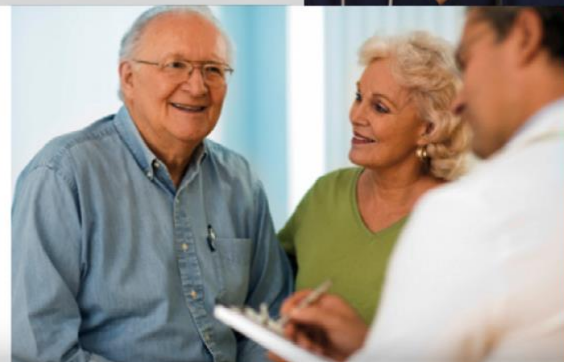


PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES



Plan d'action 2015-2020
Bilan et faits saillants
Avril 2023



Le Bilan et faits saillants du Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales est le fruit du travail de plusieurs directions du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il a été corédigé par les Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses et la Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation.

Nous tenons à remercier les collaborateurs de toutes les directions impliquées dans la production de ce document. Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction des projets immobiliers, Direction de l'expertise et de la normalisation, Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre, Direction du génie biomédical, de la logistique et de l'approvisionnement, Direction nationale des soins et services infirmiers, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés ainsi que la direction des risques biologiques de l'Institut nationale de santé publique du Québec.

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 Canada, 2023

ISBN : 978-2-550-92447-0 (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.

© Gouvernement du Québec, 2023

Mot du directeur national de santé publique

La culture de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les installations du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et de ses partenaires est une assise essentielle pour la sécurité des patients et des usagers. L'instauration de cette culture doit être un projet commun pour les dirigeants, les médecins, les professionnels et les intervenants du RSSS. Le présent bilan fait état des principales réalisations pour atteindre les 22 cibles jugées prioritaires dans le plan d'action ministériel en PCI pour 2015-2020.

Dans les dernières années, le RSSS a été confronté à de nombreux défis. La lutte contre la COVID-19 a mis en évidence le caractère névralgique de la PCI pour protéger nos usagers, mais aussi pour maintenir une capacité de main-d'œuvre raisonnable, dans un contexte de forte pénurie. Plusieurs avancées réalisées avant la pandémie témoignent de la mobilisation des acteurs concernés par la PCI. Au premier chef, des outils ont été élaborés pour soutenir le RSSS dans l'amélioration des pratiques. Parmi ceux-ci, mentionnons le Cadre de référence en PCI à l'intention des établissements de santé et de services sociaux, qui repositionne la PCI au cœur des nouvelles structures organisationnelles mises en place en 2015 par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du RSSS notamment par l'abolition des agences régionales. Le plan d'action en PCI a aussi été l'occasion de produire 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. Les actions structurantes instaurées entre 2015 et 2020 s'inscrivent dans le mouvement amorcé par le Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (rapport Aucoin) en 2005, lequel visait à positionner la PCI au cœur des préoccupations des dirigeants, des praticiens et des partenaires du RSSS.

Le présent plan d'action prenait fin au 31 mars 2020, à l'aube de la pandémie. Il va sans dire que les efforts effectués en vue de mettre en œuvre le plan ont été réinvestis dans la lutte contre la COVID-19. Plus que jamais, le RSSS a pris conscience de la pertinence de la PCI pour faire face à la pandémie, mais aussi pour maintenir une offre de services et de soins sécuritaires à la population.

Forts de cette prise de conscience collective, nous devons redoubler d'énergie pour maintenir les acquis des sept dernières années, et capitaliser sur ceux-ci pour continuer d'améliorer les pratiques et de développer les compétences en PCI dans le RSSS et auprès de ses partenaires.

Luc Boileau
Directeur national de santé publique
Sous-ministre adjoint

Mot du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles (DGCRMAI)

La prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les installations du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et de ses partenaires est une assise essentielle de notre système de santé. Nous nous appuyons sur elle pour propulser notre système de santé vers les plus hautes normes de qualité et de sécurité des soins. Plus encore, la PCI permet de protéger nos travailleurs de la santé, en contexte de forte pénurie de main-d'œuvre, où chaque personne compte.

Le présent bilan paraît à la suite de la pandémie de la COVID-19, qui fut la plus grande crise vécue par notre système de santé. Jamais la PCI n'a fait l'objet d'autant d'attention stratégique, politique et médiatique. Cette crise a été l'occasion d'en apprendre davantage sur la gouvernance et l'organisation de la PCI. Simultanément, la forte pénurie de main-d'œuvre qui sévit actuellement appelle à faire les choses différemment pour dégager de la capacité dans le RSSS, sans négliger la qualité des soins. La PCI n'aura d'autre choix que de s'adapter, au regard des apprentissages de la pandémie et du contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Le bilan du plan d'action de la PCI, qui venait à terme en 2020, marque le début de cette période charnière. Les constats qui s'en dégagent pavent la voie aux prochaines mesures à mettre en œuvre pour consolider la place de la PCI au cœur des préoccupations en santé et en services sociaux. Je suis persuadé que l'ensemble des acteurs nationaux, régionaux et locaux concernés par la PCI sauront poursuivre son essor au cours des années à venir.

Daniel Desharnais

Sous-ministre adjoint de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles

Note au lecteur

En 2015, le plan d'action en prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCI) a fait état d'objectifs ambitieux dont l'atteinte était prévue en 2020. Or, l'année 2020 a marqué le début de la plus grande crise sanitaire du système de santé et de services sociaux moderne. La PCI a été l'un des axes d'action névralgiques au Québec pour répondre à la pandémie. Ainsi, différentes mesures ont été mises en place pour clarifier la gouvernance en PCI et rehausser les normes en matière de PCI auprès de tous les employés du réseau de la santé et des services sociaux.

Ces mesures, qui ont contribué à l'atteinte des objectifs 2015-2020, sont incluses au présent bilan. Toutefois, certaines mesures mises en œuvre pour répondre à la crise sanitaire ne sont pas en lien direct avec les objectifs du plan d'action, bien qu'elles aient contribué à l'essor de la PCI au Québec. En vue de rendre justice à ces avancées importantes et au travail colossal qui a été accompli sur le terrain, il est important d'en faire mention.

Révision de la gouvernance en PCI

Au MSSS, on a mis sur pied une direction de la prévention et du contrôle des infections à même la Direction générale de coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles. Cette nouvelle direction a pour mandat de surveiller les éclosions d'infections nosocomiales dans le réseau, de veiller à ce que les bonnes pratiques en PCI soient adoptées et de soutenir les équipes de prévention et contrôle des infections du réseau.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la responsabilité en prévention et contrôle des infections a été attribuée à un hors-cadre de chaque établissement. Ce réseau de répondants assure une gestion stratégique plus réactive et une grande imputabilité aux établissements.

Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de PCI dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation

Ce plan d'action, publié en août 2020, avait pour but de clarifier rapidement les directives en matière de PCI à l'égard du terrain en contexte de pandémie et de favoriser l'appropriation des bonnes pratiques en PCI dans tous les établissements du réseau. Plus précisément, le plan d'action visait à :

- Mettre à jour les directives de prévention et contrôle des infections émises par le MSSS selon l'évolution de la situation;
- Communiquer efficacement les directives et les mesures en PCI à l'intention du personnel;
- Former adéquatement le personnel dans l'application des mesures de PCI;
- Appliquer de façon rigoureuse les mesures en PCI dans les différents milieux;
- Utiliser adéquatement les équipements de protection individuelle;
- Assurer un meilleur contrôle et suivi de l'application des mesures de PCI au sein des établissements.

Formation et structure d'intervention

Une nouvelle structure d'intervention en PCI a découlé du plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation. La structure repose sur la formation de champions, qui agissent à titre de leaders et de modèles en PCI parmi leurs pairs, à chaque quart de travail, dans chaque installation. Les établissements sont autonomes pour former leurs champions, grâce à la présence d'intervenants-formateurs qui ont la capacité de former des champions. Ce modèle pérenne permet l'appropriation par tous des connaissances de base en PCI.

Surveillance et contrôle accrus

Les processus de surveillance des cas et des éclosions ont été rehaussés pour assurer la sécurité des usagers et de la population. Une déclaration quotidienne des cas a été implantée dès la deuxième vague de la pandémie pour aider à prévenir les situations qui pourraient représenter un risque pour les usagers.

Par ailleurs, la surveillance quotidienne de plusieurs paramètres soutient dorénavant la prise de décision des autorités ministérielles dans la mise en place, lorsque cela est requis, de mesures additionnelles pour réduire la transmission des infections des voies respiratoires.

Table des matières

Introduction	1
Tableau synthèse des axes et des cibles 2015-2020 – Bilan 2022	1
CADRES DE RÉFÉRENCE.....	3
CIBLE 1	3
Réviser les différents cadres de référence sur les rôles et les responsabilités des établissements ainsi que des autorités de santé publique à la lumière des changements législatifs et organisationnels récents.....	3
SURVEILLANCE	4
CIBLE 2	4
Poursuivre, consolider et développer la surveillance des infections nosocomiales par l’intermédiaire d’un programme provincial structuré.	4
CIBLE 3	5
Documenter périodiquement les facteurs pouvant expliquer les variations de l’incidence des infections nosocomiales.	5
LUTTE CONTRE L’ANTIBIORÉSISTANCE	7
CIBLE 4	7
Implanter les mesures concernant les infections nosocomiales recommandées dans le plan d’action ministériel sur la résistance aux antibiotiques 2015-2020.	7
CIBLE 5	8
Développer la surveillance de l’usage des antibiotiques dans les établissements de soins de courte durée.....	8
DÉVELOPPEMENT INFORMATIONNEL	10
CIBLE 6	10
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.	10
PRATIQUES EXEMPLAIRES.....	11
CIBLE 7	11
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.	11
CIBLE 8	12
Promouvoir l’adhésion de tous les établissements de santé à la campagne québécoise sur les soins sécuritaires.....	12
CIBLE 9	14

Assurer une mise à jour périodique des recommandations sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, en plus de les regrouper dans des guides de pratique généraux et des fiches techniques.....	14
CIBLE 10.....	16
Uniformiser et actualiser les pratiques techniques, cliniques et de gestion concernant le retraitement des dispositifs médicaux (RDM) afin de prévenir les infections nosocomiales.	16
CIBLE 11.....	21
Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique (MMUU).....	21
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ.....	22
CIBLE 12.....	22
Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement afin de prévenir les infections nosocomiales.....	22
CIBLE 13.....	24
Poursuivre et consolider le suivi de l'assurance qualité en matière d'hygiène et de salubrité.	24
CIBLE 14.....	25
Allouer des ressources suffisantes en hygiène et salubrité afin d'assurer des services sécuritaires au regard de la PCI.....	25
IMMOBILIER.....	26
CIBLE 15.....	26
Maintenir à jour et développer le Répertoire des guides de planification immobilière.....	26
CIBLE 16.....	27
Poursuivre le plan d'action visant l'élimination des chambres à plus de deux lits comportant une salle de toilette partagée.....	27
RÉSEAU D'EXPERTISE ET CAPACITÉ DE RÉPONSE	28
CIBLE 17.....	28
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.	28
CIBLE 18.....	29
Maintenir les structures, les comités d'experts ainsi que les groupes de travail et les soutenir dans l'exercice de leur mandat comme dans l'exécution de leurs travaux.	29
CIBLE 19.....	30
Développer et maintenir à niveau les compétences des intervenants du réseau de la santé en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.....	30

CIBLE 20.....	32
Renforcer les capacités du réseau de la santé à répondre aux émergences infectieuses.	32
COMMUNICATION	33
CIBLE 21.....	33
Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication qui, tout en tenant compte des défis posés aux directions concernées par la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, favorisera la mobilisation des acteurs et des patients.	33
ÉVALUATION ET RECHERCHE	34
CIBLE 22.....	34
Évaluer les mesures de PCI en tenant compte du mode d'organisation, du fardeau de la maladie ainsi que de leurs impacts cliniques et épidémiologiques.	34
CONCLUSION.....	36
ANNEXE 1 – Circulaire de gestion 2011-021.....	37
ANNEXE 2 – CERDM Rapport sommaire des demandes d'expertise	41

Liste des sigles et des abréviations

AIPI	Association des infirmières en prévention des infections	FCP	Formation continue partagée
APR	Appareil de protection respiratoire	GESTRED	Système de suivi de gestion (GEST) et de reddition (RED) de comptes
BAC	Bactériémies	HD	Hémodialyse
BACC	Bactériémies sur cathéters centraux	ICS-PCI	Infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections
BACTOT	Bactériémies nosocomiales panhospitalières	IN	Infections nosocomiales
BGNMR	Bacilles à Gram négatif multirésistants	INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
BMR	Bactéries multirésistantes	LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
CD	<i>Clostridioides difficile</i> ou <i>C. difficile</i>	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CERDM	Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux	MMUU	Matériel médical à usage unique
CFP	Centre de formation professionnelle	MVE	Maladie à virus Ebola
CGR	Comité de gestion du réseau	OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
CH	Centre hospitalier	PAMLRA	Plan d'action ministériel sur la lutte contre la résistance aux antibiotiques
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	PCI	Prévention et contrôle des infections
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	PDG	Président-directeur général
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec	PQSS	Programme québécois des soins sécuritaires
CIPIN	Comité des immobilisations en prévention des infections nosocomiales	PUQMIASE	Plan d'urgence québécois pour les maladies infectieuses à surveillance extrême
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	RARDM	Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
CLSC	Centre local de services communautaires	RI	Ressource intermédiaire
CODIR	Comité de direction	RPA	Résidence pour personnes âgées
CPRS	Centre provincial de référence en stérilisation	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	SA	<i>Staphylococcus aureus</i>
CRIE	Comité de ressources immobilières et équipement	SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation	SI	Système d'information
CS-PCI	Comité stratégique de prévention et contrôle des infections	SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
CURDM	Comité des utilisateurs et répondants d'établissements en retraitement des dispositifs médicaux	SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité de)
DACD	Diarrhées associées à <i>Clostridioides difficile</i> (<i>C. difficile</i>)	TCNMI	Table de concertation nationale en maladies infectieuses
DAPM	Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament	TNCSSI	Table nationale de coordination en soins et services infirmiers














DM	Dispositifs médicaux	TNPIN	Table nationale de prévention des infections nosocomiales
DQEPE	Direction qualité, évaluation, performance et éthique	TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
DSP	Direction des services professionnels	URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
EPE	Ensembles de pratiques exemplaires	USI	Unité de soins intensifs
ENA	Environnement numérique d'apprentissage		
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine		

Introduction

Le 31 décembre 2019 marque le début d'une pandémie de syndromes respiratoires aigus sévères (SRAS) d'ampleur inégalée depuis plus d'un siècle. Le Québec fait face à ses premiers cas de la COVID-19 dès la fin de février 2020 et décrète l'état d'urgence sanitaire le 13 mars 2020. C'est dans ce contexte que se solde le plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (IN) du MSSS. La pression sur le RSSS, associée au contexte de crise sociosanitaire du virus SRAS-CoV-2, a reporté le dépôt du présent rapport, les efforts ayant été prioritairement mis à lutter contre la pandémie. Compte tenu de ce délai, le regard porté sur l'atteinte des objectifs du plan inclut les années de pandémie, les défis qu'elles ont apportés et les cibles qu'elles ont permis d'atteindre. Certaines cibles ne sont toutefois pas atteintes, et ce, malgré la prolongation du plan jusqu'en 2022. Une nouvelle gouvernance en PCI, implantée dans le RSSS et au MSSS à l'été 2020, renforce grandement l'imputabilité et la capacité d'atteindre les cibles. Le présent bilan fait état des principales réalisations concernant les 22 cibles fixées dans le plan mis en œuvre en 2015.

Tableau synthèse des axes et des cibles 2015-2020 – Bilan 2022

Axes d'intervention et cibles	Résultat
CADRES DE RÉFÉRENCE	
<ul style="list-style-type: none"> Réviser les différents cadres de référence sur les rôles et les responsabilités des établissements ainsi que des autorités de santé publique à la lumière des changements législatifs et organisationnels récents. 	
SURVEILLANCE	
<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre, consolider et développer la surveillance des infections nosocomiales par l'intermédiaire d'un programme provincial structuré. 	
<ul style="list-style-type: none"> Documenter périodiquement les facteurs pouvant expliquer les variations de l'incidence des infections nosocomiales. 	
LUTTE CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE	
<ul style="list-style-type: none"> Implanter les mesures concernant les infections nosocomiales recommandées dans le plan d'action ministériel sur la résistance aux antibiotiques 2015-2020. 	
<ul style="list-style-type: none"> Développer la surveillance de l'usage des antibiotiques dans les établissements de soins de courte durée. 	
DÉVELOPPEMENT INFORMATIONNEL	
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	
PRATIQUES EXEMPLAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'adhésion de tous les établissements de santé à la campagne québécoise sur les soins sécuritaires. 	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer une mise à jour périodique des recommandations sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, en plus de les regrouper dans des guides de pratique généraux et des fiches techniques. 	

Axes d'intervention et cibles	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> Uniformiser et actualiser les pratiques techniques, cliniques et de gestion concernant le retraitement des dispositifs médicaux (RDM) afin de prévenir les infections nosocomiales. 	
<ul style="list-style-type: none"> Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique (MMUU). 	
<p>HYGIÈNE ET SALUBRITÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement afin de prévenir les infections nosocomiales. 	
<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre et consolider le suivi de l'assurance qualité en matière d'hygiène et de salubrité. 	
<ul style="list-style-type: none"> Allouer des ressources suffisantes en hygiène et salubrité afin d'assurer des services sécuritaires au regard de la prévention et contrôle des infections. 	
<p>IMMOBILIER</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintenir à jour et développer le Répertoire des guides de planification immobilière. 	
<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le plan d'action visant l'élimination des chambres à plus de deux lits comportant une salle de toilette partagée. 	
<p>RÉSEAU D'EXPERTISE ET CAPACITÉ DE RÉPONSE</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les structures, les comités d'experts ainsi que les groupes de travail et les soutenir dans l'exercice de leur mandat comme dans l'exécution de leurs travaux. 	
<ul style="list-style-type: none"> Développer et maintenir à niveau les compétences des intervenants du réseau de la santé en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. 	
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités du réseau de la santé à répondre aux urgences infectieuses. 	
<p>COMMUNICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication qui, tout en tenant compte des défis posés aux directions concernées par la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, favorisera la mobilisation des acteurs et des patients. 	
<p>ÉVALUATION ET RECHERCHE</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les mesures de PCI en tenant compte du mode d'organisation, du fardeau de la maladie ainsi que de leurs impacts cliniques et épidémiologiques. 	

LÉGENDE

Cible atteinte



Cible partiellement atteinte



Cible non atteinte

CADRES DE RÉFÉRENCE

CIBLE 1

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



Partiellement atteint

Faits saillants

- Travaux menés par un groupe de travail relevant de la TNPIN;
- Le 25 septembre 2017 est publié le [Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec – Les infections nosocomiales](#).

Bilan des actions prioritaires

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Diffuser les nouveaux cadres auprès des partenaires concernés par le plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Il est prévu de faire la révision des deux cadres de référence en prévention des infections, soit celui des établissements et celui de la santé publique. • 25 septembre 2017 – Publication de la deuxième édition du Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec – Les infections nosocomiales. • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ La révision 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. 	
Soutenir l'appropriation et l'opérationnalisation des nouveaux cadres de référence dans les différents établissements de santé (CISSS, CIUSSS et autres établissements visés)	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation du cadre de référence pour les établissements au CODIR, CGR, TNCSSI, DSP, CRIE, approvisionnement, TCNMI, représentants CS-PCI du réseau, représentants TRPIN. • Diffusion au réseau. 	

SURVEILLANCE

CIBLE 2

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






Faits saillants

- Depuis mars 2016, date à laquelle le programme de surveillance des infections à BGNPC est devenu obligatoire pour les installations concernées. Au total, sept programmes de surveillance obligatoire s'adressent à des installations ciblées selon la caractéristique des services offerts.
- Une fois par année, l'INSPQ publie un rapport des données 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>
- Dans le contexte de la pandémie, une vigie du SRAS-CoV-2 et des autres virus respiratoires dans les milieux de soins au Québec a été mise en œuvre en 2022.

Bilan des actions prioritaires

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Établir des critères de priorisation des infections ainsi que des microorganismes devant faire l'objet d'une surveillance provinciale et assurer la mise à jour du programme de surveillance provinciale des infections nosocomiales :</p> <p>a) En l'évaluant tous les trois ans, en fonction de ces critères</p> <p>b) En formulant des recommandations sur la nécessité de surveiller de nouvelles infections et de nouveaux microorganismes ainsi que sur les ajouts et les changements à apporter à ce programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2019 – L'évaluation des résultats de la priorisation des programmes SPIN est réalisée et les résultats sont transmis. Il a été déterminé de maintenir les programmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ BAC à <i>Staphylococcus aureus</i> (SPIN-SARM); ○ Nouveaux cas d'ERV (SPIN-ERV); ○ Diarrhées associées à CD (SPIN-DACD); ○ BACTOT (SPIN-BACTOT); ○ BACTOT aux soins intensifs (SPIN-BACC); ○ Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès en hémodialyse (SPIN-HD). • Pour donner suite aux recommandations émises en mars 2016, un nouveau programme de surveillance des BGNPC (SPIN-BGNPC) est produit. • Un programme de surveillance des infections de site opératoire a été proposé et sera mis en œuvre dans le prochain plan d'action. • La collecte des données sur la colonisation au SARM sur une base volontaire est aussi amorcée en avril 2019. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Établir les balises permettant de déterminer les modalités de la surveillance (continue, périodique, etc.) à privilégier, puis développer la méthodologie appropriée et les outils	<ul style="list-style-type: none"> Balises établies. Révision en continu selon les résultats des travaux sur la priorisation. 	
Maintenir à jour, à l'infocentre, les indicateurs de la surveillance provinciale des infections nosocomiales pour les utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> Maintenu à jour à chaque année après le 31 mars. 	
Définir et mettre en place les mécanismes d'assurance qualité des données, et des analyses de vigie et de surveillance des infections nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> En 2017, une première évaluation sur les données relatives à la surveillance des BACC est faite. Analyse et surveillance réalisées en continu pour chacun des programmes. 	



CIBLE 3



Documenter périodiquement les facteurs pouvant expliquer les variations de l'incidence des infections nosocomiales.

**Faits saillants :**

- Le LSPQ a réalisé les études et les analyses qui lui ont été confiées dans le cadre du plan d'action ministériel, comme il fut précisé dans les actions prioritaires.
- Des analyses sont aussi faites en continu à partir des données de surveillance pour détecter les variations d'incidence et analyser les facteurs explicatifs.

Bilan des actions prioritaires

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Mener des études sur les facteurs associés aux établissements et aux agents pathogènes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2015 – L'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 CD. • 2016 – Étude des souches de SARM isolées des hémocultures. • 2016-2017 – Caractérisation de souches de CD. • 2017-2018 – Analyse comparative et caractérisation des cas communautaires de CD: Validation and Characterization of Community-Acquired Clostridium difficile Infections from the Quebec C. difficile Infection Surveillance Program (QCISP) https://en.x-mol.com/paper/article/1403349737060941824 • 2018 – Caractérisation de souches de CD et antibiogramme. • L'analyse des souches et l'interprétation des données, qui se font par l'INSPQ, doivent être maintenues. • 2018-2019 – Étude sur l'impact de l'utilisation des antibiotiques sur les infections à CD : Role of high-risk antibiotic use in incidence of health-care-associated Clostridioides difficile infection in Quebec, Canada : a population-level ecological study – The Lancet Microbe • 2018-2019 – Analyse de la saisonnalité des infections à ERV (non publiée). • 2018-2019 – Analyse des infections à ERV dans la région de l'Outaouais (non publiée). 	
<p>Consolider la surveillance des souches pour mieux comprendre les phénomènes cliniques ou épidémiologiques d'importance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance des souches de BGNPC. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Effectuer une analyse de l'incidence des infections nosocomiales en fonction des structures immobilières laquelle implique : a) D'évaluer l'impact des chambres à plus de deux lits et des toilettes partagées sur cette incidence	<ul style="list-style-type: none"> • Les travaux sur l'évaluation de l'impact des chambres à plus de deux lits et des toilettes partagées sur cette incidence ont été achevés en 2016. 	
Évaluer l'impact de nouvelles structures immobilières sur l'observance des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), notamment sur l'hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'évaluation de l'impact des nouvelles structures immobilières sur l'observance des mesures PCI nécessite la présence d'équipes sur place, ce que la COVID-19 n'a pas permis de faire. 	

LUTTE CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE

CIBLE 4

Implanter les mesures concernant les infections nosocomiales recommandées dans le plan d'action ministériel sur la résistance aux antibiotiques 2015-2020.





Faits saillants :

Outre les actions prioritaires, certaines mesures concernant la résistance aux antibiotiques doivent être mentionnées :

- Le plan d'action ministériel sur la lutte contre la résistance aux antibiotiques (PAMLRA) 2019-2024 a été approuvé par les autorités ministérielles en juin 2019, mais n'a pas encore été publié officiellement. Un comité ministériel sur la lutte contre l'antibiorésistance a été créé en 2019 pour la mise en œuvre du PAMLRA.
- Mandats de l'INSPQ :
 - Avis scientifique proposant un système intégré de surveillance de la résistance aux antibiotiques, dans lequel il est suggéré d'inclure la surveillance des IN;
 - Cadre normatif pour l'antibiogramme minimal à réaliser par les laboratoires du Québec élaboré et produit par l'INSPQ en mars 2017;
 - Guide sur les méthodologies et les objets de surveillance à mettre en place pour suivre l'usage des antibiotiques dans les établissements et dans la communauté (inachevé).

Bilan des actions prioritaires

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Établir un mécanisme de liaison entre les instances provinciales responsables de la surveillance des infections nosocomiales et celles qui sont responsables de l'opérationnalisation du plan d'action 2015-2020 sur la résistance aux antibiotiques	<ul style="list-style-type: none"> Mécanisme de liaison établi en 2015 entre la DGSP, la DAPM (MSSS), l'INESSS, l'INSPQ et la TNPIN. 	
Effectuer le suivi de l'implantation des recommandations contenues dans le plan d'action 2015-2020 sur l'antibiorésistance en ce qui a trait aux infections nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> Le tableau de bord pour le suivi des actions et des recommandations a été élaboré. Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> Puisque le PAMLRA 2019-2024 n'a pas encore été diffusé, les travaux de suivi de son implantation ne peuvent être réalisés. 	


CIBLE 5





Développer la surveillance de l'usage des antibiotiques dans les établissements de soins de courte durée.

**Faits saillants :**

- Élaboration et approbation du PAMLRA 2019-2024.
- La surveillance de l'usage des antibiotiques dans tous les établissements de soins de courte durée est à géométrie variable. Plusieurs établissements n'avaient pas désigné de façon formelle un responsable du programme.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Actualiser les exigences de la circulaire ministérielle de 2011 (0-21), intitulée « Mise en œuvre du programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé »	<ul style="list-style-type: none"> Les actions contenues dans cette circulaire font partie des moyens de la cible 6 du PAMLRA 2019-2024. Cette circulaire est sous la responsabilité de la DAPM. Le dernier suivi de son application a été réalisé en janvier 2014. Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> Plusieurs établissements n'avaient mis en place que la première mesure de la circulaire : la désignation d'une entité responsable de mettre en œuvre le programme local de surveillance et d'élaborer un plan d'action. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Élaborer un indicateur provincial pour le suivi de la circulaire ministérielle 0-21	<ul style="list-style-type: none"> Cette action est liée à la précédente et n'a pas été réalisée. 	
Évaluer la faisabilité quant au recours à un ratio de pharmaciens pour soutenir l'antibiogouvernance	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS a estimé que 51 pharmaciens supplémentaires seront requis pour soutenir l'antibiogouvernance. 	
Recueillir les données des expériences menées par les centres hospitaliers québécois montrant le retour sur l'investissement de l'antibiogouvernance et présenter ces données aux instances ministérielles	<ul style="list-style-type: none"> Des réflexions ont été amorcées au MSSS. 	
Rehausser les outils informationnels des établissements de soins de courte durée afin que ceux-ci puissent effectuer une antibiogouvernance efficiente. Le calcul de la consommation qualitative et quantitative des antibiotiques est une pratique utile à cet effet	<ul style="list-style-type: none"> Un projet de système informatique pour les activités de suivi de l'usage des antibiotiques (système d'antibiogouvernance) a été amorcé par le MSSS. 	

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.



Faits saillants :

- En 2016, le gouvernement décrète un moratoire sur l'achat de nouveaux logiciels, et d'autres ressources informationnelles sont en vigueur pour l'ensemble du RSSS. Ce moratoire a eu un effet considérable sur l'atteinte de la cible 6.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Amener les établissements à considérer l'achat d'outils informationnels permettant d'assurer le suivi des infections nosocomiales et de l'antibiogouvernance comme une priorité dans leur plan de développement informatique et leur permettre d'actualiser celui-ci avant son échéance	Prioriser la PCI dans le développement informatique de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> Une analyse a été réalisée au MSSS pour l'acquisition d'un logiciel provincial. Il est convenu que celui-ci soit intégré au dossier de santé numérique pour la suite des travaux. 	
	Réaliser l'inventaire des programmes existants : <ul style="list-style-type: none"> Inventaire réalisé et achevé en 2019. 	
	Formuler des recommandations au regard des outils informatiques concernant les IN et l'antibiogouvernance pour donner suite aux travaux d'inventaire et d'analyse : <ul style="list-style-type: none"> Analyse effectuée. Les recommandations finales ne privilégient pas une solution nationale. 	
Améliorer la coordination et l'intégration du réseau informationnel en concevant un cadre normatif et un modèle d'appel d'offres	<ul style="list-style-type: none"> Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> Dossier d'affaires non réalisé à la suite des orientations prises par la Direction générale des technologies de l'information et la Direction générale de santé publique. 	S. O.

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.



Faits saillants :

- La dernière mise à jour du guide [Immunsation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs – Recommandations](#) est publiée en mai 2021.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Produire une directive de gestion à l'intention des établissements de santé pour leur signifier les attentes ministérielles, les recommandations et le suivi à privilégier en matière de vaccination et de dépistage chez leurs travailleurs de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les recommandations du MSSS concernant l'immunsation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs sont publiées en 2016, suivies de deux révisions en novembre 2017 et en mai 2021. • L'avis du Comité sur l'immunsation du Québec intitulé Évaluation d'une politique obligatoire de vaccination contre l'influenza ou de port d'un masque pour les travailleurs de la santé est publié en 2016. • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diffusion d'une directive de gestion à l'intention des établissements concernant la vaccination et le dépistage chez les travailleurs de la santé. 	

CIBLE 8




Promouvoir l'adhésion de tous les établissements de santé à la campagne québécoise sur les soins sécuritaires.


**Faits saillants :**

- La Campagne québécoise des soins sécuritaires (élaborée par l'INSPQ et mise en œuvre en collaboration avec le MSSS en 2013) se transforme en Programme québécois des soins sécuritaires (PQSS) au printemps 2019. Elle a pour objectif de soutenir la mise en œuvre des ensembles de pratiques exemplaires (EPE) dans les installations et les établissements concernés et d'assurer la pérennité des pratiques de soins sécuritaires basées sur des données probantes.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Identifier les mesures de la campagne à privilégier par chaque établissement en fonction des caractéristiques de ses usagers et de ses processus de soins</p>	<p>Relancer la campagne québécoise des soins sécuritaires se fait sous la forme d'un programme et non d'une campagne, comme initialement prévu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Précision des rôles et des responsabilités des directions concernées par l'implantation du programme au sein du MSSS ainsi que dans les établissements de santé. • Mise en place et diffusion des activités du programme dans le RSSS par l'entremise de la TNCSSI. • 2019 – Relance du PQSS avec publication des outils de soutien à l'implantation et au suivi : <ul style="list-style-type: none"> ○ Regroupement des informations et des outils http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/securete-des-soins/ ○ 2019 : Publication du Programme québécois des soins sécuritaires – Guide d'implantation et de suivi pour les établissements de santé et de services sociaux ○ Mise à jour des troussees détaillées pour chaque EPE (Programme québécois des soins sécuritaires – INSPQ), qui contient : description des EPE, grilles d'audits, indicateurs de surveillance, méthodes d'échantillonnage, mesures de la conformité à l'ensemble de pratiques exemplaires, etc. • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Guide de saisie avec fiches de critères pour déterminer le niveau d'implantation de chaque EPE selon le milieu; ○ Préparation de modules de formation pour gestionnaires et professionnels (INSPQ) qui seront diffusés sur l'ENA graduellement en tant que formation accréditée (FCP); ○ Lettre du sous-ministre aux PDG pour déterminer la direction transversale responsable (ex. : DQEPE); ○ Portrait du niveau d'implantation; ○ Définition des modalités de reddition de comptes. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Identifier les mesures de la campagne à privilégier par chaque établissement en fonction des caractéristiques de ses usagers et de ses processus de soins</p>	<p>EPE à privilégier par chaque établissement selon ses caractéristiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2016-2017 – Sondage pour évaluer le niveau d'implantation dans le réseau et déterminer les barrières et les éléments facilitants à la relance de la campagne québécoise des soins sécuritaires. • 2019 – Sondage d'implantation réalisé auprès des CISSS et des CIUSSS pour demander quels EPE sont en place. Présentation faite à la TNPIN par la suite. • Adhésion des établissements aux EPE sur une base volontaire : les établissements utilisent GESTRED pour consigner les données. Aucune donnée de reddition de compte n'est planifiée à ce sujet. • Mise à jour des pratiques exemplaires réalisée en 2019. • Non terminé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation de l'implantation prévue en 2015. 	
<p>Élaborer un plan harmonisé pour la diffusion locale des données sur les infections nosocomiales et des audits effectués dans le cadre de la campagne québécoise</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place et diffusion des activités de la campagne. • Aucune donnée obtenue du réseau. 	
<p>Assurer le suivi de l'indicateur de la planification stratégique 2015-2020, relatif à l'hygiène des mains, pour lequel le taux de conformité est fixé à 80 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conception et mise en application en 2015-2016 et 2016-2017 de l'indicateur concernant le taux de conformité relatif à l'hygiène des mains dans les établissements de santé. • Depuis 2017-2018 – Obligation de résultat dans les établissements de santé en vue d'atteindre la cible de 80 % exigée pour le taux de conformité. • Résultats de surveillance obtenus : <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017-2018 : taux moyen entre 59 % et 70 %; ○ 2018-2019 : taux moyen entre 69 % et 75 %; ○ 2019-2020 : aucune donnée en raison du contexte de la pandémie; ○ 2020-2021 : aucune donnée en raison du contexte de la pandémie; ○ 2021-2022 : aucune donnée en raison du contexte de la pandémie. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Assurer une veille scientifique au regard des ensembles de pratiques exemplaires dont l'efficacité à prévenir les infections nosocomiales est reconnue	<ul style="list-style-type: none"> • Formations sur les EPE et le PQSS publiées sur l'ENA : travaux débutés, mais suspendus en raison du contexte de la pandémie. • Mise à jour des pratiques exemplaires – en continu. 	


CIBLE 9


Assurer une mise à jour périodique des recommandations sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, en plus de les regrouper dans des guides de pratique généraux et des fiches techniques.


**Faits saillants :**

- Plusieurs mises à jour et nouvelles publications (guides pratiques, fiches techniques) ont été produites par le CINQ. Tous les documents produits peuvent être consultés sur le portail de l'INSPQ : [Les infections nosocomiales – INSPQ](#).

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Élaborer des guides de pratique généraux sur : <ul style="list-style-type: none"> • Les principes généraux de prévention et de contrôle des infections nosocomiales; • Les pratiques de base et les précautions additionnelles; • Les principes généraux de gestion des éclosions en milieu de soins; • Les principes généraux de prévention et contrôle des bactéries multirésistantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et publication des guides généraux – Notions de base en PCI : <ul style="list-style-type: none"> ○ Chaîne de transmission de l'infection (2018); ○ Hiérarchie des mesures de contrôle des infections (2018); ○ Hygiène des mains (2018); ○ Hygiène et étiquette respiratoires (2018); ○ Équipements de protection individuelle (2018); ○ Précautions additionnelles (2018); ○ Gestion des visiteurs (2018). • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Principes généraux de gestion des éclosions; ○ Principes de prévention et contrôle des BMR. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Réviser les fiches techniques sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases; • Les gastro-entérites et le norovirus; • Les infections à entérocoque résistant à la vancomycine dans les centres de réadaptation ainsi que dans les centres d'hébergements et de soins de longue durée; • La grippe saisonnière; • Les infections à <i>Clostridium difficile</i>; • Les infections à SARM. 	<p>Infections à bacilles à Gram négatif multirésistants (BGNMR) et BGNPC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mesures de prévention et de contrôle des bacilles à Gram négatif multirésistants autres que les entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus (2018); ○ Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus (2018); ○ Entérobactéries productrices de carbapénémases et autres bacilles Gram négatif multirésistants : mesures intérimaires de prévention et de contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée (2016); ○ Mesures de prévention et de contrôle de la transmission des bacilles Gram négatif multirésistants dans les milieux de soins aigus au Québec (2015). <ul style="list-style-type: none"> • Gastroentérites et le norovirus : Mesures de prévention et de contrôle des gastroentérites d'allure virale dans les établissements de soins (2017). • Infections à ERV en centres de réadaptation et en CHSLD : Entérocoques résistants à la vancomycine : mesures de prévention et contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée (2015). • Influenza et autres virus respiratoires – Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins (décembre 2018, mise à jour 2019 et 2021) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Caractéristiques des agents infectieux; ○ Définition des termes; ○ Analyses de laboratoire; ○ Mesures à mettre en place; ○ En situation d'éclosion; ○ Outils. • Infections à CD : <ul style="list-style-type: none"> ○ Guide de réponse à une éclosion de diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i> (DACD) en milieu hospitalier (2015); ○ Mesures de prévention et de contrôle du <i>Clostridium difficile</i> dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée (2018). • Fiches techniques concernant les mesures de PCI recommandées pour les maladies infectieuses à surveillance extrême – les fiches ont été mises à jour et intégrées au Plan d'urgence québécois sur les maladies infectieuses à surveillance extrême – Volet santé publique (2019). 	<p style="text-align: center;"></p>

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
	<ul style="list-style-type: none"> • Autres fiches : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mesures de prévention et de contrôle du Candida auris dans les milieux de soins (2018); ○ Avis du Cinq. Mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion des cas et des contacts d'oreillons en milieu de soins (2017). • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Infections à SARM. 	
<p>Effectuer un sondage auprès des établissements du réseau de la santé québécois afin de connaître les besoins au regard d'outils, d'avis et de recommandations supplémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2015 – Sondage réalisé par l'INSPQ auprès des établissements pour connaître leurs besoins en matière d'outils, d'avis et de recommandations. 	


CIBLE 10

Uniformiser et actualiser les pratiques techniques, cliniques et de gestion concernant le retraitement des dispositifs médicaux (RDM) afin de prévenir les infections nosocomiales.

**Faits saillants :**





- En 2018, le CERDM de l'INSPQ et le CURDM procèdent à la refonte des « Procédés de retraitement » pour mieux refléter les activités et la volumétrie d'une URDM.
- Le CERDM de l'INSPQ assure une surveillance continue des incidents et des accidents liés au RDM. Les données des incidents et des accidents liés au RDM, issues des établissements possédant des URDM, sont saisies dans une base de données commune de l'environnement informationnel du SSISS. L'extraction des données du SSISS permet la production d'un rapport annuel.


Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Maintenir le CERDM de l'INSPQ et le soutenir dans l'exécution de son mandat, qui consiste, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À poursuivre l'élaboration et la mise à jour des documents de référence à l'intention des établissements en fonction des besoins recensés et des priorités définies; - À mettre au point un outil d'évaluation interne à l'intention des établissements, tel que le stipulent les normes d'Agrément Canada sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables; - À offrir un soutien technique et clinique aux établissements de santé ainsi qu'à évaluer les bris de RDM qui n'ont pas pu être résolus par l'analyse et l'expertise locale; - À assurer la surveillance et l'analyse des incidents et accidents reliés au RDM, et à produire un rapport annuel sur ce sujet à l'intention du MSSS et de son réseau; - À soutenir la Direction de l'expertise et de la normalisation dans l'analyse des projets de rénovation ou de nouvel aménagement des unités de RDM; 	<ul style="list-style-type: none"> • Le mandat d'expertise-conseil technique et clinique du CERDM est reconduit. • Production de documents de référence – Documents disponibles sur la page Web du CERDM au Retraitement des dispositifs médicaux de l'INSPQ : <ul style="list-style-type: none"> ○ Guide de planification immobilière – Unité d'endoscopie (2015); ○ Démarche lors d'un bris de retraitement des dispositifs médicaux critiques et semi-critiques dans les établissements de santé (2016); ○ Retraitement des sondes d'échographie et des sondes pour compteur gamma intra-opératoire (2016); ○ Cartographie des unités de retraitement des dispositifs médicaux au Québec (2017); ○ Qualité de l'eau utilisée en retraitement des dispositifs médicaux (2019); ○ COVID-19 : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (2020); ○ Qualité de la vapeur utilisée en retraitement des dispositifs médicaux (2021); ○ COVID-19 : Processus de collecte, de désinfection et d'entreposage des appareils de protection respiratoire N95 à usage unique (2021); ○ COVID-19 : Désinfection des appareils de protection respiratoires N95 à usage unique (2021); ○ COVID-19 : Évaluation des options de désinfection des appareils de protection respiratoire N95 dans le contexte de la pandémie (2021); ○ Retraitement des dispositifs médicaux ophtalmiques (2022); ○ Unité de mesure utilisée dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux – Mise à jour 2022. • Le CERDM a conçu différents outils en RDM à l'intention des établissements (accessibles sur la page Web du CERDM et en annexe des documents de référence) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dispositifs médicaux critiques – Extraits du Guide sur le processus d'audit : <ul style="list-style-type: none"> → Grille d'audit en lien avec le RDM; → Grille d'audit en lien avec les pratiques professionnelles reliées à la sécurité des personnes affectées au RDM; → Grille d'audit en lien avec la sécurité de l'environnement où s'effectue le RDM; → Registre des éléments de gestion documentaire en lien avec le RDM. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<ul style="list-style-type: none"> - À tenir à jour une liste des répondants en matière de RDM dans les établissements de santé; - À préparer un plan de communication incluant, notamment, le maintien d'une page web et la publication de bulletins électroniques et de notes de service pour faire connaître les nouvelles pratiques, références, publications ou formations, par exemple. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Extraits du Guide sur le retraitement des dispositifs médicaux critiques : <ul style="list-style-type: none"> → Fiche complémentaire au devis d'appel d'offres pour solution de retraitement; → Fiche complémentaire au devis d'appel d'offres pour dispositif médical; → Fiche complémentaire au devis d'appel d'offres pour appareil de retraitement; → Éléments à contrôler lors de la réception d'un dispositif médical emprunté et réutilisable; → Modèle de registre de stérilisation rapide; → Modèle de rapport de rappel de matériel; → Schéma du pré-nettoyage, inspection sommaire et transport des dispositifs médicaux contaminés; → Schéma du pré-nettoyage, inspection sommaire et transport des dispositifs médicaux contaminés – En dehors des heures ouvrables; → Arbre décisionnel des mesures en lien avec un excès d'humidité dans un local d'entreposage de matériel stérile. ○ Dispositifs endoscopiques flexibles – Extraits du Guide sur le retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles <ul style="list-style-type: none"> → Grille d'audit sur le retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles; → Grille d'audit sur la conformité des locaux de retraitement des dispositifs endoscopiques; → Grille d'audit sur les mesures de prévention et de contrôle des infections et de santé et sécurité au travail à l'unité d'endoscopie; → Grille d'audit sur le registre des éléments de gestion documentaire en lien avec le retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles; → Schéma du retraitement des dispositifs endoscopiques. ○ Démarche lors d'un bris de RDM – Extrait de la Fiche technique sur la démarche lors d'un bris : <ul style="list-style-type: none"> → Liste de vérification lors d'un bris de retraitement des dispositifs médicaux; → Procédure de collecte de débris pour des fins d'analyse. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qualité de l'eau utilisée en RDM – Extraits de la Fiche technique sur la qualité de l'eau utilisée en retraitement des dispositifs médicaux : <ul style="list-style-type: none"> → Avis d'ébullition de l'eau ou eau visiblement souillée – Retraitement des dispositifs médicaux critiques et semi-critiques; → Avis d'ébullition de l'eau ou eau visiblement souillée – Retraitement des dispositifs endoscopiques; → Avis de non-consommation de l'eau – Retraitement des dispositifs médicaux et endoscopiques. ● Transfert de connaissance au réseau : <ul style="list-style-type: none"> ○ Page Web pour faire connaître les nouvelles pratiques, les références, les publications, les formations, etc.; ○ Activités de transfert de connaissance lors de rencontres du CURDM et réponses aux questions par la boîte de courriel CERDM; ○ Activités de formation en RDM inscrites au programme de formation en ligne de l'INSPQ : <ul style="list-style-type: none"> → 2015-2016 – Retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles et Processus d'audits en lien avec le retraitement des dispositifs médicaux critiques; → Programme de formation en ligne de prévention et contrôle des infections pour les établissements de santé 2017-2018 – https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/prevention-controle-infections-etablissements-sante → 2019 – Qualité de la vapeur en RDM et Retraitement des tonomètres. ● Surveillance, vigie et analyse : <ul style="list-style-type: none"> ○ Depuis 2015 – Analyse et production des RARDM. Les rapports de surveillance et les bilans annuels de résultats sont disponibles sur la page Web https://www.inspq.qc.ca/retraitement-des-dispositifs-medicaux/surveillance; ○ 1^{er} avril 2022 – Mise en utilisation du système informatisé de déclaration des incidents et des accidents en services santé. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Évaluer l'impact sur les infections nosocomiales du regroupement des services de RDM dans un site annexé ou non à un établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation prévue n'a pas pu être réalisée. 	
<p>Créer un comité des utilisateurs du rapport d'analyse en RDM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2015 – Création du CURDM ayant pour mandat d'améliorer les processus cliniques et techniques, sous la gouverne du CERDM. • Production du rapport annuel de surveillance des incidents et des accidents en RDM. Rapports accessibles à : Retraitement des dispositifs médicaux – INSPQ. • Le CERDM produit annuellement un bilan des activités en matière de demandes d'expertise en RDM, selon la catégorie des demandes et le type de dispositifs médicaux. Le rapport de 2015 à 2022, produit le 14 avril 2022, peut être consulté à l'annexe 2. 	
<p>Évaluer la faisabilité, l'efficacité et les critères de priorisation concernant la mise en place progressive d'un système de traçabilité électronique des dispositifs médicaux dans les établissements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2018 – Sondage effectué pour dresser le tableau des installations du RSSS possédant un système de traçabilité électronique des DM et présentation des résultats au MSSS : 30 % des établissements ont répondu avoir un tel système. • 2021 – Présentation au MSSS, par le CERDM, du document synthèse concernant les avantages des systèmes de traçabilité en RDM. 	
<p>Tenir à jour le document intitulé « <i>Guide à l'intention des établissements : Responsabilités et gestion d'un événement indésirable lié au RDM réutilisables</i> » de façon à ce qu'il prenne compte de l'évolution des rôles et des responsabilités des différentes instances en matière de gestion des risques infectieux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inachevé – Aucune mise à jour n'a été faite depuis 2013. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Revoir l'unité de mesure des activités concernant le RDM utilisée dans le manuel de gestion financière	<ul style="list-style-type: none"> • Le CERDM a mis au point la nouvelle unité de mesures en RDM du manuel de gestion financière en collaboration avec le CURDM. La nouvelle unité de mesure a été mise en place en avril 2022; • 2021 – Publication des documents de référence concernant les nouvelles unités de mesure utilisées dans les URDM, avec mise à jour le 1^{er} avril 2022 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aide-mémoire – Unité de mesure utilisée dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux; ○ Guide de pratique – Unité de mesure utilisée dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux; • Des activités de transfert de connaissances concernant la nouvelle unité de mesure ont eu lieu lors de rencontres du CURDM. 	


CIBLE 11


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

**Faits saillants**

- Le MSSS entreprend un projet d'harmonisation avec les lignes directrices canadiennes à la suite de la publication de [l'approche réglementaire concernant le retraitement commercial des dispositifs médicaux originellement étiquetés à usage unique](#) de Santé Canada, en 2016 (16-105050-455).
- Depuis le 1er septembre 2016, toute entreprise doit présenter une demande d'homologation d'instruments et une demande d'agrément des établissements pour les dispositifs médicaux retraités commercialement.

Bilan des actions prioritaires

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Assurer la diffusion de la position ministérielle	<ul style="list-style-type: none"> • Précisions émises sur l'obligation légale de retraitement par des organismes certifiés (CERDM et MSSS de manière ad hoc). • Le CERDM assure la transmission de la position ministérielle et de la réglementation fédérale établie par Santé Canada lorsque des demandes d'expertise-conseil pour le retraitement de MMUU lui sont adressées par les établissements du RSSS ou par des associations professionnelles dans le domaine de la santé. • Exceptionnellement, le CERDM a soutenu le MSSS et les établissements pour le retraitement des APR N95 comme solution de dernier recours en cas de pénurie dans le contexte de la COVID-19. Trois publications sur le sujet ont été produites et mises à jour. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Suivre les initiatives en cours aux paliers fédéral et provincial en matière d'encadrement normatif et législatif du retraitement et de la réutilisation du matériel médical à usager unique et réviser la position québécoise</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Juin 2020 – Une correspondance officielle du MSSS et du CERDM est envoyée au RSSS pour rappeler les orientations ministérielles pour le retraitement du MMUU, en cohérence avec l'approche réglementaire de Santé Canada de 2016. 	

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.




Faits saillants :

- Le MSSS et le groupe de travail provincial en hygiène et salubrité élaborent les stratégies en hygiène et salubrité qui sont essentielles pour assurer des services de qualité.
- En 2015, les travaux visant l'uniformisation et la mise à niveau des pratiques de nettoyage et de désinfection ont débuté.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Poursuivre l'élaboration et la mise à jour des lignes directrices et des guides techniques en hygiène et salubrité afin de répondre aux besoins des établissements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les guides, les fiches techniques et les formations qui ont été publiés sont accessibles à : Guides – Hygiène et salubrité – Professionnels de la santé – MSSS (gouv.qc.ca) • Guides publiés ou mis à jour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Guide d'intervention en hygiène et salubrité face au Clostridium difficile – Lignes directrices (avril 2019); ○ Guide de gestion des déchets du réseau de la santé et des services sociaux (février 2017); ○ Hygiène et salubrité dans les milieux de vie RPA, RI et CHSLD (septembre 2021); ○ Recommandations visant à réduire l'impact environnemental des pratiques de nettoyage, de désinfection et d'utilisation des fournitures des établissements publics du RSSS (septembre 2021). 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches techniques sur la COVID-19 qui ont été publiées : <ul style="list-style-type: none"> ○ Directive sur la fréquence de nettoyage et de désinfection dans un contexte de pandémie de COVID-19; ○ Mesures de désinfection du cylindre de gaz médical et du chariot de transport contaminés par la maladie à coronavirus (COVID-19); ○ Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact; ○ Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact; ○ Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact; ○ Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact; ○ Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact; ○ Gestion efficace des punaises de lit en milieu de santé (2015). • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Plusieurs guides n'ont toutefois pas été mis à jour. Ces documents demeurent en vigueur et accessibles à : Guides - Hygiène et salubrité - Professionnels de la santé - MSSS (gouv.qc.ca) 	
<p>Effectuer un sondage auprès des établissements pour connaître les besoins au regard de nouvelles connaissances ou de nouveaux guides et l'utilisation qui est faite des guides existants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage réalisé en 2017 auprès des gestionnaires en hygiène et salubrité. • Besoins établis. 	

CIBLE 13

Poursuivre et consolider le suivi de l'assurance qualité en matière d'hygiène et de salubrité.

**Faits saillants :**

- Il est demandé aux établissements de structurer les démarches de gestion de la qualité pour un nettoyage et une désinfection des surfaces conformes aux cibles et aux normes à atteindre.
- Un indicateur pour assurer la gestion des zones grises est inscrit et reconduit dans les ententes de gestion et d'imputabilité.
- Des travaux pour élaborer et définir un indicateur d'évaluation de la qualité sont confiés au groupe de travail en hygiène et salubrité.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Maintenir l'indicateur de gestion des zones grises	<ul style="list-style-type: none"> • La cible provinciale pour l'indicateur est d'atteindre 100 % d'élimination des zones grises pour 2018-2019. • Suivi de la moyenne provinciale pour l'indicateur : <ul style="list-style-type: none"> ○ 75 % – 2015-2016; ○ 91 % – 2016-2017; ○ 94,9 % – 2017-2018; ○ 92,4 % – 2018-2019; ○ Résultats non disponibles pour les années de pandémie. 	
Élaborer un indicateur relatif à l'évaluation de la qualité et l'inclure dans les tableaux de bord locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ces travaux demeurent inachevés en raison de la pandémie et des changements à la TNPIN. 	

CIBLE 14

Allouer des ressources suffisantes en hygiène et salubrité afin d'assurer des services sécuritaires au regard de la PCI.

**Faits saillants :**

De 2016 à 2018, des travaux ministériels permettent de constater une faible proportion d'encadrement en hygiène et salubrité.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Produire un bilan annuel de l'allocation des ressources humaines en hygiène et salubrité, en tenant compte de certains paramètres locaux tels que le nombre d'éclosions, d'admissions et de transferts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2016-2018 – Un portrait est dressé à la suite des travaux sur le taux d'encadrement en hygiène et salubrité. • Constats selon lesquels le taux d'encadrement en hygiène et salubrité est inférieur à celui observé à l'échelle des services alimentaires et à celui de l'ensemble du réseau. 	
<p>Identifier un taux d'encadrement dans ce secteur d'activité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2020-2021 – Ajout de ressources en hygiène et salubrité. • Inachevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les travaux visant à maintenir des activités ou des cibles en hygiène et salubrité et à assurer la pérennité des acquis n'ont pas pu être réalisés. ○ Ces travaux visaient notamment à mettre à jour certaines lignes directrices et à définir les balises et les rapports en CHSLD. 	

IMMOBILIER

CIBLE 15

Maintenir à jour et développer le Répertoire des guides de planification immobilière.



Faits saillants :

- 2015-2019 : Le Comité immobilisations en prévention et contrôle des infections nosocomiales (CIPIN), sous la responsabilité du MSSS, a contribué aux rencontres et à la production du Répertoire des guides de planification immobilière.
- Il peut être consulté à : [Répertoire des guides de planification immobilière.](#)

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Maintenir et consolider les activités du Comité immobilisation en prévention et contrôle des infections nosocomiales (CIPIN)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le CIPIN a été actif de 2015 à 2019, et suspendu en 2019. • Des comités ad hoc ont eu lieu avec le CIPIN en 2020 pour analyser des demandes de modification des programmes fonctionnels de plusieurs projets en cours portant sur la pandémie. Elles concernaient notamment des ajouts d'espaces d'isolement, des sas et des particularités en ventilation. 	
<p>Améliorer la diffusion et l'appropriation des guides de planification immobilière, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux qu'auprès de ses partenaires :</p> <p>-Élaborer un plan de diffusion des guides, en concertation avec les directions ministérielles et le réseau;</p> <p>-Élaborer et mettre en œuvre un plan de transfert des connaissances relatif aux nouvelles publications à l'intention des intervenants et des gestionnaires du réseau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs guides de planification immobilière existent dans le répertoire. Les guides suivants ont été produits ou mis à jour entre 2015 et 2020 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Estimation du coût du projet d'immobilisation à l'étape de l'avant-projet (2018) ○ Changements climatiques - Vulnérabilité et adaptation des immeubles (2017) ○ Unités d'électrophysiologie cardiaque interventionnelle et d'hémodynamie (2016) ○ Unité des technologies de l'information et des communications (2015) ○ Unité d'endoscopie (2015) ○ Unité de pharmacie (aires réservées aux préparations stériles) (2016) ○ Unité d'imagerie médicale (2018) ○ Unité du bloc opératoire, incluant le Service de chirurgie d'un jour (2015) ○ Unité de réadaptation en internat - CRJDA (2013, mise à jour 2016) ○ Unité de services de santé et de services sociaux en CLSC (2015) • Plan de transfert des connaissances : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diffusion auprès du CRIE; ○ Formation – Bloc opératoire et les services de chirurgie d'un jour. Présenté dans le Programme de formation de l'INSPQ de 2017. 	

CIBLE 16

Poursuivre le plan d'action visant l'élimination des chambres à plus de deux lits comportant une salle de toilette partagée.

**Faits saillants :**

- Le MSSS a procédé à une analyse du portrait de l'hébergement par type d'unité d'hospitalisation et par établissement pour obtenir un aperçu de la situation des chambres de trois lits ou plus, pour toutes les régions sociosanitaires du Québec.
- Plusieurs démarches sont entreprises pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies d'élimination des chambres à plus de deux lits. Une tendance à viser une proportion minimale de lits en chambre individuelle de 80 % ou plus se dessine à l'échelle canadienne (Ontario, Alberta et Colombie-Britannique).

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Analyser le portrait de l'hébergement par type d'unité d'hospitalisation et par établissement	<ul style="list-style-type: none"> • 2015 – Le portrait de l'hébergement par type d'unité d'hospitalisation et par établissement est réalisé par le MSSS. 	
Avec le responsable de l'établissement, élaborer le plan et déployer les stratégies qui permettent d'éliminer les chambres à plus de deux lits et des salles de toilette partagées	<ul style="list-style-type: none"> • Les travaux en cours s'échelonnent sur plusieurs années et s'inscrivent dans plusieurs plans d'action. Ceux-ci s'élaborent sur une moyenne de dix années, d'où la difficulté d'en faire un suivi quinquennal. • Des recommandations sont émises au réseau dans les guides de planification immobilière. 	

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.



Faits saillants :

- En octobre 2011 entré en vigueur la réglementation qui créait la spécialité d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI (ICS-PCI).
- Le MSSS travaille avec les divers partenaires pour faciliter, notamment, l'accès aux études de deuxième cycle en PCI et la reconnaissance professionnelle des ICS-PCI dans les milieux cliniques.
- Des travaux sont toujours en cours entre les instances concernées (MSSS et OIIQ) pour mettre à niveau la dotation-formation et des ICS en PCI.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Inclure, parmi les exigences à l'embauche des conseillères en PCI, la réussite du cours d'introduction à la PCI durant la première année de titularisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'exigence est indiquée dans le Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec (MSSS, 2017), mais son application n'est pas systématique dans le réseau. • Dans la nomenclature, le titre d'emploi d'ICS <u>employé en PCI</u> au sein du RISS n'existe pas. Toutefois, l'OIIQ reconnaît le titre d'ICS en PCI. L'atteinte de cette cible est donc difficile à surveiller puisque le titre ICS-PCI n'existe pas dans la nomenclature. 	
<p>Concevoir et promouvoir un programme d'intéressement et de soutien à la spécialité par des mesures concrètes afin d'atteindre le nombre établi d'infirmières cliniciennes spécialisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le MSSS a soutenu le chantier de la révision de la formation de l'ICS-PCI; toutefois, plusieurs enjeux d'ordre des ressources humaines et du cadre réglementaire sont toujours non résolus. 	
<p>Faire un bilan du nombre d'infirmières cliniciennes spécialisées en PCI (Action changée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'action « Évaluer l'impact de l'entrée en fonction de l'ICS-PCI » prévue au départ n'a pas été réalisée, car le nombre d'ICS-PCI est insuffisant et leur rôle n'est pas encore bien intégré pour en évaluer l'incidence. • Le bilan du nombre d'ICS-PCI que l'OIIQ rapporte en 2022 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 33 dont 26 déclarent travailler en PCI. • Le nombre d'ICS est passé de onze (2016-2017) à plus d'une trentaine (2022). • Une planification des effectifs pour cette spécialité demeure essentielle pour l'attraction et la rétention. 	

CIBLE 18

Maintenir les structures, les comités d'experts ainsi que les groupes de travail et les soutenir dans l'exercice de leur mandat comme dans l'exécution de leurs travaux.



Faits saillants :

- À la suite de la réorganisation du RSSS en avril 2015, plusieurs comités d'experts et groupes de travail liés à la PCI ont vu leurs mandats reconduits.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Maintenir en place le CINQ et le SPIN	<ul style="list-style-type: none"> • Les mandats respectifs des comités du CINQ et du SPIN ont été reconduits. • La composition et les mandats de ces comités peuvent être consultés au : <ul style="list-style-type: none"> ○ Comité (CINQ) INSPQ; ○ Surveillance provinciale (SPIN) INSPQ; 	
Maintenir le CERDM de l'INSPQ	<ul style="list-style-type: none"> • Le mandat du CERDM et de son comité multidisciplinaire est reconduit. <ul style="list-style-type: none"> ○ La composition et les mandats du CERDM peuvent être consultés à : Retraitement des dispositifs médicaux INSPQ. 	
Maintenir en place le groupe de travail provincial en hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> • Le mandat du groupe de travail est reconduit. 	
Maintenir en place le Comité ministériel sur les infections nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> • Le mandat, la composition et le fonctionnement du comité sont revus en 2018. • Le comité directeur sur les infections nosocomiales-antibiogouvernance (Comité directeur PCI/ABR) est constitué en 2018. 	
Maintenir en place la TNPIN	<ul style="list-style-type: none"> • Le mandat de la TNPIN est reconduit. 	
Maintenir en place le Comité immobilisation en prévention et contrôle des infections nosocomiales (CIPIN)	<ul style="list-style-type: none"> • Le Comité demeure fonctionnel entre 2015 et 2018, mais devient inactif à partir de 2019. 	

CIBLE 19



Développer et maintenir à niveau les compétences des intervenants du réseau de la santé en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.


**Faits saillants :**

- La formation en PCI demeure importante pour le développement et le maintien des compétences des intervenants du RSSS. Des activités de formation ont été mises sur pied et maintenues.
- Les changements majeurs incluent le transfert de la responsabilité de la formation de base en PCI aux universités, l'augmentation du nombre d'heures de formation de base obligatoire pour les intervenants en RDM et l'utilisation d'une nouvelle plate-forme pour le transfert des connaissances en PCI et en RDM.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Soutenir la mise à jour ainsi que le développement du cours de base (introduction à la PCI) et du programme de deuxième cycle en PCI à l'intention des infirmières</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'INSPQ n'est plus l'instance responsable de la formation de base en PCI. • Disponibilité d'une formation universitaire de deuxième cycle, en PCI à l'Université de Sherbrooke et à l'Université de Montréal. 	
<p>Organiser les Journées de prévention des infections</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les Journées de prévention et de contrôle des infections se tiennent aux deux ans, dans le cadre des Journées annuelles de santé publique. Leur contenu est accessible à : Accueil - JASP INSPQ. 	
<p>Offrir annuellement les trois modules de formation qui portent sur la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les trois modules de formation se présentent comme suit : <ul style="list-style-type: none"> ○ 2015 : module 1, Principes de base en épidémiologie et en surveillance des IN; ○ 2017 : module 2, Surveillances spécifiques (DACD, BGNPC et ERV); ○ 2018 : module 3, BAC nosocomiales (BACTOT, BACC-USI, BAC-HD et BAC-SA). • Il a été décidé de retirer ces modules de formation, car ils nécessitaient trop de mises à jour. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Organiser les activités de transfert de connaissances à l'intention des intervenants en PCI et en RDM à l'occasion de la publication des guides de pratique, des lignes directrices, des avis scientifiques et des rapports de surveillance ou d'analyse des incidents et accidents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formations à l'intention des intervenants en PCI offert par l'INSPQ sous forme de webinaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ 2017-2018 (douze webinaires) : https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/prevention-controle-infections-etablissements-sante; ○ 2019 (sept webinaires) : https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/transfert-connaissances-en-prevention-controle-infections-2019; ○ 2020 : Aucun transfert de connaissances en 2020 en raison de la pandémie; ○ 2021 (six webinaires) : https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/transfert-connaissances-en-prevention-controle-infections-2021. • Formations liées au RDM offertes par le CERDM (webinaires) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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); ○ Retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles (février 2017); ○ Retraitement des dispositifs médicaux critiques (mars 2017); ○ Qualité de l'eau en RDM (mai 2017); ○ Transport des dispositifs médicaux en vue de leur retraitement par un organisme externe (février 2018); ○ Processus d'audit en lien avec le retraitement des dispositifs médicaux critiques (mars 2018); ○ Tout ce que vous voulez savoir sur le retraitement des dispositifs endoscopiques (RDE) et que vous n'avez jamais osé demander! (avril 2018); ○ Qualité de l'eau utilisée en retraitement des dispositifs médicaux (mai 2018); ○ Qualité de la vapeur en RDM (octobre 2019); ○ Retraitement des dispositifs ophtalmiques (décembre 2019). • Après avoir conçu une formation en ligne de quatorze heures sur le RDM pour les préposés en retraitement des dispositifs médicaux en situation d'emploi, le Cégep de Saint-Laurent, en collaboration avec l'INSPQ, a mis au point, en 2015, une formation complémentaire destinée aux gestionnaires sur l'assurance qualité à l'URDM. Ce programme vise à outiller les gestionnaires pour répondre aux exigences d'Agrément Canada et pour contribuer à la performance et à la qualité des activités de l'URDM. 	
<p>Déterminer le niveau de formation initiale requis pour exercer la fonction en RDM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse de profession a permis de déterminer que le niveau de formation liée au métier en RDM est de niveau professionnel. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Faire les démarches nécessaires pour que la formation initiale en hygiène et salubrité soit et demeure une priorité pour le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Une attestation d'études professionnelles de 525 heures est offerte dans plusieurs régions par les CFP autorisés. 	


CIBLE 20


Renforcer les capacités du réseau de la santé à répondre aux émergences infectieuses.

**Faits saillants :**


- Une mise à jour de la deuxième édition du PUQMIASE a été effectuée.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Consolider la capacité de surveiller, d'investiguer et de prendre en charge les cas de maladies infectieuses émergentes (expertise clinique et de laboratoire, mesures techniques et immobilières, équipement de protection individuelle)	<ul style="list-style-type: none"> • Septembre 2015 – Instructions transmises dans le réseau par le sous-ministre en titre, M. Michel Fontaine, sur l'approvisionnement et les équipements jugés adéquats pour la maladie à virus Ebola (MVE). • Mai 2018 – Mise à jour du PUQMIASE. • 2021-2022 – Comité tripartite (MSSS, INSPQ et RSSS) pour l'évaluation des EPI de la réserve ministérielle sous la responsabilité de la Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement. • Participation aux travaux pancanadiens visant une approche collaborative pour le traitement et la prise en charge des personnes atteintes de la MVE. <ul style="list-style-type: none"> ○ 2015 - MVE – Acquisitions des compétences chez les travailleurs des établissements de santé; ○ 2015 – Mise à jour de la Fiche technique sur le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV); ○ 2016 – Mise à jour des orientations du directeur national de santé publique : évaluation de l'exposition et gestion des contacts de cas confirmés de MVE; ○ 2016 – Mesures à prendre en présence d'un cas suspect de MVE dans les cliniques médicales ou les centres intégrés de santé et de services sociaux. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Évaluer la faisabilité d'avoir des centres de soins désignés permanents pour les urgences infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> En 2014, un centre de soins a été désigné pour les cas de MVE. Après analyse de la pertinence, il a été convenu que cette désignation ne soit pas permanente. 	



COMMUNICATION


<p>CIBLE 21</p> <p>Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication qui, tout en tenant compte des défis posés aux directions concernées par la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, favorisera la mobilisation des acteurs et des patients.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Faits saillants :

- Des outils de communication visant la promotion de comportements responsables en prévention des infections sont diffusés sur le Web et dans le RSSS. Ces outils portent sur les mesures d'hygiène pour prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé et de services sociaux publics et privés (ex. : étiquette respiratoire, hygiène des mains).

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
Faire connaître les actions privilégiées dans le présent plan d'action à l'occasion de son lancement et de sa diffusion dans le réseau	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion du plan d'action 2015-2020 le 16 juin 2015 : <ul style="list-style-type: none"> Sur le site du MSSS; Aux PDG et aux directeurs de DSP; Aux partenaires INSPQ, TNPIN, CINQ, SPIN, AIPI, etc.; Au Comité ministériel IN. 	
Produire périodiquement, à l'intention du réseau de la santé, un bilan de l'évolution des travaux	<ul style="list-style-type: none"> Le bilan et les faits saillants du plan ministériel PCI 2015-2020 sont publiés le 19 janvier 2017. Le prochain bilan aurait dû être produit en 2020, mais la crise sanitaire a nécessité une prolongation jusqu'en 2022. 	

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Promouvoir le lavage des mains et d'autres mesures de PCI auprès de la population et des intervenants de la santé en profitant, notamment, des journées thématiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs documents de promotion des pratiques de base ciblant la population ont été créés ou mis à jour et diffusés. • Tous les documents (outils, affiches, dépliants, cadres de référence, etc.) sont accessibles à : Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca). • Les sections sur l'hygiène des mains sur Québec.ca ont été mises à jour à l'automne 2020 et les outils sont réimprimés au besoin. • 2019 – Mise à jour du matériel pour la saison des virus respiratoires (hygiène des mains, port du masque, hygiène et étiquette respiratoire, tousser dans son coude). • 2020 – Mise en ligne d'une formation sur l'hygiène des mains et de l'étiquette et hygiène respiratoire visant les intervenants de la santé sur la plate-forme de l'ENA. • 2020 – Formations sur les pratiques de base visant les travailleurs des résidences privées pour aînés, dans le contexte de la COVID-19. • 2020 à 2022 – Production de nombreux outils de communication sur les mesures et les consignes sanitaires à respecter relativement à la COVID-19 à l'intention de la population. 	

ÉVALUATION ET RECHERCHE

CIBLE 22



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



Faits saillants :

- Deux études financées par le MSSS ont été menées pour évaluer les mesures PCI en tenant compte du mode d'organisation, du fardeau de la maladie ainsi que de leurs impacts cliniques et épidémiologiques. Une de ces études a été publiée en juillet 2018, alors que les résultats de l'autre ont été présentés au MSSS en mai 2022.

Bilan des actions prioritaires :

ACTIONS PRIORITAIRES	ÉTAT D'AVANCEMENT	DEGRÉ D'ATTEINTE
<p>Évaluer l'impact clinique et économique des infections nosocomiales ainsi que les effets des mesures de prévention et de contrôle de ces infections en CHSGS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étude de cas témoin observationnelle réalisée par Dr Tchouaket dans seize installations du Québec. 	
<p>Évaluer l'implantation et les effets du programme de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes dans les centres de réadaptation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Automne 2015 – Des entrevues avec les membres du personnel ont été réalisées dans quatre CRDP publics et deux CH pour l'étude évaluative sur l'implantation et les effets du programme de prévention et de contrôle des BMR en CRDP au Québec. Pour plus de détails, voir https://www.inspq.qc.ca/publications/2424 	

CONCLUSION


La poursuite des travaux est essentielle pour l'amélioration continue des soins de santé au Québec. La période initiale du plan d'action PCI était de 2015 à 2020, mais les années de pandémie ont été incluses dans le présent rapport. Les leçons tirées de la pandémie au regard de la PCI alimentent le prochain plan d'action ministériel de prévention et de contrôle des infections nosocomiales 2022-2028. Pour celui-ci, le processus d'évaluation de l'atteinte des cibles et des actions devra être précisé pour en assurer l'objectivité. Il est aussi souhaité qu'un rapport annuel de l'évolution des travaux soit déposé, suivi d'un bilan récapitulatif qui soulignera les faits saillants et l'atteinte des cibles à partir de ces rapports annuels.

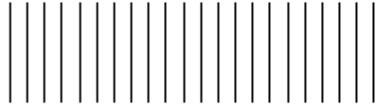
Quoiqu'elles aient été extrêmement difficiles, les premières années de la pandémie ont démontré l'importance de la prévention et du contrôle des infections et l'ont établie en tant que priorité pour le RSSS. La crise a mis à rude épreuve les capacités du réseau de soins de santé québécois à plusieurs niveaux et l'aura à jamais transformé. Les acteurs en PCI du réseau étant déjà à l'œuvre depuis plusieurs années, pour rendre nos soins plus sécuritaires, ce bilan est aussi l'occasion de saluer le travail de toute personne qui a contribué de près ou de loin à la réalisation des activités prévues dans ce plan, notamment les équipes de prévention et du contrôle des infections, les équipes de santé publique régionales et les partenaires qui travaillent quotidiennement à réduire la transmission des infections dans les établissements de santé au Québec.

ANNEXE 1 – Circulaire de gestion 2011-021

Circulaire : Mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé

NORMES ET PRATIQUES DE GESTION, Tome II, Répertoire

Santé et Services sociaux Québec 



CIRCULAIRE

Expéditeur Le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité	Date 2011-06-10
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

Destinataires (*)
Les directrices et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux et les présidentes-directrices et présidents-directeurs généraux des agences de la santé et des services sociaux

Sujet
Mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé

OBJET Cette circulaire a pour but de préciser les attentes ministérielles au regard de la mise en œuvre d'un programme structuré de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du Plan d'action ministériel sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015 élaboré par la Direction générale de la santé publique.

CONTEXTE En juin 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé un premier plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales pour soutenir les agences de la santé et des services sociaux et les établissements dans la mise en place de mesures pour prévenir et contrôler ces infections. L'une des actions prévues à ce plan visait à soutenir, aux niveaux local, régional et national, la mise en place d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en centre hospitalier.

(*) Cette circulaire s'adresse également, en adaptant les destinataires, au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/documentation
« Normes et Pratiques de gestion »

Direction(s) ou service(s) ressource(s)	Numéro(s) de téléphone	Numéro de dossier			
Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament	418 266-8810	2011-021			
Document(s) annexé(s)	Volume	Chapitre	Sujet	Document	
	01	01	30	03	

La surveillance de l'usage des antibiotiques a pour objectif général de favoriser l'usage optimal des antibiotiques en milieu hospitalier en vue notamment de limiter la progression de la résistance bactérienne, contribuant ainsi à la lutte contre les infections nosocomiales. C'est dans cette perspective qu'un cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de leur utilisation en milieu hospitalier a été produit et diffusé en 2008 par le Conseil du médicament, organisme maintenant intégré à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Ce cadre (www.inesss.qc.ca) a pour principal objectif de soutenir les dirigeants des établissements et leurs équipes qui doivent s'engager dans la mise en place d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques. Le cadre de référence a été conçu afin de les orienter tout en respectant l'autonomie de chaque établissement et sa responsabilité dans le choix des priorités d'action et des structures nécessaires à la concrétisation ou à la consolidation de ce programme.

MODALITÉS

ATTENTES MINISTÉRIELLES

La mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques nécessite la réalisation de plusieurs activités telles que décrites dans le Cadre de référence précédemment discuté. Les attentes ministérielles minimales au regard des actions à mettre en place dans le cadre d'un tel programme sont les suivantes :

Identification d'une entité responsable

Le directeur général de l'établissement de santé, en collaboration avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement (CMDP), doit identifier l'entité interne qui sera responsable de mettre en œuvre le programme local de surveillance de l'usage des antibiotiques et de coordonner les diverses activités s'y rattachant. Cette responsabilité pourrait par exemple être attribuée à une structure multidisciplinaire déjà existante. Cette entité devrait avoir des liens avec le comité de prévention des infections, le département de pharmacie et le CMDP.

Cette entité devra élaborer un plan d'action lui permettant de planifier et de prioriser les activités de façon optimale et structurée. Le cas échéant, les activités qui sont déjà réalisées dans l'établissement devront être actualisées afin de s'assurer qu'elles respectent les paramètres établis dans le Cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de leur utilisation en milieu hospitalier.

N° dossier

Page

2011-021

2

Ce plan d'action devra notamment inclure les actions qui ont été identifiées dans la présente directive.

Suivi de la consommation des antibiotiques (surveillance quantitative)

L'unité de mesure qui est à privilégier est la dose journalière définie (*defined daily dose* - DDD) par 1 000 jours-présence, par unité de soins et par période financière, tel que précisé dans le Cadre de référence. Cette mesure doit être idéalement calculée à partir des quantités réelles consommées en grammes (ou en millions d'unités internationales – UI) pour chaque molécule.

Cette mesure permettra notamment de faire une concordance avec les données concernant les résistances bactériennes observées localement ou de faire la corrélation avec l'apparition d'infections nosocomiales comme le *Clostridium Difficile*.

Le choix des antibiotiques à suivre doit tenir compte des problématiques relatives à l'usage de ces produits dans l'établissement. De l'avis d'experts consultés, le suivi de la consommation des antibiotiques suivants pourrait être une cible à prioriser s'ils sont inscrits au formulaire de l'établissement : l'imipénem/cilastatine, le méropénem, le doripénem, la ciprofloxacine, la lévofloxacine, la moxifloxacine, la pipéracilline/tazobactam et la ticarcilline/clavulanate de potassium.

Le calcul des DDD à l'aide du système d'information en pharmacie est une fonctionnalité qui devrait être disponible puisqu'elle fait partie des critères de normalisation des fournisseurs de système d'information élaborés et diffusés dans le cadre du projet SARDM en 2008. Elle permettra que le suivi quantitatif puisse être effectué de manière automatisée.

Réalisation d'activités de surveillance qualitative

Les établissements de santé pourront adopter différentes stratégies pour réaliser un suivi qualitatif de l'usage des antibiotiques et une évaluation des pratiques en antibiothérapie. Il peut s'agir de stratégies éducatives, facilitantes ou structurantes telles que décrites dans le Cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier. Le choix des stratégies doit être fait selon la réalité du milieu, notamment en fonction de la clientèle de l'établissement et de l'historique en matière d'infections nosocomiales.

N° dossier	Page
2011-021	3

Ces stratégies peuvent cibler en premier lieu une population particulière pour être ensuite étendues à d'autres clientèles. Par exemple, les établissements de santé offrant des services de chirurgie devraient réaliser des activités d'évaluation de l'usage de l'antibioprophylaxie chirurgicale afin d'intervenir, le cas échéant, sur des problèmes pouvant être rencontrés à ce chapitre comme un choix inapproprié de l'antibiotique ou une durée d'utilisation trop longue.

Les établissements sont invités à partager leur expérience entre eux et à solliciter l'expertise d'organisations ou de comités québécois spécialisés sur le sujet.

SUMI

Le MSSS s'attend à ce que les établissements de santé, plus particulièrement les CHSGS et les CSSS à mission hospitalière, fassent le nécessaire pour implanter un programme d'usage optimal des antibiotiques.

Le MSSS demande aux établissements de santé d'identifier dans les meilleurs délais l'entité interne qui sera responsable de mettre en place un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques afin que ce dernier soit fonctionnel le plus rapidement possible.

Le directeur général devra en informer le conseil d'administration de l'établissement, qui en informera l'agence de santé et de services sociaux de sa région, d'ici le 31 mars 2012. De plus, le plan d'action ainsi que le bilan annuel des activités au regard de la surveillance de l'usage des antibiotiques devront être déposés au conseil d'administration de l'établissement.

Le MSSS compte sur les agences de santé et de services sociaux pour promouvoir la présente démarche auprès de ses établissements ainsi que pour les soutenir dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action en regard d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissements de santé.

Le sous-ministre adjoint,

Original signé par

Denis LALUMIÈRE

N° dossier

Page

2011-021

4

ANNEXE 2 – CERDM Rapport sommaire des demandes d'expertise



CERDM - Rapport sommaire des demandes d'expertise

14 avril 2022

Ce rapport présente le bilan des demandes pour la période 2021-22, correspondant aux demandes reçues par le Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM) du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022. Il présente également l'historique des demandes reçues depuis le début du programme des services en expertise-conseil en retraitement des dispositifs médicaux (RDM) au Québec offert par le Centre provincial de référence en stérilisation (CPRS) depuis 2007 jusqu'à la création du CERDM à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le 1^{er} avril 2012. Ainsi, depuis cette date, toutes les demandes (incidents, accidents, et demandes d'expertise) sont transmises au CERDM. Ce bilan inclut le nombre de demandes et leur temps de traitement.

HISTORIQUE DU NOMBRE DE DEMANDES DES ÉTABLISSEMENTS DU RSSS ET DES MILIEUX HORS ÉTABLISSEMENT

Après avoir connu une progression continue du nombre de demandes au CERDM depuis 10 ans, le programme a connu pour la période 2021-22 une réduction du nombre de demandes (tableau 1) équivalant à celui observé pour les périodes 2017-18 (202 demandes) et 2018-19 (248 demandes). En effet, le CERDM a reçu 219 demandes au total pour la période 2021-22, ce qui représente une diminution de 39 % par rapport à la période précédente (358 demandes en 2020-21). Cette diminution du nombre des demandes s'explique entre autres par la réduction importante du nombre de demandes pour la COVID-19, qui sont passées de 191 demandes en 2020-21 à 18 en 2021-22. Cette diminution du nombre de demandes totales pourrait également s'expliquer par la réduction des activités de RDM due au délestage dans les établissements pour prioriser les activités de soins reliées à la COVID-19. Cette tendance a également été observée pour le nombre d'événements indésirables ayant fait l'objet d'une analyse détaillée RARDM.

En effet, le nombre de ces derniers rapportés en 2020-21 a été réduit de 40 % par comparaison à la période précédente 2019-20¹. Notons que le CERDM s'attend à une hausse des demandes pour les prochaines périodes, lorsque les activités chirurgicales auront repris avec pour cible de réduire les listes d'attente importantes en chirurgie. De plus, le CERDM prévoit une hausse des demandes du secteur privé, à la suite de la publication prochaine du guide de RDM pour les milieux hors établissement.

La majorité des demandes (95 %) concerne les demandes en expertise-conseil. Soulignons que 6 accidents ont fait l'objet d'une demande d'évaluation des risques au CERDM en 2021-22 (tableau 1), dont deux demandes provenant de Directions régionales de santé publique pour des centres de services personnels. Les milieux hors établissement ont adressé 7 demandes au CERDM.

Tableau 1 - Historique du nombre de demandes par année selon la catégorie des demandes et le type de dispositif médical pour les établissements et les milieux hors établissement

Catégorie des demandes/type de dispositif médical		Année administrative															
		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	Total
Accident	Nombre	2	7	3	1	8	3	10	9	9	7	7	12	8	2	6	94
	Appareil de retraitement	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	1	0	0	6
	Dispositif respiratoire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	DE Flexible	1	3	1	0	4	1	6	0	1	2	2	2	0	0	2	25
	Équipements	0	1	0	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	Fourniture	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
	Instrument médical	0	3	2	0	1	0	2	6	5	2	4	6	4	0	1	36
	Ensemble de DM	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3
	Sonde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	2	7
	MMUU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	5	

¹ Surveillance des incidents et accidents liés au retraitement des dispositifs médicaux au Québec : résultats 2020-2021

<https://www.inspq.qc.ca/retraitement-des-dispositifs-medicaux/surveillance/resultats-2020-2021>

Catégorie des demandes/type de dispositif médical		Année administrative															
		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	Total
Incident	Nombre	0	0	1	1	0	0	0	9	8	15	3	3	2	4	4	50
	Appareil de retraitement	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	1	0	0	1	0	11
	DE Flexible	0	0	0	1	0	0	0	2	1	2	1	0	1	0	0	8
	Équipements	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Instrument médical	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	0	1	0	2	0	11
	Fourniture	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Mécanique du bâtiment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	0	1	1	8
	Politiques et procédures	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Produit de retraitement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
	Système	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
	Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	4

Catégorie des demandes/type de dispositif médical		Année administrative															Total
		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	
Conseil / expertise	Nombre	0	0	0	2	2	31	49	108	159	162	192	233	321	352	209	1820
	Aménagement physique	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	16	16	28	16	17	109
	Appareil de retraitement	0	0	0	0	0	2	5	15	31	19	20	25	17	16	18	168
	COVID-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	191	18	253
	Dispositif électronique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	1	1	7
	Dispositif respiratoire et anesthésique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
	DE Flexible	0	0	0	1	0	8	20	18	29	19	19	26	43	19	10	212
	Équipements	0	0	0	0	1	1	4	2	6	1	0	0	0	0	0	15
	Fourniture	0	0	0	0	0	0	2	9	7	3	8	11	6	6	9	61
	Implant	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	1	2	0	1	9
	Instrument médical	0	0	0	0	0	10	9	50	55	21	26	14	31	14	15	245
	Ensemble de DM	0	0	0	1	1	2	5	3	1	1	5	2	6	1	4	32
	Mécanique du bâtiment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	12	7	26	20	15	88
	MMUU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	7	5	4	1	25
	Politiques et procédures	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	36	61	58	34	35	252
	Produit de retraitement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	7	10	9	5	8	43
Sonde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	6	18	13	11	8	79	
Système	0	0	0	0	0	0	1	1	9	1	0	0	0	0	0	12	
Autres	0	0	0	0	0	7	2	8	20	16	30	31	51	13	46	224	
TOTAL	Nombre	2	7	4	4	10	34	59	126	176	184	202	248	331	358	219	1964

Rappel des définitions dans le contexte du retraitement des dispositifs médicaux :

- Accident :
« Toute utilisation, à l'endroit d'un usager, d'un dispositif médical ayant fait l'objet d'une dérogation à une norme reconnue de retraitement d'un dispositif médical, une telle utilisation devant systématiquement être présumée comme pouvant entraîner une conséquence sur l'état de santé de l'usager ».
- Incident :
« Toute dérogation à une norme reconnue de retraitement d'un dispositif médical ayant été constatée après qu'il eût franchi les derniers contrôles de qualité préalables à son entreposage ou à sa mise en circulation pour utilisation, sans que le dispositif ait été utilisé à l'endroit d'un usager ».

1. DÉLAIS DE TRAITEMENT DEMANDES DES ÉTABLISSEMENTS DU RSSS ET POUR LES MILIEUX HORS ÉTABLISSEMENT

1.1 Méthode pour calculer les délais

Le délai correspond au nombre de jours calendrier entre la date d'entrée de la demande au CERDM et la date d'envoi de :

- La réponse finale du CERDM par courriel ou échanges téléphoniques pour les incidents et expertise-conseil;
- La réponse officielle (lettre avec ou sans rapport) transmise par la direction de l'INSPQ pour les accidents jusqu'en 2013-2014.

À partir de 2014-2015, la date initiale utilisée pour calculer le délai - pour les accidents - correspond à la date à laquelle le CERDM a obtenu toutes les informations nécessaires à l'évaluation du risque infectieux.

Le délai moyen global pour toutes les demandes (total demande - jours) est obtenu en faisant la moyenne des délais de toutes les demandes pour les trois catégories (accidents, incidents et expertise-conseil).

1.2 Historique des délais moyens de traitement depuis le début du programme

L'historique des délais moyens de traitement des demandes sont présentés pour les établissements du RSSS (tableau 2) et pour les milieux hors établissement (tableau 3). Pour la période 2021-22, les délais moyen, médian, minimum et maximum sont donnés pour les établissements du RSSS (tableau 4) et pour les milieux hors établissement (tableau 5).

Notons que deux demandes enregistrées en 2021-2022 sont exclues du calcul des délais, car elles sont toujours en cours de traitement (2 accidents : 2122-067 et 2122-134).

Pour la période 2021-22, le temps moyen de traitement des demandes d'expertise-conseil s'élève à 4 jours pour les établissements du RSSS et à 7 jours pour les milieux hors établissement. Tandis que celui relatif aux demandes d'évaluation du risque pour les accidents a un peu baissé (53 jours), par rapport à la période précédente (68 jours) pour les établissements du RSSS. Il s'élève à 84 jours pour les milieux hors établissement.

Le temps moyen de traitement des demandes d'évaluation du risque plus élevé reflète la complexité de ce type de demandes qui nécessite une démarche plus longue incluant une évaluation technique clinique, avec généralement une revue de littérature, une évaluation du risque en équipe multidisciplinaire et la production d'un avis du Comité d'experts CERDM.

Tableau 2 - Historique des délais moyens de traitement (jours) des demandes depuis le début du programme pour les établissements du RSSS

Année administrative															
Catégorie de la demande / Délai moyen (jours)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Accident (jours)	46	451	663	141	319	295	208	170	134	79	244	143	176	68	53
Incident (jours)	0	0	8	224	0	0	0	46	18	21	2	5	0	6	0
Conseil/Expertise (jours)	0	0	0	652	382	55	20	10	13	4	5	9	5	4	7
Total demandes (jours)	46	451	499	417	332	76	51	23	18	8	12	15	8	4	7
Total demande (nombre)	2	7	4	4	10	33	59	123	174	181	198	242	315	349	211

Tableau 3 - Historique des délais moyens de traitement (jours) des demandes depuis le début du programme pour les milieux hors établissement

Année administrative															
Catégorie de la demande / Délai (jours)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Accident (jours)	-	-	-	-	-	-	-	157	161	-	718	-	169	-	82
Incident (jours)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	45
Conseil/Expertise (jours)	-	-	-	-	-	61	-	5	-	5	2	0	12	7	4
Total demande (jours)	-	-	-	-	-	61	-	55	161	5	104	0	31	7	24
Total demande (nombre)	-	-	-	-	-	1	-	3	1	3	7	6	16	9	6

Tableau 4 - Délais pour les établissements du RSSS pour la période 2021-22

Délai (jours) Catégorie des demandes	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Accident (n = 3)	53	37	37	84
Conseil/Expertise (n = 205)	7	0	0	371
Incident (n = 3)	0	0	0	1
Total demandes (jours) (n = 211)	7	1	0	371

Tableau 5 - Délais pour les milieux hors établissement pour la période 2021-22

Délai (jours) Catégorie des demandes	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Accident (n = 1)	82	82	82	82
Conseil/Expertise (n = 4)	4	3	0	8
Incident (n = 1)	45	45	45	45
Total demandes (jours) (n = 6)	24	7	0	82

BILAN DES DEMANDES TRAITÉES POUR LES ÉTABLISSEMENTS ET LES MILIEUX HORS ÉTABLISSEMENT POUR LA PÉRIODE 2021-22 EN DATE DU 31 MARS 2022

Deux demandes d'évaluation de risques reliées à un accident de RDM sont toujours en cours (tableau 6). Il s'agit du dossier concernant le bris de retraitement des sondes endocavitaires dans un établissement du RSSS au Nunavik (2122-067), qui a été mis en suspens, car l'établissement n'a pas donné suite aux demandes d'informations du CERDM. Un signalement a été fait à la Direction de santé publique (DSPublique) du Nunavik. Le deuxième dossier concerne le bris de retraitement dans un centre de services personnels à la suite de la demande de la DSPublique de Montréal. La version préfinale du rapport d'évaluation des risques est en cours de révision au CERDM.

Tableau 6 - Bilan des demandes traitées pour les établissements et les milieux hors établissement pour la période 2021-22 en date du 31 mars 2022

Demandes reçues entre 1^{er} avril 2021 et 31 mars 2022	Nombre	Numéros de référence
Demandes reçues	219	2122-001 à 2122-219
Demandes en cours	2	2122-067 et 2122-134
Demandes terminées	217	
Demandes antérieures finalisées en 2021-2022	0	

**Santé
et Services sociaux**

Québec

