

LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES



Plan d'action 2015-2020
État d'avancement des travaux
Bilan et faits saillants

Août 2016



Coordonnatrice des travaux

Georgiana Titeica, agente de recherche et de planification socioéconomique

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Collaborateurs

Alain Prémont, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Catherine Maranda, Direction de l'éthique et de la qualité, MSSS

Christophe Lair, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, MSSS

Céline Drolet, Direction de l'expertise et de la normalisation, MSSS

Dominique Bédard, Direction des communications, MSSS

Dolores Lepage-Savary, Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, MSSS

Jasmin Villeneuve, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ

Lise-Anne Piette, Direction de l'expertise et de la normalisation, MSSS

Louise Valiquette, Direction de la protection de la santé publique, MSSS

Marc Beauchemin, Direction de l'expertise et de la normalisation, MSSS

Sylvie Dubois, Direction nationale des soins et services infirmiers, MSSS

Révision linguistique

Jonathan Aubin

Édition :

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

Le présent document est disponible seulement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Documentation**, rubrique **Publications**

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-77447-1 (version PDF)

Tous droits réservés. 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. 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.

Mot du directeur national de la santé publique et du président de la Table nationale de prévention des infections nosocomiales

Le bilan de la première année du Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) s'avère rassurant. Ce document fait état des principales réalisations correspondant aux 22 cibles jugées prioritaires afin de répondre aux changements rapides auxquels nous assistons dans le domaine de la PCI.

L'instauration d'une culture de la PCI demeure une assise essentielle quant à la sécurité des patients et doit représenter un projet commun pour les administrateurs, les médecins, les professionnels et les intervenants. Les avancées constatées montrent que les acteurs concernés par la PCI ont su relever haut la main les défis rencontrés par la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Compte tenu de la réorganisation du réseau et de l'évolution constante des connaissances, une mise à jour du *Cadre de référence en PCI à l'intention des établissements* est en préparation afin d'arrimer les nouveaux éléments structuraux et organisationnels dans le but de favoriser l'application efficiente du programme de PCI dans l'établissement.

Au cours de la dernière année, des progrès importants ont été enregistrés du côté du retraitement des dispositifs médicaux, notamment par l'intégration du rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux au Système d'information sur la sécurité des soins et des services ainsi que par la mise en place d'un comité des utilisateurs et des répondants d'établissements en retraitement des dispositifs médicaux.

La formation du personnel en PCI demeure un investissement essentiel pour la qualité des soins. Cela se traduit par une offre importante de modules de formation propres à la surveillance des infections nosocomiales, à l'hygiène et à la salubrité, ainsi qu'au retraitement des dispositifs médicaux. La publication de plusieurs guides et fiches techniques concernant la planification immobilière en fonction de la PCI et l'émergence de bactéries multirésistantes témoignent encore une fois de l'importance accordée à la mise à jour des connaissances en PCI. Enfin, l'élaboration d'orientations ministérielles en matière de soins et de services pharmaceutiques aura un effet positif sur l'amélioration des activités de surveillance liées à l'utilisation des antibiotiques et autres antimicrobiens.

Bien que les réalisations observées soient fort encourageantes, de nombreux défis restent encore à relever. Notons, entre autres, le phénomène de la multirésistance bactérienne, la réponse aux maladies infectieuses émergentes ainsi que l'intégration dans le réseau de la nouvelle spécialité infirmière en PCI.

La poursuite des cibles inscrites dans le plan d'action 2015-2020 par la mobilisation de tous les intervenants, administrateurs et gestionnaires, à tous les niveaux de responsabilité, nous permettra de progresser davantage dans la lutte contre les infections nosocomiales et ainsi de prodiguer des soins de meilleure qualité dans l'ensemble du réseau de la santé québécois.

Le directeur national
de la santé publique,

Le président de la Table nationale
de prévention des infections nosocomiales,

Horacio Arruda

François Lamothe

TABLE DES MATIÈRES

Contenu

CADRES DE RÉFÉRENCE.....	1
CIBLE 1 : Réviser les différents cadres de référence sur les rôles et responsabilités des établissements ainsi que des autorités de santé publique à la lumière des changements législatifs et organisationnels récents	1
SURVEILLANCE	1
CIBLE 2 : Poursuivre, consolider et développer la surveillance des infections nosocomiales par l'intermédiaire d'un programme provincial structuré	1
CIBLE 3 : Documenter périodiquement les facteurs pouvant expliquer l'incidence des infections nosocomiales.....	6
LUTTE À L'ANTIBIORÉSISTANCE	9
CIBLE 4 : Implanter les mesures concernant les infections nosocomiales recommandées dans le plan d'action ministériel sur la lutte à la résistance aux antibiotiques 2015-2020	9
CIBLE 5 : Développer la surveillance de l'usage des antibiotiques dans les établissements de courte durée..	10
DÉVELOPPEMENT INFORMATIONNEL.....	11
CIBLE 6 : Rehausser les outils informationnels afin de permettre aux établissements de santé d'assurer la surveillance des infections nosocomiales ainsi que la gestion optimale des événements infectieux, des processus de soins et de l'antibiogouvernance	11
PRATIQUES EXEMPLAIRES	12
CIBLE 7 : Soutenir la mise en œuvre d'un programme local de prévention des maladies évitables par la vaccination et de dépistage de la tuberculose qui s'adresse aux travailleurs de la santé.....	12
CIBLE 8 : Promouvoir l'adhésion de tous les établissements de santé à la Campagne québécoise sur les soins sécuritaires	12
CIBLE 9 : Assurer une mise à jour périodique des recommandations en prévention et contrôle des infections nosocomiales en les regroupant dans des guides de pratique généraux et des fiches techniques....	13
CIBLE 10 : Uniformiser et actualiser les pratiques techniques, cliniques et de gestion de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) afin de prévenir les infections nosocomiales	14
CIBLE 11 : Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique.....	17
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ.....	18
CIBLE 12 : Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement afin de prévenir les infections nosocomiales.....	18
CIBLE 13 : Poursuivre et consolider le suivi de l'assurance qualité en hygiène et salubrité	18
CIBLE 14 : Allouer des ressources suffisantes en hygiène et salubrité afin d'assurer une offre de service sécuritaire au regard de la PCI	19

IMMOBILIER.....	20
CIBLE 15 : Maintenir à jour et développer le Répertoire des guides de planification immobilière (RGPI) à l'intention du MSSS, des CIUSSS, des CISSS et des autres partenaires	20
CIBLE 16 : Poursuivre l'élaboration du plan d'action visant l'élimination des chambres à plus de deux lits avec toilette partagée.....	21
RÉSEAU D'EXPERTISE ET CAPACITÉ DE RÉPONSE	22
CIBLE 17 : Mettre en œuvre une planification de la main-d'œuvre de façon à assurer la relève clinique dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections et à répondre adéquatement aux exigences du réseau quant à l'expertise dans ce domaine	22
CIBLE 18 : Maintenir les structures, les comités d'experts et les groupes de travail pour les soutenir dans leur mandat et leurs réalisations	22
CIBLE 19 : Développer et maintenir les compétences en prévention et contrôle des infections nosocomiales des intervenants du réseau de la santé.....	25
FORMATION POUR DIFFÉRENTES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES	25
FORMATIONS OFFERTES SUR LA PLATEFORME DE L'INSPQ	27
CIBLE 20 : Renforcer les capacités du réseau de la santé à répondre aux émergences infectieuses	28
COMMUNICATION.....	29
CIBLE 21 : Élaborer et mettre en œuvre les stratégies de communication adéquates qui, tout en tenant compte des défis posés aux directions concernées par la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, favoriseront la mobilisation des acteurs et des patients	29
ÉVALUATION ET RECHERCHE	30
CIBLE 22 : Évaluer les mesures PCI en tenant compte du mode d'organisation, du fardeau de la maladie ainsi que de leurs impacts cliniques et épidémiologiques	30
ANNEXE 1 - SURVEILLANCE DES IN ET PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020	31
ANNEXE 2 - BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2015 EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)	32
ANNEXE 3 – CERDM	36

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Principales étapes pour l'analyse des données et la production des rapports	2
Tableau 2. Bilan des activités du Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM)	15

LISTE DES SIGLES

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
ATP	Adénosine triphosphate
BAC	Bactériémies
BACC	Bactériémies sur cathéters centraux
BACTOT	Bactériémies nosocomiales panhospitalières
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
BMR	Bactéries multirésistantes
CD	<i>Clostridium difficile</i> ; <i>C. difficile</i>
CERDM	Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CIPIN	Comité des immobilisations en prévention des infections nosocomiales
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPRS	Centre provincial de référence en stérilisation
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRIE	Comité de ressources immobilières et équipement
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CURDM	Comité des utilisateurs et répondants d'établissements en retraitement des dispositifs médicaux
DACD	Diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i> (<i>C. difficile</i>)
DAPM	Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament
DBBM	Direction de la biovigilance et de la biologie médicale
DEN	Direction de l'expertise et de la normalisation
DG	Directeur général
DGPPQ	Direction générale de la planification de la performance et de la qualité
DGPRM	Direction générale du personnel réseau et ministériel
DGSP	Direction générale de la santé publique

DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DNSP	Directeur national de la santé publique
DPSP	Direction de la protection de la santé publique
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
EPC	Entérobactéries productrices de carbapénémases
HD	Hémodialyse
ICS-PCI	Infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections
IN	Infections nosocomiales
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MMUU	Matériel médical à usage unique
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Président-directeur général
PUQMIASE	Plan d'urgence québécois pour les maladies infectieuses à surveillance extrême
RARDM	Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux
RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
RGPI	Répertoire des guides de planification immobilière
SA	Staphylococcus aureus
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SI	Système d'information
SMA	Sous-ministre adjoint
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité de)
TNPIN	Table nationale de prévention des infections nosocomiales
USI	Unité de soins intensifs

CADRES DE RÉFÉRENCE

CIBLE 1 : Réviser les différents cadres de référence sur les rôles et responsabilités des établissements ainsi que des autorités de santé publique à la lumière des changements législatifs et organisationnels récents

Mise en contexte

Dans le contexte des changements législatifs et organisationnels découlant du projet de loi no 10 entré en vigueur le 1er avril 2015, il s'impose de mettre à jour le document *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales : cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*. De plus, en raison de l'évolution des connaissances cliniques en PCI au cours des dix dernières années, une actualisation du cadre de référence était également nécessaire. Ce document, édité pour la première fois en 2006, sert à définir les éléments structuraux et organisationnels favorables à l'application efficiente du programme de PCI.

État d'avancement

Les travaux de mise à jour ont débuté en mars 2016 et sont menés par un groupe de travail relevant de la Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN). Il est prévu que la deuxième édition du cadre de référence soit finalisée à la fin de l'année 2016.

SURVEILLANCE

CIBLE 2 : Poursuivre, consolider et développer la surveillance des infections nosocomiales par l'intermédiaire d'un programme provincial structuré

PROGRAMME DE SURVEILLANCE PROVINCIALE

Mise en contexte

Les données de surveillance sont essentielles à la planification et à l'organisation des services en PCI. Au Québec, six programmes de surveillance obligatoire s'adressent à des installations ciblées selon la caractéristique des services offerts. Un septième programme s'est ajouté en 2014, sur une base volontaire. Il s'agit de la surveillance des bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC).

L'INSPQ assure une surveillance continue des infections nosocomiales ciblées. Un portail Web (SI-SPIN) permet la saisie des données par les équipes de PCI des établissements de soins de santé, et leur collecte et leur analyse par les épidémiologistes de l'INSPQ. Une fois par année, l'INSPQ publie un rapport des données de surveillance pour chacun des programmes de surveillance ainsi qu'un résumé des faits saillants et des recommandations qui en découlent. Ces rapports sont accessibles sur le site de l'INSPQ : <https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales/spin>

Fin de l'année de surveillance	31 mars
Extraction des données	Début mai
Analyse et rédaction des rapports	Mai-juin
Prédifusion des rapports de surveillance au MSSS	Juillet
Diffusion finale des rapports de surveillance et mise en ligne	Septembre-octobre
Diffusion finale des faits saillants et mise en ligne	Décembre

Tableau 1. Principales étapes pour l'analyse des données et la production des rapports

État d'avancement

➤ **Surveillance provinciale des bactériémies à *Staphylococcus aureus* (SPIN-SARM)**

La surveillance provinciale des bactériémies à *S. aureus*, obligatoire depuis janvier 2007, s'est poursuivie dans les 88 installations (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés) visées en 2014-2015. Le rapport de surveillance SPIN-SARM 2014-2015 a été diffusé à l'automne 2015.

Résumé des faits saillants du rapport 2014-2015 (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015)

Le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM est demeuré stable à 0,20 / 10 000 jours-présence, comparativement à l'année 2013-2014. De façon globale, on note une nette diminution des taux depuis la première année du programme de surveillance en 2006, qui était à 0,54 / 10 000 jours-présence.

Pour plus d'informations :

https://www.inspq.qc.ca/infections_nosocomiales/spin-sarm/surveillance-2014-2015

➤ **Surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (SPIN-ERV)**

Ce programme de surveillance provinciale, implanté en 2006, était initialement basé sur les résultats des tests de laboratoire des CH du Québec. Depuis 2011, la surveillance est réalisée au cas par cas, rendant possible la mesure des taux d'incidence et la documentation du lieu d'acquisition. Ce sont 88 installations qui ont participé au programme en 2014-2015. Le rapport de surveillance SPIN-ERV 2014-2015 a été diffusé à l'automne 2015.

Résumé des faits saillants du rapport 2014-2015 (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015)

Le taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV était identique à celui de l'année précédente, à 0,18 / 10 000 jours-présence. Les infections nosocomiales à ERV sont surtout concentrées dans la région de Montréal, particulièrement dans les installations universitaires.

Le taux d'acquisition des colonisations à ERV était à 10,99 / 10 000 jours-présence, comparativement à 10,85 / 10 000 jours-présence l'année précédente.

Pour plus d'informations :

<https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/spin-erv/surveillance-2014-2015>

➤ **Surveillance provinciale des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (SPIN-DACD)**

La surveillance provinciale des diarrhées associées au *C. difficile* (DACD) a été mise en place en août 2004. En 2014 -2015, 95 CH ont participé à cette surveillance, dont deux centres pédiatriques et six centres de réadaptation. Le rapport de surveillance SPIN-DACD 2014-2015 a été diffusé à l'automne 2015.

Résumé des faits saillants du rapport 2014-2015 (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015)

Il s'agissait de la 11^e année de surveillance pour les diarrhées associées à *C. difficile*. Le taux provincial a diminué par rapport à l'année précédente, ce qui représente environ 200 cas de moins. Le taux à 6,8 / 10 000 jours-présence était le plus bas des cinq dernières années. Ce taux d'incidence est significativement en baisse par rapport à celui de 2013-2014. La proportion de décès à 10 jours a été de 9,8 % (n = 285) et celle à 30 jours, de 18,6 % (n = 543). Au total, 36 (1,2 %) colectomies ont été déclarées.

Pour plus d'informations :

<https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/spin-cd/surveillance-2014-2015>

➤ **Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales panhospitalières (SPIN-BACTOT)**

Ce programme de surveillance est devenu obligatoire en septembre 2013. En 2014-2015, 88 installations ont participé à ce programme de surveillance. Le rapport de surveillance SPIN-BACTOT 2014-2015 a été diffusé à l'automne 2015.

Résumé des faits saillants du rapport 2014-2015 (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015)

Pour l'année 2014-2015, on note une baisse des taux d'incidence des bactériémies comparativement à la période 2010-2014. La diminution est significative pour les bactériémies primaires associées à un cathéter, pour celles en hémodialyse et pour les bactériémies secondaires à une infection de site opératoire.

Par contre, les taux sont plus élevés parmi les usagers des unités de soins intensifs ainsi que dans les milieux universitaires.

Pour plus d'informations :

<https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/spin-bactot/surveillance-2014-2015>

➤ **Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (SPIN-BACC)**

La surveillance provinciale des BACC-SI, mise en place en avril 2003 avant de devenir obligatoire en janvier 2007, et ce, pour les unités de soins intensifs (USI) ayant au moins dix lits, s'est poursuivie en 2014-2015 dans 67 unités de soins intensifs. Le rapport de surveillance SPIN-BACC 2014-2015 a été diffusé à l'automne 2015.

Résumé des faits saillants du rapport 2014-2015 (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015)

En 2014-2015, ce programme terminait sa 8^e année de surveillance obligatoire. Parmi les unités participantes, on a noté une diminution de 32 % des taux de bactériémies, principalement attribuable à une diminution dans les unités de soins intensifs (USI) universitaires adultes et dans les USI néonatales. La baisse notée l'année précédente s'est donc poursuivie.

Pour plus d'informations :

<https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/spin-bacc/surveillance-2014-2015>

➤ **Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès en hémodialyse (SPIN-HD)**

Cette surveillance est obligatoire depuis avril 2011. À la suite des recommandations des experts du CINQ et du groupe SPIN-HD, la Direction générale des services de santé et médecine universitaire du MSSS a inclus, dans ses orientations ministérielles pour les personnes atteintes de maladies rénales, la recommandation de favoriser la création de fistules artérioveineuses comme accès vasculaire privilégié et d'assurer par la suite le suivi de ces fistules afin d'intervenir efficacement et précocement pour les maintenir en fonction. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-928-01.pdf>

Au total 45 unités d'hémodialyse ont participé à ce programme de surveillance en 2014-2015. Le rapport de surveillance SPIN-HD 2014-2015 a été diffusé à l'automne 2015.

Résumé des faits saillants du rapport 2014-2015 (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015)

Le taux noté de 0,28 bactériémies / 100 patients-période est le plus bas observé depuis le début du programme.

Le taux d'incidence est significativement plus élevé lors de l'utilisation d'un cathéter temporaire (6,73) comparativement à l'utilisation d'un cathéter permanent (0,37), d'une fistule naturelle avec technique du trou de bouton (0,20) et d'une fistule naturelle sans technique du trou de bouton (0,05).

Pour plus d'informations :

<https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/spin-hemodialyse/surveillance-2014-2015>

➤ **Surveillance provinciale des bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (SPIN-BGNPC)**

Les infections résistantes à plusieurs antibiotiques occasionnent des difficultés croissantes pour le traitement des personnes atteintes. La prévention de la transmission de ces bactéries en milieu de soins est une source de préoccupation constante. Soixante-sept installations ont participé à ce programme sur une base volontaire en 2014-2015. Le premier rapport SPIN-BGNPC a été publié à l'automne 2015.

Résumé des faits saillants du rapport 2014-2015 (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015)

Il s'agissait de la première année de surveillance de ce programme qui est le seul à ne pas être obligatoire. Soixante-sept installations y ont participé, ce qui a permis de déclarer 14 infections (pour un taux d'incidence des infections nosocomiales à 0,028 / 10 000 jours-présence) et 67 colonisations (taux d'acquisition nosocomiale de 0,16 / 10 000 jours-présence). Le gène KPC a le plus souvent été identifié, et la bactérie *Citrobacter freundii* a été identifiée dans plus de 50 % des cas de colonisation.

SYSTÈMES D'INFORMATION

Mise en contexte

Afin de pouvoir réaliser la surveillance, il est essentiel que les établissements aient accès à des outils informatiques permettant la saisie des données. Un logiciel de saisie des données pour les programmes de surveillance est accessible dans un portail Web sécurisé.

De plus, l'accès aux résultats des programmes provinciaux est assuré par l'Infocentre de santé publique. Cela permet non seulement aux établissements de se comparer entre eux, mais également aux directions de santé publique d'avoir accès rapidement aux données de surveillance nécessaires à la réalisation de leur vigie afin de détecter des situations de menace à la santé.

État d'avancement

➤ SI-SPIN

L'INSPQ a assuré le développement d'un système informatique pour la saisie, la collecte et l'analyse des données nécessaires à la réalisation des programmes de surveillance. Les établissements peuvent y avoir accès par une application Web.

Des modifications sont apportées chaque année aux programmes afin de suivre l'évolution des définitions et des modalités de surveillance, permettant de suivre les tendances internationales. L'INSPQ s'assure également de maintenir la comparabilité des données d'une année à l'autre.

➤ Infocentre

Depuis le printemps 2015, le service Infocentre de l'INSPQ rend accessible pour les utilisateurs les données des sept programmes de surveillance des infections nosocomiales sur son site Web. Le site présente les données selon des tableaux et des graphiques prédéfinis, et permet également l'extraction des données des différents programmes lorsqu'une analyse plus détaillée est nécessaire.

L'Infocentre assure aussi la mise à jour et le développement de nouvelles modalités pour la présentation et l'accès aux données.

CIBLE 3 : Documenter périodiquement les facteurs pouvant expliquer l'incidence des infections nosocomiales

ÉTUDE DES SOUCHES

Mise en contexte

L'analyse de certaines souches bactériennes effectuées par le LSPQ permet de mieux connaître l'épidémiologie des agents faisant l'objet d'une surveillance, en améliorant la compréhension de leur dynamique de transmission et des facteurs expliquant les variations d'incidence. Ces données sont complémentaires à celles recueillies par les équipes de PCI dans le cadre des programmes de surveillance.

État d'avancement

➤ SARM

L'étude des souches de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) isolées des hémocultures a été reconduite en 2015-2016. Cette étude est réalisée tous les trois ans selon la recommandation du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Les résultats seront disponibles au cours de l'année 2016-2017.

➤ ***Clostridium difficile***

La caractérisation de souches de *Clostridium difficile* a été réalisée de nouveau en 2016 afin d'établir le profil moléculaire des souches circulantes et de confirmer l'importance de la souche NAP1 au Québec. Cette analyse a été effectuée annuellement depuis 2005 (sauf en 2009). En 2005, 58 % des souches étudiées étaient de génotype NAP1. Le pourcentage pour ce même génotype a varié entre 45 % et 67 % pour les années 2006 à 2014. Les données de 2016 seront disponibles au cours de l'année 2016-2017.

➤ **BGNPC**

Une surveillance prospective de la résistance aux carbapénèmes chez les entérobactéries a été instaurée par le LSPQ en août 2010. Les objectifs du programme de surveillance étaient de déterminer les mécanismes de résistance aux carbapénèmes, d'évaluer la présence d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) au Québec, de déterminer les gènes de résistance de ces souches ainsi que d'établir les profils de sensibilité aux antibiotiques. Cette surveillance s'effectue en continu à partir des souches transmises au LSPQ par les laboratoires des hôpitaux (selon les critères établis par le LSPQ). Les résultats sont disponibles en continu auprès du LSPQ.

➤ ***Étude sur les mesures appliquées dans les installations de soins de courte durée du Québec au regard de la prévention et du contrôle de la diarrhée associée au Clostridium difficile***

Cette étude réalisée entre janvier et octobre 2011 auprès des équipes de prévention et de contrôle des infections est la première depuis la crise épidémique de 2003-2004 et la publication des lignes directrices québécoises sur la prévention des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD). Six ans après cette crise, on note un rehaussement important des ressources professionnelles en prévention des infections, comme recommandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les principaux faits saillants dégagés par l'étude sont les suivants :

- La pénurie d'infirmières en prévention des infections semble avoir été largement comblée. Cependant, un remplacement fréquent de ces postes est observé;
- La présence des surspécialités offertes par les installations démontre que certaines sont associées à des taux d'incidence plus élevés de DACD;
- Une faible proportion de patients admis en chambres individuelles est significativement associée à un taux d'incidence des DACD élevé;
- Le nombre de postes de lavage des mains semble encore largement déficient malgré une certaine augmentation dans les deux tiers des hôpitaux;

- Les ressources humaines disponibles en hygiène et salubrité sont jugées insuffisantes dans plus de 40 % des installations;
- Une minorité d'installations (40 %) utilise un produit chloré, théoriquement efficace contre les spores de *Clostridium difficile* pour l'entretien quotidien des chambres de tous les patients. Une certaine proportion utilise une procédure en trois étapes au quotidien avec les produits chlorés, et presque tous font la procédure en trois étapes au congé du patient ou à la fin des précautions;
- Une vaste majorité d'installations a un programme de contrôle de qualité en hygiène et salubrité, mais ce programme consiste surtout en une inspection visuelle. Très peu de centres utilisent des marqueurs fluorescents ou des méthodes quantitatives à base d'ATP (13 % chacun) reconnues beaucoup plus sensibles;
- Environ 80 % des installations qui ont connu une éclosion au cours de l'année de surveillance 2009-2010 avaient une prédominance de la souche A (ou NAP1);
- Seulement 29 % des centres hospitaliers ont mis en place des politiques de restriction de certains antibiotiques pour contrôler le nombre de cas de DACD;
- Des pharmaciens sont attirés à la surveillance de l'utilisation des antibiotiques dans 31 centres, mais seulement 13 centres hospitaliers ont au moins un pharmacien équivalent temps plein, ce qui explique que peu de surveillance est effectivement réalisée.

L'analyse multivariée nous permet de déterminer les variables les plus fortement associées aux taux d'incidence de DACD observés. Certaines de ces variables (telles que la proportion de souche NAP1) sont bien connues de la littérature et comportent un fort rationnel théorique.

Pour plus d'informations :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2013>

LUTTE À L'ANTIBIORÉSISTANCE

CIBLE 4 : Implanter les mesures concernant les infections nosocomiales recommandées dans le plan d'action ministériel sur la lutte à la résistance aux antibiotiques 2015-2020

Mise en contexte

La résistance des bactéries envers les antibiotiques est un phénomène en croissance à l'échelle mondiale. Afin de répondre à cette préoccupation, le directeur national de la santé publique (DNSP) a mandaté un groupe de travail afin de se pencher sur des mesures et des moyens efficaces en santé humaine pour lutter efficacement contre la résistance bactérienne au Québec. Les travaux ont débuté en 2015 et couvrent les champs d'action suivants : la gouvernance, la surveillance de la résistance bactérienne, l'utilisation judicieuse des antibiotiques, la communication, les politiques publiques et l'évaluation, l'innovation et la recherche.

État d'avancement

Le groupe de travail mandaté par le DNSP a terminé ses travaux à l'hiver 2015 et a remis sa proposition au DNSP.

Un comité ministériel portant sur la lutte à l'antibiorésistance, constitué par les différentes directions du MSSS concernées par la mise en œuvre des mesures du plan de même que de représentants de l'INESS et de l'INSPQ, a été formé à l'automne 2015. Bien que le plan d'action ne soit pas encore finalisé, plusieurs mesures ont été entreprises.

L'INSPQ a reçu les mandats suivants :

- Proposer un plan de surveillance intégré de la résistance aux antibiotiques incorporant les activités de surveillance clinique, de laboratoire et épidémiologique;
- Se pencher sur les méthodologies et objets de surveillance à mettre en place pour surveiller l'usage des antibiotiques dans les établissements et dans la communauté;
- Élaborer un cadre normatif pour les laboratoires.

La collaboration à la mise en œuvre du Plan ministériel a été inscrite dans les mesures à réaliser dans le Programme national de santé publique 2015-2020.

CIBLE 5 : Développer la surveillance de l'usage des antibiotiques dans les établissements de courte durée

Mise en contexte

Dans le cadre du *Plan ministériel sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015*, la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (DAPM) avait diffusé, en juin 2011, une circulaire (2011-021) portant sur la « mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage optimal des antibiotiques en établissement de santé » (voir l'annexe 2).

En janvier 2014, dans le but d'évaluer l'implantation des mesures prévues par l'application de la circulaire, un courriel a été envoyé à tous les PDG d'agence par le SMA de la DGPPQ.

Un peu moins du tiers des établissements concernés avait implanté toutes les mesures contenues dans la circulaire 2011-021. La majeure partie des établissements de santé n'a donné suite que partiellement ou pas du tout à la circulaire 2011-021.

État d'avancement

En lien avec les constats découlant du sondage effectué en 2014, plusieurs mesures ont été entreprises par la DAPM au cours des années 2014 et 2015. Parmi celles-ci, pensons notamment à l'élaboration d'orientations ministérielles en matière de soins et de services pharmaceutiques, dont les deux orientations ci-après qui auront un effet sur la consolidation et l'amélioration des activités de surveillance de l'utilisation des antibiotiques.

Dans le cadre de la prise en charge des usagers, les établissements devront donner priorité aux usagers à couverture de soins pharmaceutiques obligatoires (dont les usagers suivis en infectiologie).

Le MSSS et les établissements devront mettre en œuvre les stratégies et les mesures nécessaires à l'échelle locale et nationale pour soutenir les activités d'usage optimal du médicament, dont la surveillance de l'utilisation des antibiotiques.

Plus précisément, les principaux moyens permettant de réaliser les orientations retenues par la DAPM sont :

- Intégrer dans ses orientations ministérielles les objectifs du plan d'action ministériel sur la prévention et le contrôle des infections 2015-2020, plus spécifiquement la surveillance de l'antibiothérapie. Cela implique de développer la surveillance de l'utilisation des antibiotiques dans les établissements; d'actualiser la circulaire ministérielle de 2011 (2011-021) intitulée *Mise en œuvre du programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé*; de déployer le nombre d'heures-pharmacien suffisant consacré à ces activités; élaborer un indicateur provincial pour le suivi de la circulaire ministérielle 0-21;

- S'assurer que le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) soutient par ses travaux l'intégration des activités de surveillance pour permettre l'usage optimal des antibiotiques dans le cadre du Plan d'action du MSSS 2015-2020 concernant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales et la lutte à l'antibiorésistance;
- Rendre disponibles les outils informationnels aux établissements afin que ceux-ci puissent effectuer une surveillance adéquate de l'utilisation des antibiotiques. Le calcul de la consommation qualitative et quantitative des antibiotiques est une pratique utile à cet effet;
- Prendre les moyens nécessaires pour s'assurer qu'un nombre suffisant de pharmaciens seront disponibles pour offrir les services en lien avec l'antibiosurveillance;
- Soutenir les établissements dans la mise en place d'un programme de surveillance de l'utilisation des antibiotiques, notamment par l'implantation d'un logiciel de surveillance des antibiotiques intégré (antibiovigilance);
- Collaborer étroitement avec les équipes de prévention et de contrôle des infections et réaliser les activités d'antibiosurveillance de manière intégrée.

Il est prévu que ces orientations seront publiées et diffusées aux établissements au cours de l'année 2016.

DÉVELOPPEMENT INFORMATIONNEL

CIBLE 6 : Rehausser les outils informationnels afin de permettre aux établissements de santé d'assurer la surveillance des infections nosocomiales ainsi que la gestion optimale des événements infectieux, des processus de soins et de l'antibiogouvernance

État d'avancement

Présentement, un moratoire informatique concernant l'achat de nouveaux logiciels et d'autres ressources informationnelles est en vigueur pour l'ensemble du réseau de la santé. Dans un premier temps, il est prévu qu'un inventaire des programmes existants soit réalisé et, à la suite des travaux d'analyse subséquents, des recommandations seront formulées au regard des outils informatiques, dont celles concernant les infections nosocomiales et l'antibiogouvernance.

PRATIQUES EXEMPLAIRES

CIBLE 7 : Soutenir la mise en œuvre d'un programme local de prévention des maladies évitables par la vaccination et de dépistage de la tuberculose qui s'adresse aux travailleurs de la santé

En janvier 2016, le MSSS publiait une mise à jour du guide « *Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs : recommandations* ». Ce guide fait état des dernières recommandations de santé publique relativement à l'immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs qui œuvrent au sein de milieux qui offrent des soins de santé, ainsi que du dépistage de la tuberculose au moyen du test cutané à la tuberculine.

Il est prévu qu'une directive de gestion à l'intention des établissements soit diffusée en 2017 afin de faire connaître les recommandations et les attentes ministérielles concernant la vaccination et le dépistage de la tuberculose chez les travailleurs de la santé.

Un avis du Comité sur l'immunisation du Québec portant sur la mise en place d'une politique de vaccination des travailleurs de la santé contre l'influenza versus le port du masque est attendu d'ici la fin de l'année 2016.

CIBLE 8 : Promouvoir l'adhésion de tous les établissements de santé à la Campagne québécoise sur les soins sécuritaires

Mise en contexte

Pilotée par l'INSPQ et lancée au cours de l'année 2014, cette campagne a vu son déploiement ralenti par plusieurs événements d'envergure (dont la préparation pour faire face à la maladie à virus Ebola, la saison grippale 2014-2015 et la réforme du réseau).

En ce qui concerne une des pratiques exemplaires visées par cette campagne, soit l'hygiène des mains, selon le rapport d'Agrément Canada (visites de 2014) préparé à l'intention du MSSS, le taux de conformité aux pratiques liées à l'hygiène des mains pour tous les secteurs de soins de santé au Québec est de 69 %. Ce taux est de 72 % pour le reste du Canada.

État d'avancement

Au cours de l'année 2015-2016, un nouveau comité directeur a été formé, sous l'égide de l'INSPQ, afin d'assurer le suivi de ces ensembles de pratiques exemplaires. Un sondage pour évaluer le niveau d'implantation dans le réseau a été développé et devrait être complété au cours de l'année 2016-2017. Des travaux sont prévus prochainement afin de préciser les rôles et les responsabilités des directions concernées par l'implantation de la campagne au sein du MSSS ainsi que dans les établissements de santé.

Un nouvel indicateur concernant le taux de conformité relatif à l'hygiène des mains dans les établissements de santé a été retenu dans le cadre du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS. Cet indicateur sera en expérimentation pour les années 2015-2016 et 2016-2017. À partir de 2017-2018, les établissements de santé auront une obligation de résultat afin d'atteindre la cible de 80 % pour le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains.

CIBLE 9 : Assurer une mise à jour périodique des recommandations en prévention et contrôle des infections nosocomiales en les regroupant dans des guides de pratique généraux et des fiches techniques

Mise en contexte

Afin d'assurer une prestation sécuritaire des soins, il est important que le personnel du réseau puisse avoir accès aux recommandations les plus à jour, facilement accessibles et adaptées à la réalité québécoise.

État d'avancement

- **Au cours de l'année 2015, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) a mis à jour les publications suivantes (guides pratiques, fiches techniques) :**
 - Mesures de prévention et de contrôle de la transmission des bacilles à Gram négatif multirésistants dans les milieux de soins aigus au Québec (août 2015)
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2022>
 - Entérocoques résistants à la vancomycine : mesures de prévention et contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée (juin 2015)
<https://www.inspq.qc.ca/publications/1995>
 - Guide de réponse à une éclosion de diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD) en milieu hospitalier (mars 2015) <https://www.inspq.qc.ca/publications/1964>

- **Travaux en cours et publications à venir**
 - Diarrhées associées au *Clostridium difficile* : mesures de prévention et de contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée;
 - Bacilles à Gram négatif multirésistants : mesures de prévention et de contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée;

- Mesures de PCI dans les cabinets médicaux (collaboration spéciale avec le Collège des médecins du Québec);
- Fiches techniques concernant les mesures de PCI recommandées pour les maladies infectieuses à surveillance extrême;
- Ensemble de documents (nommé « tronc commun ») portant sur les différents aspects de base en PCI.

CIBLE 10 : Uniformiser et actualiser les pratiques techniques, cliniques et de gestion de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) afin de prévenir les infections nosocomiales

Mise en contexte

Le CERDM (Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux) représente le regroupement des équipes de l'ancien Centre provincial de référence en stérilisation (CPRS) et l'équipe chargée du dossier de retraitement des dispositifs médicaux à l'INSPQ. Le CERDM est piloté par l'Unité scientifique de surveillance, prévention et contrôle des maladies infectieuses de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail. Le centre offre des services de consultation, élabore des lignes directrices ainsi que des outils de travail. Le mandat du CERDM est défini par la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale (DBBM) de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire, et le centre agit à titre de groupe expert pour la DBBM. Depuis 2014, le CERDM apporte également un soutien clinique à la Direction de l'expertise et de la normalisation (DEN) du MSSS.

État d'avancement

➤ **Bilan des activités du CERDM en matière de demandes d'expertise en RDM**

Le CERDM a traité 175 demandes d'expertise en 2015-2016, dont 8 incidents, 158 conseils d'expertise et 9 accidents. Le tableau ci-dessous présente le nombre de demandes d'expertise selon l'année, la catégorie des demandes et le type de dispositif médical depuis le début du programme.

Catégorie des demandes/ type du dispositif médical		Année administrative									Total
		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	
Accidents	Nombre	2	7	3	1	8	3	10	9	9	52
	Appareil	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
	Endoscopes	1	3	1	0	4	1	6	0	1	17
	Équipements	0	1	0	1	3	1	1	0	0	7
	Fourniture	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	Instruments	0	3	2	0	1	0	2	6	5	19
	Jeux d'instruments	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Incidents	Nombre	0	0	1	1	0	0	0	9	8	19
	Appareil	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6
	Endoscopes	0	0	0	1	0	0	0	2	1	4
	Équipements	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Instruments	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
	Système	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
	Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Conseil/ expertise	Nombre	0	0	0	2	2	31	49	108	158	350
	Appareil	0	0	0	0	0	2	5	15	31	53
	Endoscopes	0	0	0	1	0	8	20	18	29	76
	Équipements	0	0	0	0	1	1	4	2	6	14
	Fourniture	0	0	0	0	0	0	2	9	7	18
	Implant permanent	0	0	0	0	0	1	1	2	0	4
	Instruments	0	0	0	0	0	10	9	50	55	124
	Jeux d'instruments	0	0	0	1	1	2	5	3	1	13
	Système	0	0	0	0	0	0	1	1	9	11
Autres	0	0	0	0	0	7	2	8	20	37	
Total	Nombre	2	7	4	4	10	34	59	126	175	421

Tableau 2. Bilan des activités du Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM)

Le délai moyen de traitement des demandes a considérablement diminué, passant de 382 jours (2011-2012) à 25 jours pour les incidents et à 12 jours pour les conseils d'expertise (2015-2016) et de 319 jours (2011-2012) à 54 jours (2015-2016) pour les accidents.

➤ **Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux (RARDM)**

L'intégration du RARDM au Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) a été réalisée en octobre 2014. L'exercice 2015-2016 est en voie d'être compilé et sa publication est prévue pour l'automne 2016. De plus, la publication d'un plan d'analyse est en cours. Il s'agit d'un document de référence méthodologique pour la surveillance des incidents et des accidents liés au RDM.

À la suite du projet de loi n° 10 (*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*), l'uniformisation du SISSS au sein des établissements est souhaitable. D'ailleurs, la mise à jour du SISSS afin de le rendre conforme aux nouvelles exigences légales est prévue.

➤ **Comité des utilisateurs et répondants d'établissements en retraitement des dispositifs médicaux**

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité des données rapportées au RARDM. L'un de ceux-ci concerne la mise en place d'un Comité des utilisateurs et répondants d'établissements en retraitement des dispositifs médicaux (CURDM), en collaboration avec le MSSS et l'INSPQ. Les répondants d'établissements ont été nommés en 2015, et la première rencontre du CURDM a eu lieu en janvier 2016.

Ce comité vise, entre autres, à faire la promotion auprès des répondants et des gestionnaires de risque de l'importance d'un RDM effectué selon les bonnes pratiques et les normes reconnues dans le domaine. En plus de mobiliser les établissements à utiliser davantage le RARDM, les rencontres du CURDM fourniront des réponses aux questions des utilisateurs et permettront de partager leur expérience.

➤ **Publications au sujet du RDM**

Rapport de surveillance

- Rapport de surveillance d'incidents et d'accidents en retraitement des dispositifs médicaux 2014-2015, novembre 2015

Avis sur les pratiques en RDM

- Duodénoscopes utilisés pour effectuer des interventions de cholangiopancréatographies rétrogrades endoscopiques, avril 2015;
- Voir le site Web pour les publications antérieures : www.inspq.qc.ca/cerdm

En cours :

- Plan d'analyse sur la surveillance d'incidents et d'accidents en retraitement des dispositifs médicaux;
- Retraitement des sondes d'échographie et des sondes pour compteur gamma intra-opératoire;
- Démarche en cas de bris de retraitement des dispositifs médicaux critiques et semi-critiques pour les milieux de soins ;
- Protocole de contrôles microbiologiques des ERC sur tous les dispositifs endoscopiques avec mécanisme élévateur;
- Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables en cabinet médical.

CIBLE 11 : Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique

Mise en contexte

En mai 2009, une position ministérielle a été prise en matière de réutilisation du matériel médical à usage unique (MMUU) en se basant sur les recommandations du rapport de l'AETMIS.

Le MSSS demande en ce qui concerne le MMUU des catégories critique et semi-critique :

- Que les établissements cessent de procéder eux-mêmes au retraitement du MMUU jusqu'à ce que les exigences visant à rendre cette pratique conforme aux plus hauts standards reconnus de qualité soient possibles à respecter dans le contexte québécois;
- Que les établissements souhaitant réutiliser le MMUU confient le retraitement à des entreprises officiellement reconnues par un organisme de contrôle et dont le produit final est conforme aux normes et aux exigences s'appliquant aux fabricants de tout MMUU, en s'assurant de satisfaire aux exigences relatives à cette option.

Depuis février 2015, Santé Canada met de l'avant une approche réglementaire concernant le retraitement commercial des dispositifs médicaux originalement étiquetés à usage unique.

Pendant les discussions se rapportant au nouveau projet de loi sur la sécurité des patients (projet de loi C-17), Santé Canada en est venu à la conclusion qu'il détenait les pouvoirs en vertu de la Loi sur les aliments et drogues et du Règlement sur les instruments médicaux d'exiger que ces dispositifs médicaux retraités commercialement respectent les normes actuelles de sécurité.

État d'avancement

En vertu du cadre fédéral de réglementation, les entreprises qui retraitent et distribuent des dispositifs médicaux originalement étiquetés à usage unique aux établissements de santé du Canada devront répondre aux mêmes exigences que celles imposées aux fabricants de nouveaux dispositifs médicaux.

Au cours d'une période de transition qui devrait durer 18 mois, Santé Canada collaborera avec l'industrie de retraitement commercial afin d'assurer la conformité des activités et des produits aux règlements. Les entreprises devront présenter une demande d'homologation d'instruments et une demande d'agrément des établissements, le cas échéant. Les dispositifs médicaux retraités homologués devront respecter les conditions de la licence de mise en marché, y compris l'étiquetage. À compter du 1^{er} septembre 2016, tous les dispositifs médicaux retraités commercialement devront respecter les règlements, qu'ils soient retraités au Canada ou à l'étranger.

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

CIBLE 12 : Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement afin de prévenir les infections nosocomiales

Mise en contexte

L'uniformisation et la mise à niveau des pratiques de nettoyage et de désinfection sont des stratégies essentielles afin de s'assurer de services d'hygiène et de salubrité de qualité. Ces stratégies orientent les travaux du MSSS et ceux du groupe de travail provincial en hygiène et salubrité.

État d'avancement

- **Élaboration et mise à jour des lignes directrices et des guides techniques en hygiène et salubrité**

À l'automne 2015, la révision du guide *Mesures d'hygiène et de salubrité au regard du Clostridium difficile* a été amorcée. Certains aspects de la version précédente du guide (2008) devaient être mis à jour. Les informations importantes seront mises en évidence, la notion de gradation des mesures sera introduite et l'aspect visuel sera amélioré. La sortie du nouveau guide est prévue à l'automne 2016.

En 2015-2016, la rédaction du *Guide de gestion des déchets du réseau de la santé et des services sociaux* s'est poursuivie. Le document a été validé par des experts en hygiène et salubrité, en prévention des infections, en santé et sécurité du travail et en réglementation sur les déchets, ainsi que par les membres du Groupe de travail en hygiène et salubrité. Ce document de plus de 100 pages devrait paraître au début du mois de septembre 2016.

CIBLE 13 : Poursuivre et consolider le suivi de l'assurance qualité en hygiène et salubrité

Mise en contexte

La gestion de la qualité prend de plus en plus d'importance en hygiène et salubrité. La publication du *Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité* par le MSSS en 2013 a permis de mieux structurer les démarches des établissements visant à s'assurer que le nettoyage et la désinfection des surfaces sont réalisés conformément aux cibles et aux normes à atteindre.

État d'avancement

➤ **Maintenir l'indicateur de gestion des zones grises**

La saisie des données concernant cet indicateur pour l'année 2014-2015 indique que 68 % des établissements ont réalisé les quatre étapes nécessaires pour assurer la gestion des zones grises. Il est important de préciser que la cible est de 100 %. Cet exercice demeure une priorité pour les établissements de santé, car l'indicateur sur les zones grises se trouve dans les ententes de gestion et d'imputabilité.

➤ **Élaborer un indicateur relatif à l'évaluation de la qualité**

Au cours des rencontres du Groupe de travail en hygiène et salubrité, des discussions ont eu lieu afin de définir cet indicateur. Plusieurs propositions ont été retenues, et elles seront revues au cours des prochaines rencontres du Groupe. Cet indicateur devrait être validé également auprès d'autres instances en PCI telles que la TNPIN et le Comité ministériel en infections nosocomiales.

CIBLE 14 : Allouer des ressources suffisantes en hygiène et salubrité afin d'assurer une offre de service sécuritaire au regard de la PCI

Mise en contexte

L'objectif des services d'hygiène et salubrité est de fournir un environnement propre et sécuritaire. Pour atteindre cet objectif et s'assurer de respecter la qualité recommandée, les ressources humaines doivent être en nombre suffisant. En particulier, le taux d'encadrement en hygiène et salubrité représente un enjeu, car il est inférieur aux taux généralement observés dans le secteur de la santé et des services sociaux.

État d'avancement

➤ **Bilan annuel de l'allocation des ressources humaines en hygiène et salubrité**

Pour l'année 2015-2016, les travaux ont porté sur le taux d'encadrement en hygiène et salubrité, car ce taux est inférieur à celui observé à l'échelle des services alimentaires (autre service de soutien) et également à celui de l'ensemble du réseau. Cette situation n'est pas nouvelle, car un écart est observé dans les données relatives à l'encadrement en hygiène et salubrité à partir de 2003-2004. Afin d'apporter les corrections nécessaires, un état de situation a été réalisé à ce sujet en 2014, et une mise à jour de ce document est actuellement effectuée. Pour ce faire, de nouvelles données ont été obtenues de la Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM), et une nouvelle méthode de calcul du taux d'encadrement, à partir du nombre d'équivalents à temps complet (ETC), a été proposée.

IMMOBILIER

CIBLE 15 : Maintenir à jour et développer le Répertoire des guides de planification immobilière (RGPI) à l'intention du MSSS, des CIUSSS, des CISSS et des autres partenaires

Mise en contexte

Le Répertoire des guides de planification immobilière regroupe l'ensemble des guides relatifs à la réalisation des projets immobiliers dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le contenu de ceux-ci permet d'assurer une adéquation entre les orientations et les lignes directrices ministérielles, le cadre réglementaire ainsi que les objectifs de gestion, de programmation, de qualité et de budget établis par le MSSS et les projets réalisés. Ce répertoire est accessible à l'adresse suivante :

www.msss.gouv.qc.ca/documentation/repertoire_planification_immobiliere.php

État d'avancement

➤ Comité immobilisation en prévention et contrôle des infections (CIPIN)

Le CIPIN demeure sous la responsabilité de la Direction de l'expertise et de la normalisation (DEN) du MSSS et poursuit ses rencontres sur une base régulière. En 2015, le CIPIN a été consulté sur tous les guides publiés par la DEN ainsi que sur d'autres sujets tels que la disposition des liquides biologiques en chambre de soins intensifs, la nécessité d'avoir un sas et une antichambre en isolement, en salle d'opération ou en aire de civière d'unité d'urgence.

➤ Guides de planification immobilière

- Plusieurs guides ont été publiés en 2015, dont :
 - Unité du bloc opératoire et des services de chirurgie d'un jour
 - Unité d'électrophysiologie cardiaque interventionnelle et d'hémodynamie
 - Unités du CLSC (aménagement)
 - Mise à jour de Centres jeunesse – Unité de réadaptation en internat
 - Mise à jour de l'unité d'endoscopie

- À venir :
 - Unité de soins de courte durée en santé mentale
 - Unité d'urgence
 - Unités de vie du CHSLD

Afin de s'assurer de la diffusion efficace ainsi que de l'appropriation des guides de planification immobilière auprès du Réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires, des annonces sont effectuées auprès de l'ensemble des directeurs de services techniques, qui se réunissent régulièrement avec le MSSS dans le cadre du Comité des ressources immobilières et des équipements (CRIE)

➤ **Évaluer la pertinence et l'impact des recommandations en PCI contenues dans les guides de planification immobilière**

Il est prévu qu'une évaluation de projets ayant utilisé les guides de planification immobilière soit réalisée 18 mois après la fin de ces projets. À présent, aucun projet ne correspond à cette spécification.

CIBLE 16 : Poursuivre l'élaboration du plan d'action visant l'élimination des chambres à plus de deux lits avec toilette partagée

Mise en contexte

La pertinence de privilégier l'aménagement de chambres individuelles est un sujet qui attire de plus en plus l'attention. Dans diverses provinces canadiennes, dont l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, nous observons une tendance à viser une proportion minimale de lits en chambre individuelle de 80 % ou plus. Parmi les avantages liés aux chambres individuelles, nous notons : faciliter l'isolement des patients lorsque nécessaire et diminuer ainsi le risque de transmission des infections nosocomiales, respecter l'intimité du patient, faciliter l'administration de soins plus complexes, etc.

État d'avancement

➤ **Analyser le portrait de l'hébergement par type d'unité d'hospitalisation et par établissement**

La DEN a réalisé un portrait de l'hébergement par type d'unité d'hospitalisation et par établissement. À la suite de cette démarche, un document a été préparé afin d'offrir un portrait concernant la situation des chambres de trois lits ou plus, et ce, pour toutes les régions sociosanitaires du Québec.

Ces résultats seront utiles pour passer à l'étape deux et permettront d'élaborer des scénarios sur les stratégies d'élimination des chambres à plus de deux lits.

➤ **Élaborer et déployer des stratégies d'élimination des chambres à plus de deux lits**

Plusieurs démarches sont réalisées afin d'éliminer les chambres à plus de deux lits. Entre autres, un épidémiologiste de l'INSPQ étudie la possibilité de faire une analyse des taux d'infections nosocomiales en fonction de la répartition des lits (en chambres individuelles, doubles ou multiples) et de la présence de salles de toilettes dans les hôpitaux.

RÉSEAU D'EXPERTISE ET CAPACITÉ DE RÉPONSE

CIBLE 17 : Mettre en œuvre une planification de la main-d'œuvre de façon à assurer la relève clinique dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections et à répondre adéquatement aux exigences du réseau quant à l'expertise dans ce domaine

Depuis l'entrée en vigueur de la réglementation qui créait la spécialité infirmière en prévention des infections, en octobre 2011, 32 infirmières ont obtenu le permis d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI (ICS-PCI). Certains enjeux sont observés présentement relativement à l'essor de cette spécialité. Le MSSS a donc communiqué avec les instances concernées par ce dossier dans le but de faciliter, entre autres, l'accès aux études de 2^e cycle en PCI. À la suite de ces contacts, des travaux ont été entrepris au sein du MSSS ainsi qu'à l'échelle des divers partenaires qui ont un rôle tant dans la formation que dans la reconnaissance professionnelle des ICS-PCI dans les milieux cliniques.

CIBLE 18 : Maintenir les structures, les comités d'experts et les groupes de travail pour les soutenir dans leur mandat et leurs réalisations

Mise en contexte

À la suite de la réorganisation du réseau de la santé en avril 2015, le fonctionnement de plusieurs comités d'experts et groupes de travail a dû être revu. Afin d'implanter les cibles prévues dans le Plan d'action ministériel en PCI 2015-2020, les comités d'experts et les groupes de travail liés à la PCI ont vu leur mandat reconduit.

État d'avancement

Les instances en PCI dont le mandat a été reconduit sont les suivantes :

➤ Le CINQ

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) est un comité d'experts qui a pour champ d'intérêt tout dossier du domaine de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales. Entre autres, le CINQ a pour mandat de :

- participer à la consultation pour identifier les priorités et les grandes lignes du plan d'action ministériel sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
- formuler des recommandations sur les stratégies de prévention et de contrôle des infections nosocomiales reconnues efficaces et s'assurer de leur diffusion;
- diffuser des avis scientifiques sur les questions d'intérêt national qui lui sont transmises;
- identifier des sujets de recherche et en indiquer la priorité;
- formuler des recommandations sur les objectifs de surveillance, les programmes à mettre en place et les priorités;
- soutenir le développement des programmes de surveillance selon les priorités et collaborer à leur mise en œuvre;
- collaborer à l'analyse des données de surveillance provinciale ainsi qu'à la production de rapports sur les résultats obtenus;
- formuler des recommandations en lien avec les résultats de surveillance;
- collaborer à la formation continue des équipes de prévention des infections locales et régionales, au besoin.

Le comité se réunit cinq à six fois chaque année.

➤ **Le Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)**

Le comité central SPIN voit à l'élaboration et au maintien du programme de Surveillance provinciale des infections nosocomiales. Il a pour mandat de :

- suivre l'incidence des infections nosocomiales choisies selon leur fréquence, leur sévérité ou leur importance épidémiologique afin de reconnaître précocement les variations de ces infections à l'échelle locale, régionale et nationale;
- déterminer les principales causes, les facteurs de risque et les principaux agents pathogènes des infections nosocomiales surveillées;
- offrir une méthodologie commune et des outils de surveillance et d'analyse normalisés afin de permettre une juste comparaison entre les établissements, ainsi qu'entre le Québec et les autres provinces et pays;
- évaluer les mesures actuelles ou nouvelles de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales;
- identifier les priorités pour les surveillances provinciales des infections nosocomiales;
- renseigner les professionnels en prévention des infections, les gestionnaires, les dirigeants et la collectivité sur l'état de la situation à l'échelle locale, régionale et provinciale;
- promouvoir la surveillance des infections nosocomiales.

Chaque année, le comité tient des rencontres particulières pour chacun des programmes de surveillance provinciale ainsi que deux à trois rencontres réunissant l'ensemble des experts et des partenaires concernés par ces programmes.

➤ **Le CERDM de l'INSPQ**

Au CERDM, les activités d'expertise, de transfert de connaissances, de mise à jour des outils ainsi que l'élaboration des avis concernant le retraitement des dispositifs médicaux sont réalisées en continu.

➤ **Le groupe de travail provincial en hygiène et salubrité**

En 2015-2016, trois rencontres du groupe de travail provincial en hygiène et salubrité ont eu lieu, soit le 29 avril et le 6 octobre 2015 ainsi que le 16 février 2016. Des rencontres sont prévues en 2016-2017.

➤ **Le Comité ministériel sur les infections nosocomiales**

Le Comité ministériel sur les infections nosocomiales rassemble plusieurs directions du MSSS ainsi qu'un représentant de l'INSPQ et un représentant de l'INESS. Le Comité se réunit quatre fois par année. Son mandat est de s'assurer du suivi de la mise en pratique des cibles du Plan d'action ministériel en PCI.

➤ **La TNPIN**

La Table nationale de prévention des infections nosocomiales est une instance consultative liée au directeur national de santé publique pour l'élaboration et la mise en œuvre du Plan d'action ministériel pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cette instance consultative joue un rôle clé pour orienter le plan de façon à ce qu'il réponde aux besoins, permettant ainsi d'offrir des soins sécuritaires en matière de Prévention et contrôle des infections (PCI) nosocomiales à l'ensemble de la population du Québec. Des rencontres sont prévues quatre à cinq fois par année.

➤ **Le CIPIN**

Le Comité immobilisation en prévention des infections nosocomiales (CIPIN) a été créé en 2006 à la suite des recommandations du rapport Aucoin. Le comité se rencontre de quatre à cinq fois par année.

CIBLE 19 : Développer et maintenir les compétences en prévention et contrôle des infections nosocomiales des intervenants du réseau de la santé

FORMATION POUR DIFFÉRENTES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES

Mise en contexte

Les connaissances scientifiques évoluent sans cesse. Dans ce contexte, les intervenants de la santé sont appelés à maintenir à jour leurs compétences en utilisant des ressources différentes : des cours en classe ou en ligne, des formations spécialisées ou encore en participant à des congrès en lien avec leur domaine de pratique.

État d'avancement

➤ **Cours de base en PCI à l'intention des infirmières**

Ce cours est offert chaque année par l'INSPQ en collaboration avec l'Université de Sherbrooke. L'objectif du cours est de soutenir les intervenants dans l'application des mesures de surveillance ainsi que de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins, et ce, en collaboration avec tous les acteurs concernés.

➤ **Programme de 2e cycle en PCI à l'intention des infirmières**

Deux universités offrent la formation de 2^e cycle en PCI : l'Université de Sherbrooke (diplôme de 2^e cycle en prévention et contrôle des infections) et l'Université de Montréal (diplôme d'études supérieures spécialisées).

Cependant, l'Université de Montréal a suspendu l'inscription au programme de diplôme d'études supérieures spécialisées en PCI pour l'année 2015-2016, faute d'inscriptions. Des travaux sont en cours afin de discuter de cet enjeu avec les partenaires concernés, dans un premier temps, et de prendre les mesures appropriées par la suite.

➤ **Les journées de prévention des infections – JAPI**

Les 8 et 9 décembre 2015 ont eu lieu les Journées de prévention des infections, qui se tiennent tous les deux ans à l'intérieur des Journées annuelles de santé publique (JASP). Le thème de cette cinquième édition était « Au-delà des crises, la gestion des risques infectieux pour la santé des travailleurs et des patients ».

Les présentations ont permis aux nombreux participants de discuter particulièrement de la protection de la santé des travailleurs en milieu de soins. Cette préoccupation a été très présente au cours de la récente crise de la maladie à virus Ebola, et avait aussi été un enjeu important au moment de la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et au cours de l'épisode d'épidémie d'influenza A (H1N1). Jongler avec ce type d'enjeux représente aussi une réalité dans le cas des infections virales transmissibles par le sang en milieu de soins, par exemple le VIH, et dans celui des infections transmissibles par voie aérienne telles que la tuberculose et la rougeole.

Cette journée et demie de formation a permis aux participants :

- d'accroître leurs connaissances en surveillance des infections nosocomiales et des risques biologiques présents dans le milieu de travail;
- de mieux concilier les impératifs de prévention des infections et ceux de protection des travailleurs en milieu de soins, et ce, en vue d'harmoniser les actions des équipes locales et régionales.

La prochaine édition des JAPI se tiendra à l'automne 2017. Des travaux seront mis en place au cours des prochains mois pour préparer cette nouvelle édition.

FORMATIONS OFFERTES SUR LA PLATEFORME DE L'INSPQ

Mise en contexte

L'INSPQ coordonne un programme de formation de type webinaire, qui permet de faire le transfert des connaissances vers le réseau au moment de la publication d'un nouveau document portant sur les recommandations en PCI ou en surveillance, ou sur le développement d'une nouvelle modalité de surveillance.

Le programme de formation est complété par des présentations de documents produits par des collaborateurs de l'INSPQ et ayant un lien avec la prévention et le contrôle des infections. D'autres formations sont également offertes par l'INSPQ.

État d'avancement

➤ Modules de formation portant sur la surveillance – INSPQ

Une formation portant sur le programme de surveillance provinciale des infections nosocomiales est en cours de développement à l'INSPQ.

La formation comprend trois modules.

- Module 1 : Principes de base en épidémiologie et en surveillance des infections nosocomiales. Ce module aborde les notions de base de l'épidémiologie et de la surveillance des infections nosocomiales ainsi que le cadre légal dans lequel s'exerce cette surveillance. Il a été déployé à l'automne 2015. À ce jour, quatre cohortes ont suivi la formation en ligne.

Les modules 2 et 3 sont en cours d'élaboration et ne seront pas accessibles avant l'hiver 2017.

- Module 2 : Surveillances spécifiques (DACD, BGNPC et ERV);
- Module 3 : Bactériémies nosocomiales (BACTOT, BACC-USI, BAC-HD et BAC-SA).

➤ Formations liées à la RDM (webinaires)

- Formation en ligne sur l'assurance qualité en retraitement des dispositifs endoscopiques, quatre cohortes depuis février 2015;
- Retraitement des sondes d'échographie et des sondes pour compteur gamma intra-opératoire, février 2016;
- Démarche en cas de bris de RDM critiques ou semi-critiques pour les milieux de soins, février 2016.

En cours :

- Formation en ligne sur l'assurance qualité en retraitement des dispositifs médicaux.

Cette formation est une collaboration du Cégep de Saint-Laurent et de l'INSPQ.

Ce programme de formation vise, d'une part, à outiller les gestionnaires afin qu'ils répondent aux exigences d'Agrément Canada et, d'autre part, à leur donner les éléments nécessaires à l'implantation d'un service de retraitement des dispositifs médicaux hautement performant.

CIBLE 20 : Renforcer les capacités du réseau de la santé à répondre aux émergences infectieuses

Mise en contexte

Les maladies infectieuses à surveillance extrême sont en partie des maladies infectieuses émergentes. Ces maladies nécessitent la mise en place de mesures exceptionnelles, compte tenu de leur risque de contagion. L'importation de ces maladies au Québec pourrait être possible vu l'augmentation des mouvements de population partout dans le monde.

État d'avancement

Les travaux de mise à jour de la deuxième édition du Plan d'urgence québécois pour les maladies infectieuses à surveillance extrême (PUQMIASE) sont en voie d'être complétés. Ce plan vise à outiller les intervenants de la santé publique en ce qui a trait à la prévention de la propagation des maladies infectieuses présentant une menace grave pour la santé de la population ainsi que des menaces biologiques représentant une urgence de santé publique à portée internationale.

Le MSSS (DGSSMU et DGSP) participe également aux travaux pancanadiens visant à opérationnaliser une approche collaborative pour le traitement et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie à virus Ebola (MVE) dans les centres de traitement au Canada. La proposition finale doit être déposée en juin 2016.

COMMUNICATION

CIBLE 21 : Élaborer et mettre en œuvre les stratégies de communication adéquates qui, tout en tenant compte des défis posés aux directions concernées par la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, favoriseront la mobilisation des acteurs et des patients

Mise en contexte

Des activités de communication développées par le Ministère sont planifiées afin de soutenir les mesures en prévention et contrôle des infections nosocomiales et d'en faire la promotion auprès des intervenants concernés et des gestionnaires du réseau, ainsi qu'auprès de la population.

État d'avancement

➤ Rapport Production et diffusion du plan d'action PCI

Le Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales a été déposé sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux le 16 juin 2015. Un message a aussi été diffusé sur la page d'accueil du même site afin d'en faire la promotion.

Le directeur de santé publique a adressé une lettre aux présidents-directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'aux directeurs de santé publique afin de leur demander de diffuser le plan d'action dans leur établissement, y compris les installations et auprès de leurs partenaires régionaux et locaux.

➤ Production et diffusion du bilan d'évolution des travaux du plan d'action PCI

Le bilan d'évolution des travaux du plan d'action PCI a été déposé sur le site Web du Ministère et diffusé auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

➤ Promouvoir les mesures PCI auprès de la population

Afin d'assurer la transparence dans la diffusion des données de surveillance relatives aux infections nosocomiales, le numéro 31 du bulletin *Données de surveillance des diarrhées associées à Clostridium difficile dans les hôpitaux du Québec, 2013-2014* a été diffusé en juin 2015 sur le site Web du Ministère. Les tableaux et les figures y sont commentés afin de faciliter la compréhension des lecteurs. Un niveau de description supplémentaire est offert pour les personnes présentant un handicap, dont les personnes non voyantes.

L'équipe des relations de presse de la Direction des communications du MSSS est régulièrement questionnée par les journalistes lorsqu'il y a éclosion d'une bactérie dans un établissement. Les questions qu'ils posent portent généralement sur les mesures de contrôle mises en place.

Finalement, afin de promouvoir l'adoption de comportements responsables en prévention des infections, des outils communicationnels sont diffusés sur le Web et dans le réseau. Ces outils portent sur les mesures d'hygiène visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé et de services sociaux publics et privés (ex. : étiquette respiratoire, hygiène des mains).

ÉVALUATION ET RECHERCHE

CIBLE 22 : Évaluer les mesures PCI en tenant compte du mode d'organisation, du fardeau de la maladie ainsi que de leurs impacts cliniques et épidémiologiques

Mise en contexte

L'objectif principal des mesures PCI est de prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins. Les mesures de PCI ne peuvent s'appliquer de la même manière dans tous les milieux de soins, et elles doivent être adaptées selon les caractéristiques des usagers que celles de l'environnement de soins. À cet effet, des études sont nécessaires afin de préciser quelles sont les mesures les plus efficaces selon le contexte de soins.

État d'avancement

- **Évaluer l'implantation et les effets du programme de PCI dans les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP)**

Cette étude comporte plusieurs objectifs, dont : connaître la problématique d'implantation d'un programme local de PCI à l'égard des bactéries multirésistantes (BMR) dans les CRDP; documenter la mise en place de programmes de PCI à l'égard des BMR; mettre au jour les facteurs facilitant et contraignant l'implantation des lignes directrices québécoises de PCI à l'égard des BMR dans les CRDP; décrire les effets des politiques, des procédures et des pratiques de PCI à l'égard des BMR en matière de qualité au sein d'un réseau de services intégrés. L'étude est en cours et doit être publiée en 2017. Un rapport est attendu avant la fin de l'année 2016.

Annexe 1 - Surveillance des IN et plan stratégique 2015-2020

- Les indicateurs d'infections nosocomiales retenus pour la planification stratégique 2015-2020 sont les diarrhées associées au *C. difficile*, les bactériémies à *Staphylococcus aureus* et les bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès en hémodialyse. Bien que non incluses dans la planification stratégique, les bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs font également l'objet d'un suivi et d'une reddition de comptes.
- Au cours de l'année 2015-2016, l'INSPQ a été mandaté par le MSSS pour développer la méthodologie permettant de déterminer les catégories d'installations ainsi que les cibles de chacune des catégories en fonction des indicateurs.

Indicateur	Catégorie d'installation	Cible (taux établi) de la catégorie
Diarrhées associées au <i>C. difficile</i> (taux / 10 000 patients-jours)	Installations non universitaires < 110 lits	5,0
	Installations non universitaires ≥ 110 lits et proportion personnes ≥ 65 ans < 45 %	5,7
	Installations non universitaires ≥ 110 lits et proportion personnes ≥ 65 ans ≥ 45 %	7,6
	Installations universitaires < 400 lits	6,8
	Installations universitaires ≥ 400 lits	10,2
	Installations pédiatriques	4,1
Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> (taux / 10 000 patients-jours)	Installations non universitaires < 110 lits	0,36
	Installations non universitaires ≥ 110 lits	0,51
	Installations universitaires	0,62
	Installations pédiatriques	0,11
Bactériémies associées aux voies d'accès en hémodialyse (taux / 100 patients-période)	Toutes les installations	0,64
Bactériémies associées aux cathéters centraux aux soins intensifs (taux / 1 000 jours-cathéters)	USI universitaires adulte	1,78
	USI non universitaires adulte	2,02
	USI coronariennes	1,15
	USI pédiatriques	4,49
	USI néonatales	6,71

Annexe 2 - Bilan du plan d'action 2010-2015 en Prévention et contrôle des infections (PCI)

Dans le cadre du « *Plan ministériel sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015* », la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (DAPM) avait diffusé, en juin 2011, une circulaire (2011-021) portant sur la « mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage optimal des antibiotiques en établissement de santé ».

Cette circulaire faisait suite à la diffusion du cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de leur utilisation en milieu hospitalier par le Conseil du médicament (maintenant intégré à l'INESSS). Malgré les efforts déployés, un sondage mené par le MSSS en janvier 2014 indique que très peu d'établissements ont réussi à implanter le programme de surveillance, et la majorité d'entre eux ne l'a réalisé que partiellement.

À l'époque, cette circulaire a été acheminée aux DG des établissements ainsi qu'aux PDG des agences par le sous-ministre adjoint (SMA) à la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité (DGPPQ). Elle précisait les attentes ministérielles au regard de la mise en œuvre d'un programme structuré de l'usage optimal des antibiotiques en établissement de santé.

Cette circulaire prévoyait, notamment, que les agences et les établissements de santé, plus particulièrement les CH de soins généraux et spécialisés ainsi que les CSSS à mission hospitalière, fassent le nécessaire pour implanter un programme de surveillance de l'usage optimal des antibiotiques.

Suivi de la circulaire effectué en janvier 2014 par la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (DAPM)

En janvier 2014, dans le but d'évaluer l'implantation des mesures prévues par l'application de la circulaire, un courriel a été envoyé à tous les PDG d'agence par le SMA de la DGPPQ.

Les quatre questions suivantes ont été posées :

- Y a-t-il un responsable régional désigné par l'agence pour la mise en œuvre du programme et sa coordination?
- Pouvez-vous nous transmettre la liste des établissements de votre région qui ont donné suite à la circulaire en précisant quels sont ceux qui ont implanté toutes les mesures et ceux qui ont mis en place une partie seulement des mesures du programme de surveillance?

- Est-ce que les établissements vous fournissent les résultats des données quantitatives et qualitatives de surveillance produites dans le cadre de leur programme de surveillance? Y a-t-il un exercice d'intégration des données pour assurer un suivi?
- Le cas échéant, pouvez-vous indiquer les mesures que vous comptez mettre en œuvre pour soutenir les établissements qui n'ont pas encore implanté leur programme de surveillance?

Constats découlant de la compilation des données :

De façon générale, les agences régionales n'avaient pas désigné, de façon formelle, une entité ou une personne responsable du programme de surveillance de l'usage optimal des antibiotiques en établissement de santé. Toutefois, selon l'information colligée, nous constatons qu'un suivi du programme était assuré, dans certains cas, par l'entremise des Tables régionales de prévention des infections nosocomiales (TRPIN).

Nous constatons également que les établissements de santé ne transmettaient pas aux agences régionales, de façon systématique, les résultats de leur programme de surveillance de l'usage des antibiotiques. Par conséquent, nous comprenons qu'il était difficile pour les agences régionales, voire impossible, dans un tel contexte, de procéder à un exercice d'intégration des résultats à l'échelle régionale.

Même si la plupart des agences régionales déclaraient se préoccuper de la mise en place du programme de surveillance des antibiotiques dans les établissements de santé, il appert peu probable que des mécanismes de suivi efficaces puissent être mis en place en l'absence d'un cadre formel de gestion et d'intégration régionale des données ou des résultats colligés dans les établissements.

Établissements :

En ce qui a trait aux établissements, il ne semble pas que tous aient établi les liens nécessaires avec le comité de prévention des infections, le service de pharmacie et le CMDP, comme prescrit dans la circulaire.

Par ailleurs, nous constatons qu'un peu moins du tiers des établissements concernés avait implanté toutes les mesures contenues dans la circulaire 2011-021. La majeure partie des établissements de santé n'a donné suite que partiellement ou pas du tout à la circulaire 2011-021.

Plusieurs établissements n'ont mis en place que la première mesure de la circulaire, soit celle qui visait la désignation, par leur direction générale, d'une entité responsable de mettre en œuvre le programme local de surveillance et d'élaborer un plan d'action, de manière à planifier et à prioriser les activités déjà existantes de façon optimale et structurée.

Mesures mises de l'avant par la DAPM :

En lien avec ces constats, plusieurs mesures ont été entreprises par la DAPM au cours des années 2014 et 2015. Parmi celles-ci, mentionnons notamment l'élaboration d'orientations ministérielles en matière de soins et de services pharmaceutiques, y compris les deux orientations ci-après qui auront un effet sur la consolidation et l'amélioration des activités de surveillance de l'utilisation des antibiotiques. Il est prévu que ces orientations seront publiées et diffusées au cours de l'année 2016 aux établissements.

Dans le cadre de la prise en charge des usagers, les établissements devront donner priorité aux usagers à couverture de soins pharmaceutiques obligatoires (dont les usagers d'infectiologie).

Le MSSS et les établissements devront mettre en œuvre les stratégies et les mesures requises à l'échelle locale et nationale pour soutenir les activités d'usage optimal du médicament, dont la surveillance de l'utilisation des antibiotiques.

Plus précisément, voici les principaux moyens mis de l'avant pour réaliser les orientations retenues par la DAPM :

- Intégrer les objectifs du plan d'action ministériel sur la prévention et le contrôle des infections 2015-2020, plus particulièrement la surveillance de l'antibiothérapie. Cela implique de développer la surveillance de l'utilisation des antibiotiques dans les établissements; d'actualiser la circulaire ministérielle de 2011 (2011-021) intitulée *Mise en œuvre du programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé*; de déployer le nombre d'heures-pharmacien suffisant consacré à ces activités; et d'élaborer un indicateur provincial pour le suivi de la circulaire ministérielle 0-21.
- S'assurer que le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) soutient par ses travaux l'intégration des activités de surveillance pour permettre l'usage optimal des antibiotiques dans le cadre du Plan d'action du MSSS 2015-2020 concernant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales et la lutte à l'antibiorésistance.
- Rendre disponibles les outils informationnels aux établissements afin que ceux-ci puissent effectuer une surveillance adéquate de l'utilisation des antibiotiques. Le calcul de la consommation qualitative et quantitative des antibiotiques est une pratique utile à cet effet.
- Prendre les moyens nécessaires pour s'assurer qu'un nombre suffisant de pharmaciens seront disponibles pour offrir les services en lien avec l'antibiosurveillance.

- Soutenir les établissements dans la mise en place d'un programme de surveillance de l'utilisation des antibiotiques, notamment par l'implantation d'un logiciel de surveillance des antibiotiques intégré (antibiovigilance).
- Collaborer étroitement avec les équipes de prévention et de contrôle des infections et réaliser les activités d'antibiosurveillance de manière intégrée.

Annexe 3 – CERDM

Le site Internet du CERDM a été implanté en octobre 2012 et peut être consulté à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/cerdm.

On y trouve la description du mandat et des services du CERDM ainsi que plusieurs documents et outils destinés aux personnes œuvrant en RDM. Mentionnons, entre autres, la liste à jour des répondants d'établissements en RDM, les guides de pratiques en RDM ainsi que plusieurs liens utiles. S'y trouvent également les responsabilités des organismes concernés et les modalités d'utilisation du formulaire de demande d'expertise à l'intention des établissements.

Depuis le 1^{er} avril 2012, l'INSPQ a le mandat suivant :

- Assurer une veille sanitaire et scientifique des avis et alertes associés au RDM dans les milieux de soins sur le plan national et international, associée aux demandes;
- Fournir de l'expertise-conseil auprès des comités et des groupes de travail ainsi qu'auprès du ministre et des établissements. Notamment, agir comme expert-conseil auprès du ministre pour la détermination des orientations concernant les outils de soutien aux pratiques professionnelles et les activités de transfert des connaissances et de formation continue;
- Assurer la réception et le suivi des demandes d'expertise et d'analyse concernant les risques liées au RDM en provenance des établissements;
- Rédiger des documents de référence en soutien aux pratiques professionnelles;
- Mettre en place et organiser, à partir du matériel conçu, les activités de formation selon les priorités établies;
- Effectuer la surveillance de données sur les incidents et accidents associés au RDM à partir de la base de données rendue disponible par le ministre.

L'INSPQ offre ainsi plusieurs services visant à fournir des recommandations sur des questions diverses liées au RDM, et ce, dans une perspective d'aide à la prise de décision.

Formations liées à la RDM (webinaires)

- Retraitement des dispositifs médicaux critiques, novembre 2014;
- Retraitement des dispositifs médicaux critiques – Exemples de situations cliniques, décembre 2014;

- Processus d'audits en lien avec le retraitement des dispositifs médicaux critiques, janvier 2015;
- Transport des dispositifs médicaux en vue de leur retraitement par un organisme externe, janvier 2015;
- Retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles, février 2015;
- Formation en ligne sur l'assurance qualité en retraitement des dispositifs endoscopiques, quatre cohortes depuis février 2015;
- Retraitement des sondes d'échographie et des sondes pour compteur gamma intra-opératoire, février 2016;
- Démarche en cas de bris de RDM critiques ou semi-critiques pour les milieux de soins, février 2016.

À venir

- Formation en ligne sur l'assurance qualité en retraitement des dispositifs médicaux;
- Cette formation est une collaboration du Cégep de Saint-Laurent et de l'INSPQ;
- Ce programme de formation vise à outiller les gestionnaires pour répondre aux exigences d'Agrément Canada et à leur donner les éléments nécessaires à l'implantation d'un service de retraitement des dispositifs médicaux hautement performant.