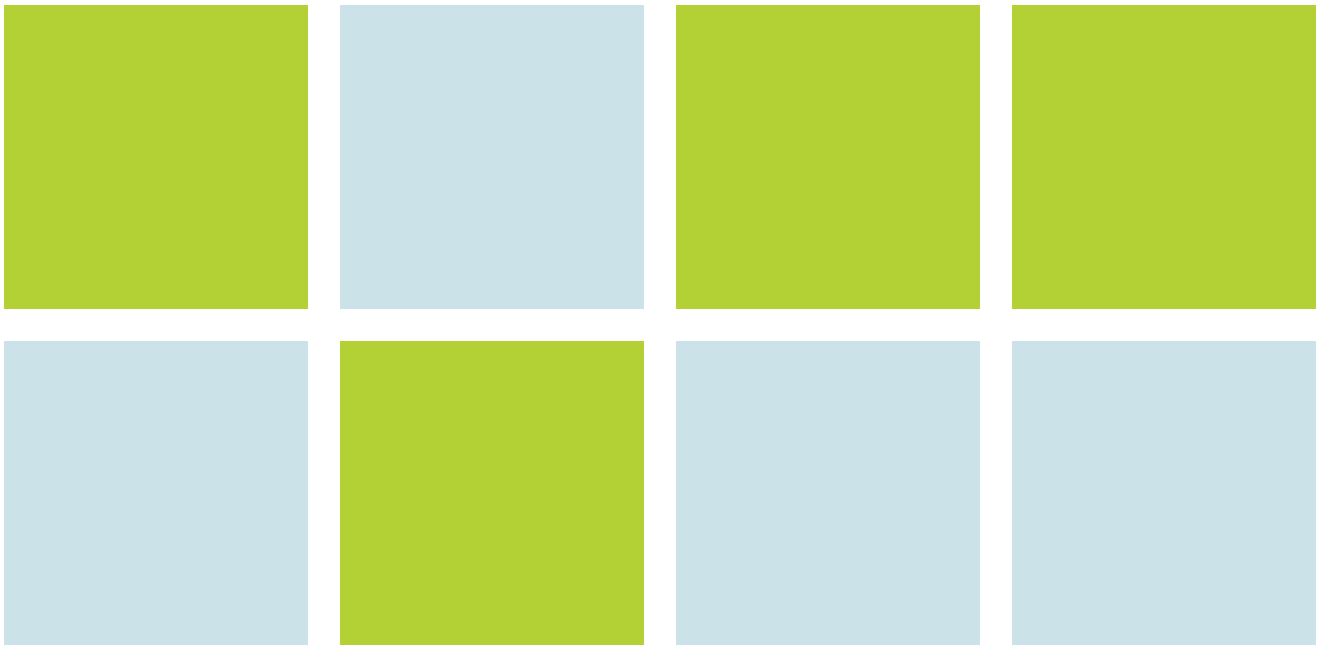
NO	ACTIONS	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	RÉALISÉ	COMMENTAIRES
12	Normes / installations matérielles et équipements méd. fixes	Formation du comité CIPIN	DGCFIB	Oui	A ce jour le CIPIN a siégé vingt fois et fait plusieurs rencontres de travail
		Phase 1: Élaboration des axes prioritaires d'intervention favorisant la prévention des infections nosocomiales.	DGCFIB	Oui	Document terminé" Axes prioritaires pour la gestion immobilière et la prévention des infections nosocomiales" juillet 2007. Celui-ci constitue le document de référence pour la réalisation du mandat 1 de la CHQ.
		Premier mandat à la CHQ	DGCFIB	Continu	Mandat déposé à la CHQ en juillet 2007
		Livable #1: Mise à jour et intégration de nouvelles informations dans le Cadre de référence normatif.	DGCFIB	Continu	
		1: <i>Mise à jour de la " Méthodologie des PFT"</i>	DGCFIB	Oui	
		2: <i>Élaboration du "Principes généraux d'aménagement pour la prévention des infections nosocomiales"</i>	DGCFIB	Oui	Publié 2009
		3. <i>Hygiène et salubrité - gestion des déchets biomédicaux</i>	DGCFIB	Non	Analyse en cours à la CHQ
		Livable #2: Élaboration des normes spécifiques pour: les postes de lavage de main (PLM), le matériel de protection (MP), les barrières physiques (BP), les équipements et accessoires (ÉA), les toilettes escamotables et les exigences techniques au niveau finis intérieurs et du mobilier	DGCFIB	Continu	
		Livable #3: Études de problématiques particulières	DGCFIB	Continu	Notes techniques sur : 1) "Analyse comparative de l'utilisation des lave-bassines ou des macérateurs: conditions d'utilisation, enjeux environnementaux et de sécurité" publié par l'AETMIS. 2) "Les risques associés à l'utilisation des robinets électroniques en centre de soins de santé" publié par le CINQ. 3) "Le guide d'aménagement de retraitement des dispositifs médicaux"



12 (suite)		Livable #4: Révision et élaboration de guides:	DGCFIB	Continu	
		1. <i>Guide de la qualité de l'air</i>	DGCFIB	Continu	
		2. <i>Guide de la qualité de l'eau</i>	DGCFIB	Continu	
		PHASE 2: Élaboration de normes et guides de construction basés sur l'analyse des processus des secteurs d'activité d'un CHSGS en tenant compte des risques infectieux.	DGCFIB	Continu	Première étape de la phase 2: Définir une méthodologie et analyser les processus de toutes les activités hospitalières de chaque secteur d'activités d'un CHSGS pour identifier les risques infectieux.
			DGCFIB		Deuxième étape de la phase 2: second mandat à la CHO.
13	Mise à niveau Immobilisation et équipement	Identifier besoins et prioriser	DGCFIB	Continu	
14	Risques infectieux et retraitement Rôles /responsabilités	Préciser rôles et responsabilités, paliers local et régional	DGSSMU et autres	Oui	Diffusion du document de travail en novembre 2006
		Préciser rôles et responsabilités, palier national	DGSSMU et autres	Continu	Suite à la signature des ententes de services entre le CPRS, INSPQ et le MSSS
		Diffuser l'information	DGSSMU et autres		
15	Information scientifique	Déterminer sources d'information, projets de recherche, modalités diffusion	INSPQ et DGSPÉQ	Continu	Tableau des principaux projets de recherche portant sur des thématiques en lien avec les infections nosocomiales recensés dans la Banque de recherche sociale et en santé (BRSS) du MSSS
16	Recherche intégrée	Consulter les groupes d'experts pour constituer une liste d'objets de recherche	DGSP	Oui	
		Établir cibles prioritaires	DGSP-DGPSÉQ-FRSQ	Oui	
		Allouer ressources pour lancer le programme.	DGPSÉQ-FRSQ	Non	
17	Outiller et soutenir le réseau sur le plan de l'expertise	Former équipe d'experts pour soutien	INSPQ	Continu	
		Informar des modalités d'accès	INSPQ		Accès via le système de garde de l'INSPQ
		Formation des microbiologistes, et équipes des directions de santé publique	INSPQ et AMMIQ Coll. Université de Montréal	Oui	Formation sur l'investigation d'écllosion (GEPITER): 2 cohortes formées (total: 40)
		Créer site internet de commun. de pratique	INSPQ	Non	À développer selon les priorités et les demandes



NO	ACTIONS	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	RÉALISÉ	COMMENTAIRES
18	Services de laboratoire	Hiérarchiser les services	DGSSMU	Oui	Publication du document "Organisation territoriale des services de biologie médicale"
		Désigner un laboratoire de référence	DGSSMU	Oui	LSPQ
		Mettre à niveau les laboratoires	DGSSMU	Continu	
19	Formation	État de situation	DGPRM	Oui	
		Nouveaux besoins et priorités	Comité ministériel	Continu	
		Plan de formation	DGPRM	Continu	De nombreux projets de formation pour les infirmières, le personnel en HS et en stérilisation ont été réalisés.
20	Structure nationale et régionale	Préciser modalités de communication : avec Table nationale avec agences et tables régionales avec établissements	Comité ministériel	continu continu continu continu	
21	Structure locale (équipe et comité)	Allouer ressources Inscrire aux ententes de gestion	DGCFOB et DGSP	Continu	Intégration d'indicateurs aux ententes de gestion relativement au comité, programme, ratios d'infirmières
				Oui	
22	Évaluation coûts/bénéfices des mesures de prévention par AETMIS	Convenir du mandat et modalités	DGSP et AETMIS	Oui	
		Rapport d'étape	AETMIS	Oui	
		Rapport final	AETMIS	Oui	
		Analyse	DGSP	Oui	
23	Tableau de bord pour établissement	Conception	DGSP	Oui	Conception des tableaux pour les 3 paliers (MSSS, agences, établissements)
24	Tableaux de bord ministère Agences/établissements	Tableau du MSSS (utilisation)	Comité ministériel	Continu	
		Agences/établissements	Comité de gestion	Oui	
		Utilisation	Agences/établissements	Continu	
25	Plan de communication	Lancement plan d'action et cadre de référence	Direction des communications et DGSP	Oui	
		Demandes spécifiques	Comité ministériel	Continu	Plan annuel 2007 a été élaboré.



ANNEXE 2

Mécanismes de suivi et de reddition de comptes



Rapports périodiques au Comité de direction du MSSS.

Suivi trimestriel de la mise en œuvre par le Comité ministériel sur les infections nosocomiales.

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

Tableaux de bord utilisés aux paliers local, régional et provincial.

Utilisation d'autres mécanismes de reddition de comptes du MSSS et de son réseau.



ANNEXE 3

Les collaborateurs à la mise en œuvre
du Plan d'action



La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales nécessitent la collaboration de très nombreux acteurs, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux qu'en marge de celui-ci. Mentionnons d'abord :

- les établissements de santé;
- les agences de santé et de services sociaux et leur direction de santé publique;
- l'Institut national de santé publique du Québec et ses groupes d'experts, soit le Comité sur les infections nosocomiales du Québec, le Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales et le Laboratoire de santé publique du Québec;
- le Centre provincial de référence en stérilisation;
- l'Institut national de l'excellence en santé et services sociaux;
- l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux;

Plusieurs directions et autres instances du ministère de la Santé et des Services sociaux se voient confier des responsabilités particulières. Ce sont :

- la Direction de la biovigilance;
- la Direction de la qualité;
- la Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances;
- la Direction des activités de soutien et du partenariat;
- la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament;
- la Direction des communications;
- la Direction générale adjointe de la performance;
- la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité;
- la Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget;
- la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire;
- la Direction générale du personnel réseau et ministériel;
- le Comité de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- le Comité de gestion du réseau;
- la Direction de la protection de la santé publique, instance coordonnatrice de la production et de la mise en œuvre du plan d'action;
- la Direction générale de la santé publique, instance qui chapeaute la production et la mise en œuvre du plan d'action.

Les instances de concertation et de coordination jouent un rôle crucial dans le dossier des infections nosocomiales et dans la mise en œuvre du plan d'action ministériel. Ce sont :

- la Table nationale de prévention des infections nosocomiales, une structure de la Direction générale de la santé publique;
- la Table de concertation nationale en maladies infectieuses;
- la Table de coordination nationale en santé publique;
- les tables régionales sur les infections nosocomiales.

Il en est de même pour des regroupements de professionnels, soit l'Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec, l'Association des infirmières en prévention des infections, l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec.

La formation et la recherche étant des enjeux de première importance en matière de prévention et contrôle des infections nosocomiales, il faut enfin souligner l'apport décisif des trois ordres d'enseignement et du Fonds de recherche en santé du Québec à l'atteinte des objectifs du plan d'action.

