

POUR UNE PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS DE SANTÉ AU QUÉBEC



PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL 2015-2020 SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES



Le Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec est une production du ministère de la Santé et des Services sociaux. La Direction de la protection de la santé publique, rattachée à la Direction générale de la santé publique, en a coordonné la préparation.

Rédaction et coordination des travaux

Alejandra Irace-Cima, médecin-conseil,
Direction de la protection de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaborateurs

Ministère de la Santé et des Services sociaux :

Marc Beauchemin, analyste des procédés administratifs
et de l'informatique,
Direction de la logistique sociosanitaire

Dominique Bédard, conseillère en communication,
Direction des communications

Dominic Bélanger, pharmacien,
Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament

Daniel Bolduc, épidémiologiste,
Direction de la protection de la santé publique

Francis Dubois, conseiller en orientation et coordination
de la recherche et de l'innovation,
Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert
des connaissances

Céline Drolet, architecte, directrice par intérim,
Direction de l'expertise et de la normalisation

Michèle Dupont, médecin-conseil,
Direction de la protection de la santé publique

Danielle Fleury, directrice,
Direction des soins infirmiers

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

Claude Marcil, conseiller en retraitement des dispositifs
médicaux et en organisation clinique,
Direction de l'accès des technologies et de la biologie médicale,

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

Nadine Sicard, médecin-conseil,
Direction de la protection de la santé publique

Éric St-Gelais, agent de recherche et de planification
socioéconomique,
Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert
des connaissances

Madeleine Tremblay, coordonnatrice du dossier
des infections nosocomiales,
Direction de la protection de la santé publique

Bruno Turmel, médecin-conseil,
Direction de la protection de la santé publique

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux :

Alain Prémont, pharmacien

Institut national de santé publique du Québec :

Anne Fortin, chef, Unité scientifique surveillance, prévention
et contrôle des maladies infectieuses,
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Comité sur les infections nosocomiales du Québec et Comité
central de surveillance provinciale des infections nosocomiales,
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil,
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Révision linguistique

Yvette Gagnon

Montage visuel

Suzanne Francoeur

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/nosocomiales

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-73340-9 (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, 2015

Message du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique



Nos hôpitaux ont pour mission d'offrir des soins de qualité, dans un cadre sécuritaire qui favorise le mieux-être des patients, de même que leur rétablissement. Toutefois, les infections nosocomiales, qui affectent la qualité de vie des personnes et la sécurité des soins en milieu hospitalier, placent notre réseau devant un défi de taille que nous devons absolument relever. C'est pourquoi la lutte contre ces infections est une priorité pour notre ministère.

C'est dans cet esprit qu'a été instauré le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales de 2006, suivi par celui de 2010. Notre lutte s'est concrétisée par la mise en place de mesures structurées, fondées sur une approche concertée et coordonnée qui a fait ses preuves, comme le démontre le bilan des dernières années. Le présent plan d'action, qui s'inscrit dans la continuité des deux premiers, nous donne l'occasion de consolider ces nombreux acquis et de rendre l'ensemble des mesures proposées jusqu'à maintenant encore plus efficaces, à la lumière des progrès réalisés et des meilleures pratiques adoptées en cours de route.



Ce document innove également, notamment en priorisant des mesures permanentes qui permettront de mieux encadrer les efforts individuels afin d'en garantir l'efficacité. Ces moyens de lutter contre les infections nosocomiales incluent des mesures techniques et immobilières telles qu'un aménagement plus adéquat de l'espace occupé par les patients, par exemple. Le plan d'action propose de plus six grandes stratégies en lien avec l'adoption de pratiques exemplaires, dans le cadre de la Campagne québécoise des soins sécuritaires.

Nous le savons tous : le meilleur moyen de lutter contre les infections nosocomiales demeure la prévention et le contrôle de ces infections. C'est pourquoi le Plan d'action 2015-2020 doit susciter l'adhésion de l'ensemble des établissements et encourager la population à participer à cet effort collectif. Il se doit aussi de rallier les administrateurs, les gestionnaires ainsi que toutes les personnes qui interviennent pendant le parcours de soins, et ce, au bénéfice de l'ensemble de la population québécoise.

Merci à toutes et à tous !

Gaétan Barrette

Lucie Charlebois

Message du directeur national de santé publique



Au cours des dix dernières années, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales a connu des progrès considérables. L'engagement soutenu des instances nationales, régionales et locales a contribué à mieux organiser la lutte contre ces infections pour ainsi offrir à la population du Québec des soins sécuritaires et de qualité.

Bien que notre bilan des dernières années soit fort encourageant, avec des taux pour la plupart à la baisse, la lutte contre les infections nosocomiales exige une vigilance de tous les instants. Fort complexe, elle doit s'appuyer sur des objectifs opérationnels qui touchent tant les services cliniques que les services techniques et de soutien. À cet effet, vingt-deux actions seront déployées dans le cadre de la mise en œuvre du présent plan.

La prévention et le contrôle des éclosions a le plus souvent porté sur les mesures de protection individuelle dont l'efficacité est reconnue. Le temps est toutefois venu de diriger les projecteurs vers des actions structurantes, telles que l'amélioration des espaces physiques prônée dans l'approche de la hiérarchie des mesures afin d'assurer une véritable prévention primaire.

Aujourd'hui, le réseau de la santé continue de compter sur des professionnels compétents et dévoués : infirmières cliniciennes spécialisées en prévention et contrôle des infections, microbiologistes-infectiologues, épidémiologistes, personnel formé en hygiène et salubrité ou en retraitement des dispositifs médicaux, etc. Il peut aussi compter sur l'appui inestimable de divers comités d'experts dont l'expérience et la maturité acquises au fil des ans s'avèrent fort utiles. Grâce à leur travail en partenariat et en complémentarité, ces acteurs qualifiés réussissent à mieux protéger les patients hospitalisés, dont l'état de santé est déjà fragile.

Dans ce plan d'action, les différentes directions ministérielles et les partenaires participant à la lutte contre les infections nosocomiales se sont engagés à utiliser les meilleurs moyens à leur disposition. La prévention et contrôle des infections est aussi une pierre angulaire dans les solutions visant à contrer une autre menace importante du 21^e siècle, soit la résistance aux antimicrobiens. Cet enjeu fera d'ailleurs l'objet d'un futur plan d'action spécifique.

Plus que jamais, notre lutte s'inscrit comme un incontournable dans l'ensemble des soins et des services sécuritaires auxquels la population québécoise est en droit de s'attendre. La prévention et le contrôle des infections nosocomiales passent indéniablement par l'engagement et le travail d'équipe.

Merci d'y prendre part!

Horacio Arruda

Sommaire des cibles 2015-2020

CADRES DE RÉFÉRENCE

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

SURVEILLANCE

- ➔ Poursuivre, consolider et développer la surveillance des infections nosocomiales par l'intermédiaire d'un programme provincial structuré.
- ➔ Documenter périodiquement les facteurs pouvant expliquer les variations de l'incidence des infections nosocomiales.

LUTTE À L'ANTIBIORÉSISTANCE

- ➔ Implanter les mesures concernant les infections nosocomiales que propose le plan d'action ministériel 2015-2020 portant sur la lutte contre la résistance aux antibiotiques.
- ➔ Développer la surveillance de l'usage des antibiotiques dans les établissements de soins de courte durée.

DÉVELOPPEMENT INFORMATIONNEL

- ➔ 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

- ➔ 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.
- ➔ Promouvoir l'adhésion de tous les établissements de santé à la campagne québécoise sur les soins sécuritaires.
- ➔ 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.
- ➔ Uniformiser et mettre à niveau les pratiques techniques, cliniques et de gestion de retraitement des dispositifs médicaux.
- ➔ Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique.

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

- ➔ Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement.
- ➔ Poursuivre et consolider le suivi de l'assurance qualité en matière d'hygiène et de salubrité.
- ➔ Allouer des ressources suffisantes en hygiène et salubrité afin d'assurer des services sécuritaires au regard de la prévention et contrôle des infections.

IMMOBILIER

- ➔ Maintenir à jour et développer le Répertoire des guides de planification immobilière.
- ➔ Poursuivre le plan d'action visant l'élimination des chambres à plus de deux lits comportant une salle de toilette partagée.

RÉSEAU D'EXPERTISE ET CAPACITÉ DE RÉPONSE

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

COMMUNICATION

- ➔ Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication qui favorisera la mobilisation des acteurs et des patients.

ÉVALUATION ET RECHERCHE

- ➔ Évaluer les mesures de prévention et contrôle des infections nosocomiales en tenant compte du mode d'organisation, du fardeau de la maladie ainsi que de leurs impacts cliniques et épidémiologiques.



Table des matières

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE	3
Les infections nosocomiales.....	5
La prévention des infections nosocomiales : un retour assuré sur l'investissement.....	5
La hiérarchie des mesures : une approche intelligente pour régler des problématiques complexes.....	6
La surveillance : collecter l'information pour mieux intervenir.....	7
Des résultats épidémiologiques encourageants.....	8
DEUXIÈME PARTIE	13
Au premier plan : les cibles.....	15
Cadres de référence	16
➤ Cible 1.....	17
La surveillance	18
➤ Cible 2.....	19
➤ Cible 3.....	20
Lutte contre l'antibiorésistance	21
➤ Cible 4.....	22
➤ Cible 5.....	23
Développement informationnel	24
➤ Cible 6.....	25
Pratiques exemplaires	26
➤ Cible 7.....	27
➤ Cible 8.....	28
➤ Cible 9.....	29
➤ Cible 10.....	30
➤ Cible 11.....	31
Hygiène et salubrité	32
➤ Cible 12.....	33
➤ Cible 13.....	34
➤ Cible 14.....	35
Immobilier	36
➤ Cible 15.....	37
➤ Cible 16.....	38
Réseau d'expertise et capacité de réponse	39
➤ Cible 17.....	40
➤ Cible 18.....	41
➤ Cible 19.....	42
➤ Cible 20.....	43
Communication	44
➤ Cible 21.....	45
Évaluation et recherche	46
➤ Cible 22.....	47
Bilan des activités prévues dans le plan d'action 2010-2015	48
➤ Bilan du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015.....	49



Liste des tableaux

Tableau 1 : Évolution du nombre et du taux d'incidence des bactériémies panhospitalières d'origine nosocomiale, Québec, de 2010-2011 à 2013-2014	8
Tableau 2 : Évolution du nombre de cas, du taux d'incidence et de la proportion de la résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à <i>Staphylococcus aureus</i> , Québec, de 2010-2011 à 2013-2014	9
Tableau 3 : Évolution du nombre et du taux d'incidence des bactériémies sur cathéters centraux d'origine nosocomiale dans les unités de soins intensifs, Québec, de 2010-2011 à 2013-2014	10
Tableau 4 : Évolution du nombre et du taux d'incidence des bactériémies nosocomiales associées aux accès vasculaires en hémodialyse, Québec, de 2010-2011 à 2013-2014	10
Tableau 5 : Évolution du nombre et du taux d'incidence des infections nosocomiales et des colonisations à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), Québec, de 2011-2012 à 2013-2014	11
Tableau 6 : Évolution du taux d'incidence des diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i> de 2010-2011 à 2013-2014.....	12



Liste des sigles et des acronymes

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline



Introduction

Le plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales couvrant la période 2015-2020 comprend un ensemble de cibles et d'actions prioritaires soigneusement choisies.

Conçu par les directions ministérielles en collaboration avec d'autres instances qui jouent un rôle prépondérant dans la lutte contre les infections nosocomiales, ce plan d'action est avant tout un outil de gestion et de soutien s'adressant aux acteurs des différents niveaux du réseau de la santé. Il est aussi un moyen efficace dont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dispose pour faire connaître sa vision et ses objectifs dans cette lutte afin d'influencer les acteurs, de maximiser la concertation et d'augmenter l'efficacité des actions prévues.

Le plan d'action ministériel sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales a fait l'objet de multiples consultations auprès des principaux partenaires du réseau. Chacune des directions responsables des actions a reçu l'appui des partenaires liés à la lutte contre ces infections au Québec, notamment le Comité sur les infections nosocomiales du Québec, la Table nationale de prévention des infections nosocomiales, la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, la Table de coordination nationale en santé publique ainsi que les présidents des tables régionales en prévention des infections nosocomiales.

Les nombreuses crises nationales ou internationales survenues depuis l'écllosion provinciale de *Clostridium difficile* en 2004, notamment le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, la pandémie de grippe A H1N1 et l'épidémie de maladie à virus Ébola, nous rappellent l'importance d'être préparés pour faire face à toute situation infectieuse nouvelle ou inattendue. À cette fin s'impose, comme le prône l'approche de la hiérarchie des mesures, la mise en place de mesures d'ingénierie et immobilières, auxquelles s'ajoutent des mesures administratives et organisationnelles ainsi que des mesures de protection individuelle. L'équilibre entre ces mesures améliore l'implantation et la pérennité des actions tout en illustrant l'engagement et la culture de l'organisation au regard de la prévention et du contrôle des infections.

Le présent document comprend trois parties. La première porte sur les faits saillants et la deuxième, sur les cibles ainsi que les actions regroupées en dix grandes catégories : les cadres de référence; la surveillance; la lutte contre l'antibiorésistance; le développement informationnel; les pratiques exemplaires; l'hygiène et la salubrité; l'immobilier; le réseau d'expertise et la capacité de réponse; la communication; l'évaluation et la recherche.

Le bilan du plan d'action 2010-2015 constitue la troisième et dernière partie. Le Ministère présente avec fierté ce bilan des activités menées au cours des cinq dernières années, et avec la certitude profonde d'avoir exercé un leadership positif auprès des partenaires et des intervenants engagés avec lui dans la lutte contre les infections nosocomiales. Le Ministère est persuadé que, comme celles des plans d'action précédents, les cibles seront atteintes, grâce à la collaboration de tous ceux qui mènent cette lutte dans le but d'offrir à la population du Québec les soins sécuritaires auxquels elle s'attend.



Première partie



Les infections nosocomiales

Les infections nosocomiales constituent un problème de santé qui affecte la qualité de vie des patients et la sécurité des soins. Elles ont toujours été présentes à l'hôpital. Par contre, les caractéristiques des patients que l'on y soigne et aussi le type de soins prodigués ont changé. En effet, un nombre croissant de personnes très malades, très âgées ou ayant un système immunitaire affaibli sont admises à l'hôpital pour recevoir des soins de plus en plus invasifs, augmentant ainsi le risque d'infection.

Les infections nosocomiales augmentent la morbidité chez des patients à qui elles occasionnent des souffrances importantes. Elles s'avèrent l'une des principales causes de décès des patients hospitalisés (Organisation mondiale de la Santé, 2002).

Si la mesure précise du nombre de décès directement dus à une infection nosocomiale reste un exercice délicat, en raison de l'état des patients qui entrent à l'hôpital souvent avec une pathologie grave ou dans un état de santé fragile, plusieurs études récentes placent ces infections au rang des dix principales causes de décès.

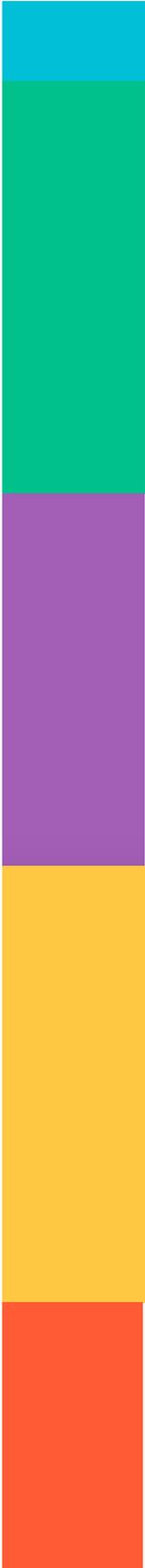
La prévention des infections nosocomiales : un retour assuré sur l'investissement

De nombreuses études démontrent l'impact négatif des infections nosocomiales sur l'accessibilité aux soins par la survenue de complications, l'augmentation de la durée du séjour et la réadmission. Par exemple, en tenant compte de cette dernière, l'excès du temps d'hospitalisation associé à une infection du site opératoire était de douze jours.

Le coût économique des infections nosocomiales est considérable. En effet, selon une étude menée par l'Institut canadien pour la sécurité des soins¹, le coût d'une infection contractée à l'hôpital se situait entre 2 027 \$ US et 12 197 \$ US (soit entre 2 265 \$ CA et 22 400 \$ CA). Le coût médian d'une infection du site opératoire orthopédique était de 17 708 \$ US (ou 31 727 \$ CA), tandis que les bactériémies entraînaient des coûts se situant entre 1 814 € et 16 706 € (soit entre 3 268 \$ CA et 29 950 \$ CA).

En utilisant ces chiffres pour le Québec, les 97 bactériémies déclarées pendant l'année financière 2013-2014 auraient coûté au moins 317 000 \$ CA, jusqu'à un maximum de 2 905 150 \$ CA. Durant cette même année, on a observé une diminution de 34 % du nombre de bactériémies comparativement à l'année précédente (97 vs 147). Sur le plan des coûts,

1. Edward ETCHELLS et coll., *L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée : Rapport technique*, [Edmonton (Alberta)], Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012, II, 69 p.



cette baisse du nombre d'infections pourrait représenter une diminution se situant entre 163 400 \$ CA et 1 497 500 \$ CA pour ce seul type d'infection.

Des données récemment publiées aux États-Unis² font état des coûts et des bénéfices liés à un programme de prévention des bactériémies associées aux cathéters centraux chez les patients admis aux soins intensifs entre 1990 et 2008. Pour cette période, les auteurs estiment le bénéfice net à une somme qui se situe entre 640 000 \$ US et 1,8 milliard \$ US, pour un montant par cas allant de 15 780 \$ US à 24 391 \$ US. De plus, chaque dollar investi en prévention peut entraîner des économies de 3,88 \$ US à 23,85 \$ US, ce qui montre le potentiel de la prévention pour faire épargner de l'argent et diminuer les coûts associés aux infections nosocomiales.

Dans un contexte de prudence financière, les efforts déployés afin d'assurer la sécurité des soins et l'utilisation judicieuse des ressources en santé demeurent une priorité pour les gouvernements, les administrateurs et les professionnels de la santé.

Au-delà du surcoût financier que représentent les infections nosocomiales et des montants épargnés lorsque l'incidence de ces infections baisse, il y a le patient et ses proches qui s'attendent à des soins sécuritaires et, surtout, sans préjudice pour la santé.

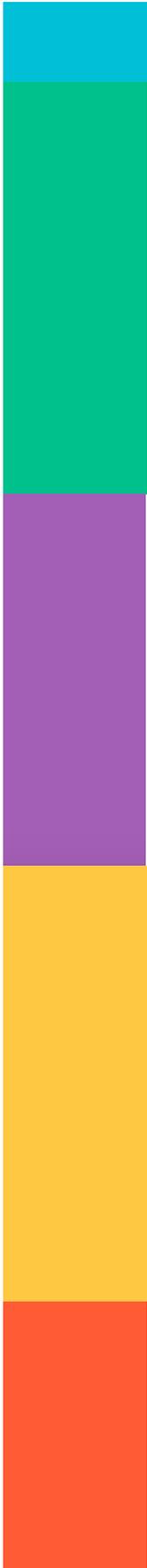
Les patients comptent sur les intervenants de la santé ainsi que sur les autorités locales et nationales pour recevoir des soins sécuritaires qui répondent à leurs besoins.

La hiérarchie des mesures : une approche intelligente pour régler des problématiques complexes

Depuis la crise du *Clostridium difficile*, beaucoup d'énergie a été investie dans la lutte contre les infections nosocomiales en mettant l'emphase sur les mesures de protection personnelle. Si leur efficacité est sans contredit reconnue lorsqu'il s'agit de contrôler les éclosions dans les milieux de soins, leur application optimale en tout temps reste cependant un défi de taille. C'est pourquoi il s'avère nécessaire d'instaurer des mesures permanentes, lesquelles permettront de maximiser les efforts des intervenants.

La hiérarchie des mesures est une approche reconnue par de nombreuses instances internationales et nationales, dont l'Agence de la santé publique du Canada, pour la prévention et le contrôle des infections. Elle comprend trois niveaux de mesures, classées selon leur importance et leur efficacité.

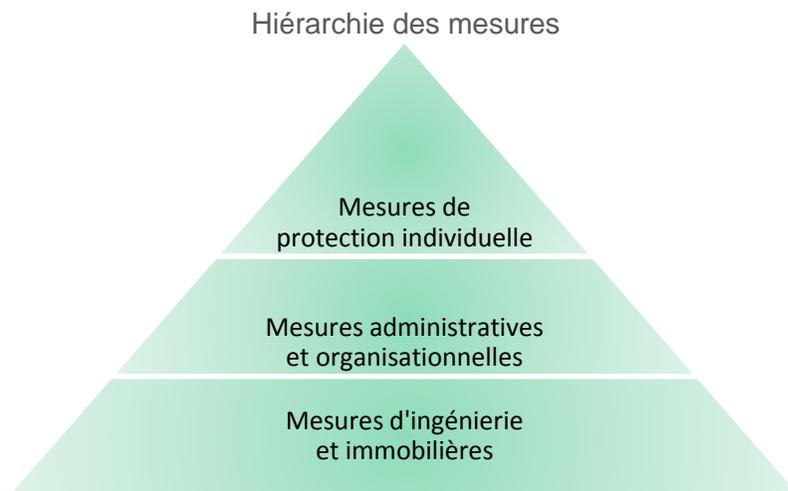
2. R. Douglas SCOTT II et autres, « CDC Central-line bloodstream infection prevention efforts produced net benefits of at least \$ 640 million during 1990-2008 », *Health Affairs*, vol. 33, n° 6, juin 2014, p. 1040-1047.



Le premier niveau inclut les mesures permanentes dont l'efficacité est indépendante des comportements individuels du personnel. Ce sont les mesures d'ingénierie et immobilières comme la configuration des chambres, les installations sanitaires, la ventilation, etc.

Le deuxième niveau regroupe les mesures administratives et organisationnelles, c'est-à-dire les politiques et les procédures encadrant les mesures à adopter par le personnel, les patients et les visiteurs. Leur application est facilitée par les mesures du premier niveau.

Le troisième niveau comprend les mesures de protection personnelle. Leur application peut être influencée par la perception du risque et le niveau de connaissances mais, ultimement, elle est tributaire de la volonté des personnes visées de s'y conformer.



Source : Modèle inspiré d'une présentation faite par l'Institut national de santé publique du Québec, aux 34^{es} Journées scientifiques de l'Association des infirmières en prévention des infections, le 16 mai 2012.

Le présent plan d'action intègre de façon nette la hiérarchie des mesures. En effet, des cibles et des actions sont fixées pour chacun des niveaux de cette approche afin de permettre au réseau de la santé québécois de continuer à faire des gains sur le plan de la prévention.

La surveillance : collecter l'information pour mieux intervenir

La surveillance provinciale des infections nosocomiales permet de dresser un portrait des infections acquises dans les différents milieux de soins. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a le mandat d'analyser les données transmises par les établissements de santé ainsi que de produire et de rendre publics des rapports périodiques, lesquels ont servi d'assise à la présente section.

En plus d'offrir un soutien aux établissements de santé du Québec, le programme de surveillance leur propose des outils et des définitions communs qui leur permettent de se comparer soit à eux-mêmes, soit aux autres établissements de la même catégorie.

Bien que plusieurs facteurs puissent jouer un rôle dans la transmission des infections, la surveillance permet de déceler, dans un centre hospitalier, les problèmes liés à l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle recommandées, puis d'aider ce centre à apporter les correctifs nécessaires.

Le programme provincial compte actuellement sept volets : la surveillance des bactériémies panhospitalières, des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse, des bactériémies sur cathéters centraux dans les unités de soins intensifs et des bactériémies à *Staphylococcus aureus*, à laquelle s'ajoutent la surveillance continue des infections à entérocoque résistant à la vancomycine et des diarrhées associées à *Clostridium difficile*. Depuis peu, la surveillance des bactéries à Gram négatif productrices de carbapénémases est venue compléter le programme provincial.

Des résultats épidémiologiques encourageants

Bactériémies panhospitalières

Les bactériémies figurent parmi les infections nosocomiales les plus morbides et les plus mortelles à se produire dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. Elles représentent de 10 à 15 % de toutes les infections nosocomiales.

La surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières a été implantée sur une base volontaire, en 2007, dans les centres de soins aigus enregistrant plus de mille admissions par année avant d'y devenir obligatoire en septembre 2013.

Tableau 1 : Évolution du nombre et du taux d'incidence des bactériémies panhospitalières d'origine nosocomiale, Québec, de 2010-2011 à 2013-2014

	2010-2011*	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Installations participantes (n)	58	60	64	77
Bactériémies (n)	2 517	2 416	2 797	2 689
Taux d'incidence (%)	6,5	6,1	6,1	5,7

*Changement de la définition de *bactériémie primaire* en tenant compte de celle du National Healthcare Safety Network.

Source : Données de surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales panhospitalières, INSPQ, 16 décembre 2014.

Malgré le nombre relativement élevé de bactériémies panhospitalières observées en 2013-2014, on remarque une diminution du taux d'incidence par rapport aux années précédentes (voir le tableau 1).

Il faut ajouter que les bactériémies secondaires à une infection urinaire s'avèrent aussi fréquentes que celles qui sont associées à un cathéter vasculaire, donnée qui montre la pertinence d'implanter les ensembles de pratiques exemplaires se rapportant aux infections urinaires.

Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

Les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), notamment les bactériémies à SARM, ont des répercussions importantes sur le plan clinique. En effet, selon les données de la surveillance canadienne colligées de 2008 à 2010, un peu moins du tiers (28,4 %) des patients ayant une bactériémie à SARM devront être admis aux soins intensifs et un peu moins du quart décédera dans les trente jours suivant la première hémoculture positive³.

Tableau 2 : Évolution du nombre de cas, du taux d'incidence et de la proportion de la résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à *Staphylococcus aureus*, Québec, de 2010-2011 à 2013-2014

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Installations participantes (n)	87	88	88	88
Bactériémies nosocomiales à SARM (n)	168	144	147	97
Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (par 10 000 jours-présence)	0,34	0,29	0,29	0,20
Proportion de la résistance à la méthicilline pour les bactériémies nosocomiales à <i>Staphylococcus aureus</i>	22,9	21,8	19,9	16,8

Source : Données de surveillance provinciale des bactériémies à *Staphylococcus aureus*, INSPQ, 17 décembre 2014.

Depuis 2010, on observe une diminution du nombre de bactériémies nosocomiales à SARM, laquelle est surtout attribuable aux installations universitaires de plus de 250 lits (voir le tableau 2).

Le taux de ces infections établi pour les centres hospitaliers de l'État de New York, en 2013, était de 0,66 par 10 000 jours-présence⁴.

Les cathéters centraux demeurent le site infectieux le plus souvent à l'origine des bactériémies nosocomiales à SARM.

Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs

L'utilisation de cathéters centraux représente l'origine la plus fréquente des bactériémies nosocomiales et l'unité des soins intensifs est le plus souvent mise en cause.

3. G.R. GOLDING et autres, *Characterization of MRSA Bacteremia and Variables Associated with Mortality Identified by the Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program, 2008-2010*, diaporama présenté à la CHICA 2013 National Education Conference, le 2 juin 2013, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2013, 14 diapositives.

4. New York State Department of Health, *Hospital acquired infections, New York state 2013*, Albany, NY, 2014.

Il s'agit de l'une des infections nosocomiales ayant un fort potentiel de réduction (de 40 à 50 %) par l'application, entre autres, des ensembles de pratiques exemplaires, ainsi qu'on le mentionne dans la campagne québécoise sur les soins sécuritaires.

La surveillance de ce type d'infections a été rendue obligatoire en 2007.

Tableau 3 : Évolution du nombre et du taux d'incidence des bactériémies sur cathéters centraux d'origine nosocomiale dans les unités de soins intensifs, Québec, de 2010-2011 à 2013-2014

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
USI participantes (<i>n</i>)	64	64	67	70
Bactériémies (<i>n</i>)	194	203	201	165
Taux d'incidence provincial (%)	1,6	1,6	1,6	1,2
Létalité (%) à 30 jours	16	15	23	16

Source : Données de surveillance provinciale des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs, INSPQ, 16 décembre 2014.

Le taux d'incidence des bactériémies sur cathéters centraux a diminué en 2013-2014 par rapport aux années précédentes (voir le tableau 3).

Bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse

La surveillance des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse a commencé en avril 2007, avec la participation volontaire des centres hospitaliers. Depuis le mois d'avril 2011, elle est obligatoire pour l'ensemble des unités de dialyse.

Ces infections demeurent morbides puisqu'elles ont forcé l'hospitalisation, dans plus de la moitié des cas, de patients pourtant ambulatoires. Selon les données québécoises de 2013-2014, ces bactériémies ont été mortelles dans les trente jours suivant le diagnostic pour 11 % des patients infectés.

Tableau 4 : Évolution du nombre et du taux d'incidence des bactériémies nosocomiales associées aux accès vasculaires en hémodialyse, Québec, de 2010-2011 à 2013-2014

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Unités d'hémodialyse participantes	30	42	42	44
Patients suivis (<i>n</i>)	3 337	3 871	3 977	4 221
Bactériémies (<i>n</i>)	191	216	218	157
Taux d'incidence des bactériémies	0,44	0,43	0,42	0,29
Taux d'incidence – fistule artérioveineuse	0,1	0,2	0,2	0,1
Taux d'incidence – fistule synthétique	0,2	0,1	0,3	0,3
Taux d'incidence – cathéter permanent	0,6	0,6	0,6	0,4
Taux d'incidence – cathéter temporaire	5,0	6,0	5,1	6,9

Source : Données de surveillance provinciale des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse, INSPQ, 16 décembre 2014.

Les données du tableau 4 illustrent le risque accru de bactériémie parmi les patients dialysés par accès veineux autre qu'une fistule artérioveineuse. Près de neuf bactériémies sur dix se déclarent chez des patients ayant un cathéter comme voie d'accès pour la dialyse.

Au Québec, la proportion des patients bénéficiant d'une fistule artérioveineuse est significativement moindre qu'aux États-Unis; par ailleurs, elle varie entre les différentes unités de dialyse. Voilà qui appuie la décision d'implanter les ensembles de pratiques exemplaires permettant de réduire les infections de ce type.

Infections à entérocoque résistant à la vancomycine

Depuis septembre 2011, la surveillance des infections à entérocoque résistant à la vancomycine est obligatoire dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés enregistrant plus de mille admissions par année. Elle permet de connaître le taux d'incidence de telles infections et le taux des colonisations nosocomiales à ces entérocoques.

Tableau 5 : Évolution du nombre et du taux d'incidence des infections nosocomiales et des colonisations à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), Québec, de 2011-2012 à 2013-2014

	2011-2012*	2012-2013	2013-2014
Installations participantes (n)	89	89	89
Infections nosocomiales à ERV (n)	30	41	99
Taux d'incidence des infections à ERV	0,11	0,08	0,20
Colonisations nosocomiales à ERV (n)	1 958	4 145	5 378
Taux d'acquisition	6,9	8,26	10,87

* Données partielles car la surveillance a débuté le 11 septembre 2011.

Source : Données de surveillance provinciale des ERV, INSPQ, 17 décembre 2014.

Le taux d'incidence des infections à entérocoque résistant à la vancomycine demeure faible (voir le tableau 5), mais la morbidité qui leur est liée reste élevée, ce qui justifie la mise en place des mesures de prévention permettant de limiter la transmission de ces entérocoques dans les centres hospitaliers.

Diarrhées associées à *Clostridium difficile*

La surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* est obligatoire depuis 2004 dans les centres hospitaliers de soins de courte durée.

Les taux d'incidence diffèrent selon le type d'établissement (universitaire ou non), le nombre de lits et les caractéristiques des patients admis (par exemple, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans).

Tableau 6 : Évolution du taux d'incidence des diarrhées associées à *Clostridium difficile*, de 2010-2011 à 2013-2014

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Installations participantes	95	95	95	95
Diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i> nosocomiale* (n)	3 635	3 778	3 796	3 663
Taux d'incidence par 10 000 jours-présence	7,0	7,3	7,3	7,2

* Liée à une hospitalisation actuelle ou récente dans une installation déclarant.

Source : Données de surveillance provinciale des diarrhées associées à *Clostridium difficile*, INSPQ, 17 décembre 2014.

Le taux d'incidence provincial des diarrhées associées à *Clostridium difficile* reste stable depuis plusieurs années (voir le tableau 6). Quant aux complications associées aux diarrhées associées à *Clostridium difficile* sont restées assez stables au cours des dernières années, avec une proportion de décès dans les trente jours suivant le diagnostic qui varie de 14,0 à 17,3 %.

Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases

Les carbapénèmes (doripénème, ertapénème, imipénème et méropénème) occupent une place importante dans le traitement des infections causées par des bacilles à Gram négatif et, par conséquent, l'émergence, de même que la propagation, de la résistance à cette classe d'antibiotiques constitue une menace pour la santé publique.

En effet, la résistance aux carbapénèmes réduit l'arsenal thérapeutique et laisse souvent, comme seul choix, de vieux antibiotiques dont l'utilisation a été abandonnée depuis longtemps, entre autres à cause de leur toxicité. De plus, selon les études, la mortalité attribuable à une infection par un bacille à Gram négatif producteur de carbapénémase varie entre 20 et 48 %.

Au Québec, la surveillance de laboratoire des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémases a été mise en place par le Laboratoire de santé publique du Québec en 2010. Aux fins de cette surveillance passive, les laboratoires hospitaliers lui envoient des souches présentant un profil de résistance inhabituel à l'imipénème, à l'ertapénème ou au méropénème. La surveillance a permis de détecter des souches des types KPC, NDM-1, OXA-48, SME et NMC. Des souches d'*Acinetobacter baumannii* porteuses du gène OXA-23, lequel leur confère une résistance aux carbapénèmes, ont aussi été détectées au Québec.

En 2014, on a ajouté à cette surveillance un volet visant à documenter les aspects cliniques des infections ou du portage asymptomatique (colonisation) associés aux bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases. Cela permettra de mieux caractériser l'épidémiologie de ces microorganismes, de comprendre les modes d'acquisition des souches résistantes, de connaître les facteurs de risque au regard de l'infection et d'éviter la dissémination de ces bacilles dans les établissements de soins au Québec.



Deuxième partie



Au premier plan : les cibles

Regroupées par thèmes, les cibles et les actions retenues correspondent aux besoins recensés et aux éléments à prendre en compte pour maximiser le rendement, tant sur le plan financier que humain et pour consolider les bases en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Il s'agit d'aller vers un équilibre entre les mesures d'ingénierie et immobilières, les mesures administratives et organisationnelles ainsi que les mesures de protection individuelle.

Les efforts déployés pour assurer tant la sécurité des soins que l'utilisation judicieuse des ressources humaines et matérielles demeurent une priorité pour les autorités du domaine de la santé.



Cadres de référence

C'est dans un contexte de changements législatifs et organisationnels importants que le Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales voit le jour.

L'abolition des agences de la santé et des services sociaux, la création des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ainsi que les changements législatifs annoncés, qui toucheront notamment la Loi sur la santé publique et la Loi sur les services de santé et les services sociaux, nous amènent à prévoir la révision des cadres de référence.

Ces travaux devront être complétés rapidement façon à répondre aux besoins des intervenants, à tous les niveaux du système de santé, et à leur permettre de poursuivre, de façon efficiente et coordonnée, la lutte contre les infections nosocomiales.

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.

Actions :

1. Diffuser les nouveaux cadres auprès des partenaires concernés par le plan d'action.
2. Soutenir l'appropriation et l'opérationnalisation des nouveaux cadres de référence dans les différents établissements de santé (centres intégrés de santé et de services sociaux, centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et autres établissements visés).

Responsables :

Direction générale de la santé publique, en collaboration avec la Table nationale de prévention des infections nosocomiales, le Comité de gestion du réseau, la Table de coordination nationale de santé publique, la Direction des communications et la Direction des soins infirmiers

Échéancier :

Tableau-synthèse préliminaire : 2016

Document intégral : 2017



La surveillance

La surveillance constitue la pierre angulaire de tout programme de prévention des infections nosocomiales. Elle permet de suivre de façon systématique les tendances et de détecter les phénomènes émergents. Outre le calcul des taux d'incidence, la surveillance inclut l'analyse des souches et le profil de résistance des agents pathogènes responsables des infections nosocomiales.

Les données de surveillance sont essentielles à la planification et à l'organisation des services. Elles permettent aux établissements de santé d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention mises en place et d'apporter les correctifs nécessaires, le cas échéant.

Au Québec, la surveillance s'est développée sur des bases scientifiques solides qui permettent la comparaison entre établissements et avec d'autres réseaux en Amérique du Nord. La participation active des établissements de santé assure la pérennité de cette surveillance.

Par ailleurs, les données de surveillance s'avèrent utiles aux directions de santé publique dans l'exercice de leur fonction de vigie. La protection de la santé publique, définie par la Loi sur la santé publique, requiert des données afin d'évaluer rapidement la situation et de détecter précocement toute menace, réelle ou appréhendée, à la santé de la population. Concrètement, la vigie sanitaire vise l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

Le plan d'action 2015-2020 vise à consolider la surveillance par la mise en place d'actions structurantes, au niveau provincial, tout en lui laissant la souplesse nécessaire pour s'adapter aux changements internationaux des définitions et aux phénomènes émergents.

Cible 2

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

Actions :

1. 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 :
 - a) en l'évaluant, tous les trois ans, en fonction de ces critères;
 - 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.
2. Établir les balises permettant de déterminer les modalités de la surveillance (continue, périodique, etc.) à privilégier, puis développer la méthodologie appropriée et les outils.
3. Maintenir à jour, à l'infocentre, les indicateurs de la surveillance provinciale des infections nosocomiales pour les utilisateurs.
4. Définir et mettre en place les mécanismes d'assurance qualité des données, et des analyses de vigie et de surveillance des infections nosocomiales.

Responsables :

Institut national de santé publique du Québec et Direction générale de la santé publique

Échéancier :

Actions 1, 2 et 4 : 2017
Action 3 : en continu

Cible 3

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

Actions :

1. Mener des études sur les facteurs associés aux établissements et aux agents pathogènes.
2. Consolider la surveillance des souches pour mieux comprendre les phénomènes cliniques ou épidémiologiques d'importance.
3. 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.
4. 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.

Responsables :

Actions 1 et 2 : Institut national de santé publique du Québec, Laboratoire de santé publique du Québec, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire ainsi que Direction générale de la santé publique

Actions 3 et 4 : Institut national de santé publique du Québec ainsi que Direction de l'expertise et de la normalisation, en collaboration avec la Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances

Échéancier :

Actions 1 et 2 : en continu
Action 3 : 2016
Action 4 : 2018



Lutte contre l'antibiorésistance

La résistance aux antibiotiques représente une importante menace pour la santé publique à l'échelle mondiale.

Le Québec a fait une priorité de la lutte contre l'antibiorésistance en se dotant d'un plan action ministériel, lequel couvre la période 2015-2020.

La gravité de la menace justifie la mise en place de mesures cohérentes, exigeant la concertation entre les différents acteurs. En tant que responsables de la prestation des soins, le ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements ainsi que les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle clé dans la lutte contre l'antibiorésistance.

Cible 4

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

Actions :

1. 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.
2. 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.

Responsables :

Direction générale de la santé publique ainsi que Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, en collaboration avec le Comité ministériel sur les infections nosocomiales et la Table nationale de prévention des infections nosocomiales

Échéancier :

- Action 1 : 2015
Action 2 : en continu

Cible 5

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

Actions :

1. 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 ».
2. Élaborer un indicateur provincial pour le suivi de la circulaire ministérielle 0-21.
3. Évaluer la faisabilité quant au recours à un ratio de pharmaciens pour soutenir l'antibiogouvernance.
4. 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.
5. 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.

Responsables :

Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, Direction générale des technologies de l'information et Direction générale de la santé publique

Échéancier :

Actions 1, 2 et 3 : 2016

Actions 4 et 5 : en continu



Développement informationnel

L'informatisation de la surveillance des infections nosocomiales, de la gestion des éclosions et de l'utilisation des antibiotiques est incontournable. Elle permet en effet d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles ainsi que d'économiser annuellement des sommes importantes.

Ce développement informationnel gagnerait à être encadré afin qu'il se fasse de façon cohérente et réponde aux attentes ministérielles en la matière. Notamment, le MSSS envisage des économies d'échelle dans la préparation des appels d'offres et des spécifications techniques.

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.

Actions :

1. 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.
2. Améliorer la coordination et l'intégration du réseau informationnel en concevant un cadre normatif et un modèle d'appel d'offres.

Responsables :

Direction générale des technologies de l'information et Direction générale de la santé publique

Échéancier :

Action 1 : 2016

Action 2 : 2017



Pratiques exemplaires

Au cours des dernières années, le Québec a fait des progrès remarquables en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Malgré les efforts déployés, le nombre d'infections et d'éclotions demeure élevé. Il existe des moyens cliniques et administratifs pour combattre efficacement ces infections.

Le développement de l'expertise, le maintien des connaissances, la publication de lignes directrices et les activités de transfert des connaissances qui les accompagnent constituent autant de moyens de soutenir les intervenants qui agissent sur le terrain, auprès des patients et de leurs familles.

Récemment, la campagne québécoise sur les soins sécuritaires proposait six ensembles de pratiques exemplaires, dont quatre étaient tirés de la campagne canadienne menée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Ces pratiques permettent de diminuer les infections nosocomiales et d'orienter les décideurs quant aux choix les plus judicieux à faire pour offrir des soins davantage sécuritaires aux patients. Nous avons donc tout intérêt à promouvoir des standards élevés lorsqu'il s'agit des pratiques cliniques.

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.

Action :

1. 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.

Responsables :

Direction générale de la santé publique et Direction générale du personnel réseau et ministériel

Échéancier :

2017

Cible 8

Promouvoir l'adhésion de tous les établissements de santé à la campagne québécoise sur les soins sécuritaires⁵.

Actions :

1. Identifier les mesures de la campagne à privilégier par chaque établissement en fonction des caractéristiques de ses usagers et de ses processus de soins.
2. 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.
3. 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 %.
4. Assurer une veille scientifique au regard des ensembles de pratiques exemplaires dont l'efficacité à prévenir les infections nosocomiales est reconnue.

Responsables :

- Action 1 : Établissements
Action 2 : Direction des communications, Direction générale de la santé publique et Institut national de santé publique du Québec
Action 3 : Direction générale de la santé publique
Action 4 : Institut national de santé publique du Québec

Échéancier :

2017, sauf pour l'action 4 qui est en continu

5. La campagne comprend six ensembles de pratiques exemplaires : l'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes, la prévention des bactériémies associées aux cathéters centraux, la prévention des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse, la prévention des infections du site opératoire, la prévention des infections urinaires associées aux cathéters urinaires et la prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique. Pour plus d'information sur cette campagne, consulter le site de l'Institut national de santé publique du Québec, à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/campagne-quebecoise-des-soins-securitaires-c-est-parti>.

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.

Actions :

1. Élaborer des guides de pratique généraux sur :
 - 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 de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes.
2. Réviser les fiches techniques sur :
 - 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'hébergement et de soins de longue durée;
 - la grippe saisonnière;
 - les infections à *Clostridium difficile*;
 - les infections à SARM.
3. 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.

Responsable :

Institut national de santé publique du Québec

Échéancier :

Action 1 : 2017

Action 2 : Les infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases : 2015

Les gastro-entérites et le norovirus : 2015

Les infections à entérocoque résistant à la vancomycine dans les centres de réadaptation ainsi que dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : 2015

La grippe saisonnière : 2016

Les infections à *Clostridium difficile* : 2017

Les infections à SARM : 2017

Action 3 : 2015

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.

Actions :

1. Maintenir le Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM) de l'INSPQ et le soutenir dans l'exécution de son mandat, qui consiste, notamment :
 - 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;
 - 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.
2. Évaluer l'impact sur les infections nosocomiales du regroupement des services de RDM dans un site annexé ou non à un établissement.
3. Créer un comité des utilisateurs du rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux.
4. 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.
5. Tenir à jour le document intitulé « Guide à l'intention des établissements : Responsabilités et gestion d'un événement indésirable lié au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables », de façon à ce qu'il prenne en compte l'évolution des rôles et des responsabilités des différentes instances en matière de gestion des risques infectieux.
6. Revoir l'unité de mesure des activités concernant le RDM utilisée dans le manuel de gestion financière.

Responsables :

- Action 1 : Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, la Direction générale des technologies de l'information et la Direction générale de la santé publique
- Actions 2 et 3 : Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, en collaboration avec la Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget
- Actions 4, 5 et 6 : Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec

Échéancier :

- Actions 1 et 3 : en continu
Action 5 : 2018
Actions 2, 4 et 6 : 2020

Cible 11

Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique.

Actions :

1. Assurer la diffusion de la position ministérielle.
2. Suivre les initiatives en cours aux paliers fédéral et provincial en matière d'encadrement normatif et législatif du retraitement et de la réutilisation du matériel médical à usage unique et réviser la position québécoise.

Responsable :

Direction de la biovigilance et de la biologie médicale

Échéancier :

Actions 1 et 2 : en continu



Hygiène et salubrité

L'hygiène et la salubrité jouent un rôle essentiel dans la prévention et le contrôle de la transmission des microorganismes dans les milieux de soins. Les équipes d'hygiène et salubrité travaillent en étroite collaboration avec les autres acteurs concernés par la lutte contre les infections nosocomiales pour assurer à la population des soins et des services de qualité.

D'importants progrès ont été accomplis au cours des dernières années, notamment dans la formation des préposés, mais il reste beaucoup à faire afin d'atteindre un nombre suffisant de personnes formées.

Traditionnellement, l'expertise des équipes d'hygiène et salubrité a été mise à contribution pour contrôler les éclosions. Les responsables de l'hygiène et de la salubrité participent au choix de finis, de revêtements, de surfaces et de matériaux de construction faciles à nettoyer et à désinfecter.

Ce sont des acteurs clés dans la prévention des infections nosocomiales, qu'il faut soutenir et accompagner dans l'accomplissement de leur mandat.

Cible 12

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

Actions :

1. 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.
2. 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.

Responsable :

Direction de la logistique et des équipements

Échéancier :

Actions 1 et 2 : en continu

Cible 13

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

Actions :

1. Maintenir l'indicateur de gestion des zones grises.
2. Élaborer un indicateur relatif à l'évaluation de la qualité et l'inclure dans les tableaux de bord locaux.

Responsable :

Direction de la logistique et des équipements

Échéancier :

Action 1 : en continu

Action 2 : 2016

Cible 14

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

Actions :

1. 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.
2. Identifier un taux d'encadrement dans ce secteur d'activité

Responsables :

Direction de la logistique et des équipements, en collaboration avec la Direction générale du personnel réseau et ministériel

Échéancier :

Action 1 : annuellement, au printemps

Action 2 : automne 2018



Immobilier

Le risque infectieux dépend de plusieurs facteurs qui interagissent.

L'aménagement physique d'un établissement de santé doit protéger le mieux possible les usagers, le personnel et les visiteurs des risques de transmission d'infection à partir des surfaces environnementales et faciliter l'observation des pratiques d'hygiène.

L'environnement peut influencer le comportement des personnes qui circulent dans un établissement, par exemple si on leur facilite l'accès aux équipements nécessaires à l'hygiène des mains ou aux équipements de protection individuelle.

Beaucoup a été fait sur le plan immobilier, mais il reste du travail à accomplir pour s'assurer que les recommandations sont observées, notamment lors des projets de rénovation des bâtiments existants.

Cible 15

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

Actions :

1. Maintenir et consolider les activités du Comité immobilisation en prévention et contrôle des infections nosocomiales.
2. 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 :
 - Élaborer un plan de diffusion des guides, en concertation avec les directions ministérielles et le réseau;
 - 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.
3. Intégrer, dans la démarche de rétroaction l'évaluation de l'efficacité des recommandations en PCI contenues dans les guides de planification immobilière :
 - Élaborer un canevas d'indicateurs nécessaires;
 - Obtenir des établissements une évaluation fonctionnelle et technique des projets d'immobilisation terminés depuis dix-huit mois en priorisant les secteurs critiques tels que les unités d'urgence, de RDM, de suppléance rénale et de soins intensifs;
 - Mettre les guides à jour, lorsque cela s'avère nécessaire, en prenant en compte les résultats d'évaluation et faire connaître les nouvelles recommandations aux établissements du réseau qui envisagent des projets semblables.

Responsables :

Direction de l'expertise et de la normalisation, Direction des communications et Direction de la performance

Échéancier :

Actions 1, 2 et 3 : en continu

Cible 16

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

Actions :

1. Analyser le portrait de l'hébergement par type d'unité d'hospitalisation et par établissement.
2. 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.

Responsables :

Direction de l'expertise et de la normalisation, en collaboration avec les responsables des établissements et la Direction générale adjointe des investissements

Échéancier :

Action 1 : 2015

Action 2 : en continu



Réseau d'expertise et capacité de réponse

À l'instar de nombreux pays et territoires, le Québec a reconnu l'importance de se préparer aux émergences infectieuses.

Plus de trente maladies inconnues d'origine bactérienne ou virale sont apparues depuis 1973, dont la fièvre hémorragique à Ébola, la maladie du légionnaire, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, l'hépatite C, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le syndrome respiratoire aigu sévère et la grippe aviaire à H5N1.

Le MSSS, dans son rôle de coordination et de soutien en cas de situation d'émergence infectieuse, doit consolider l'organisation des services pour la prise en charge des patients, assurer la protection du public et des travailleurs de la santé ainsi que réduire les effets négatifs d'une possible confusion au regard des rôles et des responsabilités.

D'une part, la prévention des infections nosocomiales au Québec est bien organisée; d'autre part, les rôles et les responsabilités de chacun sont bien définis, notamment par les lois et les cadres de référence. La prévention des infections nosocomiales doit s'appuyer sur des structures solides et complémentaires qui permettent à l'ensemble des intervenants de mieux remplir leur rôle.

Plusieurs instances rassemblent les acteurs autour de défis communs, dont celui d'assurer l'efficacité et l'efficacités des actions. Le Québec peut compter sur de nombreux professionnels chevronnés et des experts dont les travaux permettent d'harmoniser les interventions et de réduire les risques pour les patients.

Un leadership ministériel fort a été essentiel pour faire avancer les travaux pendant la période 2010-2015. C'est dans un souci de continuité que les structures en place sont maintenues pour réaliser le présent plan d'action.

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.

Actions :

- 1 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 (selon les possibilités offertes par les universités).
- 2 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 spécialisés.
- 3 Évaluer l'impact de l'entrée en fonction de l'infirmière clinicienne spécialisée au sein des équipes de PCI dans les centres intégrés de santé et de services sociaux ainsi que dans les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Responsables :

Direction générale du personnel réseau et ministériel et Direction des soins infirmiers, en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Association des infirmières en prévention des infections ainsi que Prévention et contrôle des infections Canada.

Échéancier :

Actions 1 et 2 : 2017
Action 3 : 2018

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.

Actions :

1. Maintenir en place le Comité sur les infections nosocomiales du Québec et le Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales.
2. Maintenir le Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux de l'Institut national de santé publique du Québec.
3. Maintenir en place le groupe de travail provincial en hygiène et salubrité.
4. Maintenir en place le Comité ministériel sur les infections nosocomiales.
5. Maintenir en place la Table nationale de prévention des infections nosocomiales.
6. Maintenir en place le Comité immobilisation en prévention et contrôle des infections nosocomiales.

Responsables :

Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique du Québec

Échéancier :

Actions 1 à 6 : en continu

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.

Actions :

1. 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.
2. Organiser les Journées de prévention des infections.
3. Offrir annuellement les trois modules de formation qui portent sur la surveillance.
4. Organiser les activités de transfert des 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.
5. Déterminer le niveau de formation initiale requis pour exercer la fonction en RDM.
6. 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.

Responsables :

Actions 1 à 4 : Institut national de santé publique du Québec

Action 5 : Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire ainsi que Direction générale du personnel réseau et ministériel, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Action 6 : Direction de la logistique et des équipements ainsi que Direction générale du personnel réseau et ministériel

Échéancier :

Actions 1, 3, 4, 5 et 6 : en continu

Action 2 : tous les deux ans

Cible 20

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

Actions :

1. 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).
2. Évaluer la faisabilité d'avoir des centres de soins désignés permanents pour les émergences infectieuses.

Responsables :

Direction générale de la santé publique ainsi que Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire

Échéancier :

Action 1 : en continu

Action 2 : 2017



Communication

La transparence et la communication se situent au cœur de la prévention des infections nosocomiales. C'est sur ces bases que les autorités ont choisi d'asseoir la relation de collaboration avec les patients et leurs familles, les professionnels de la santé et les bénévoles.

La prévention est l'affaire de tous. En plus de fournir une information juste, compréhensible et utile qui permet au personnel ainsi qu'aux gestionnaires du réseau de bien cerner la situation et de prendre des décisions éclairées, le présent plan d'action vise, par la promotion de mesures simples et efficaces comme le lavage des mains, à amener toute la population à s'engager dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Compte tenu du contexte actuel de réorganisation du réseau de la santé, d'autres efforts devront être investis au moment de publier le présent plan d'action afin d'en maximiser la portée.

Cible 21

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.

Actions :

1. Faire connaître les actions privilégiées dans le présent plan d'action à l'occasion de son lancement et de sa diffusion dans le réseau.
2. Produire périodiquement, à l'intention du réseau de la santé, un bilan de l'évolution des travaux.
3. 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.

Responsables :

Direction des communications et Direction générale de la santé publique

Échéancier :

Action 1 : 2015

Actions 2 et 3 : en continu



Évaluation et recherche

Depuis plusieurs années, une variété de mesures, de lignes directrices et de guides de référence ont été conçus et mis en application au Québec. Cela a permis d'améliorer et d'harmoniser la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

Les différents intervenants (décideurs, gestionnaires, professionnels, etc.) ont relevé un manque de connaissances au regard de l'efficacité, de l'efficience et de l'évaluation économique des mesures mises en œuvre, mais aussi de l'impact des recommandations sur l'accessibilité aux soins partout au Québec.

En effet, les diverses études publiées font état de très grandes variations de coûts, les estimations différant sensiblement en fonction de l'infection, de la nature du germe, de la pathologie et aussi du type d'établissement et du pays, ce qui limite l'utilisation des données internationales.

Le MSSS, dans son rôle de leader, doit disposer de données probantes sur les coûts et les bénéfices de la prévention ainsi que sur les coûts des infections nosocomiales, qu'il souhaite prévenir, afin de bien justifier ses orientations à cette fin.

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.

Actions :

1. Évaluer l'impact clinique et économique des infections nosocomiales ainsi que les effets des mesures de prévention et de contrôle de ces infections dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
2. Évaluer l'implantation et les effets du programme de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes dans les centres de réadaptation.

Responsables :

Direction de l'évaluation de la Direction générale de la santé publique ainsi que Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, en collaboration avec les directions ministérielles concernées, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Échéancier :

Action 1 : 2019

Action 2 : 2017



Bilan des activités prévues dans le plan d'action 2010-2015

Le plan d'action 2010-2015, élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin de soutenir la mise en place des mesures efficaces pour prévenir les infections nosocomiales, comportait 25 actions réparties sous six thématiques de base : les cadres de référence; la surveillance; le soutien aux acteurs; la structure; le suivi et l'évaluation; le plan de communication.

Le bilan de ces actions illustre de façon éloquente le travail accompli. La mise en œuvre des mesures prévues a été facilitée par l'engagement et la collaboration des professionnels et des intervenants qui gravitent autour des patients, auxquels s'ajoutent les décideurs des différents paliers.

De nombreuses étapes ont été franchies et des actions visant à établir des bases organisationnelles solides ont été menées, notamment en ce qui a trait à la surveillance, à la prévention et à la gestion des éclosions par l'implantation d'équipes compétentes en matière de prévention des infections nosocomiales, d'hygiène et de salubrité ou de stérilisation.

Ensemble, tous ces acteurs ont enclenché un changement progressif de la culture organisationnelle, où la prévention et la sécurité des patients, des travailleurs de la santé et de toute la communauté occuperont une place de plus en plus grande.

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
Soutenir l'appropriation des cadres de référence.	→ Revaloriser leur utilisation auprès des établissements.	DGSP (tables nationales, régionales, TCNMI, TCNSP)	<ul style="list-style-type: none"> → Utilisation des cadres de référence pour la formation de base des infirmières en PCI offerte par les universités de Montréal et de Sherbrooke. → Utilisation comme documents de référence par les régions et les établissements.
	→ Poursuivre l'opérationnalisation du cadre en santé publique.	DGSP, TCNSP, TCNMI	<ul style="list-style-type: none"> → Publication du <i>Modèle général pour la vigie des infections nosocomiales assurée par les directions de santé publique</i>, en 2012.
	→ Collaborer à la mise en œuvre du plan d'action local.	DGSP, DGCFIB	<ul style="list-style-type: none"> → Collaboration des tables régionales à l'harmonisation des pratiques dans le cadre des plans d'action locaux et régionaux.
	→ Établir des liens avec le Conseil québécois d'agrément afin qu'il évalue l'implantation du programme dans les établissements.	DEQ	<ul style="list-style-type: none"> → Participation à la révision du Qmentum de PCI d'Agrément Canada. → Nouvelle norme sera utilisée à partir de janvier 2015.
Poursuivre, consolider et développer la surveillance.	→ Consolider la surveillance des complications attribuables à la diarrhée associée à <i>Clostridium difficile</i> .	INSPQ (DGSP)	<ul style="list-style-type: none"> → Surveillance des diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i>, des décès et des colectomies obligatoires dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés enregistrant plus de 1 000 admissions par année. → Publication, annuellement par l'INSPQ, des résultats et d'une analyse des données de surveillance se rapportant aux diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i>. → Mise en ligne par le MSSS, sur son site Web, des résultats de chacun des établissements visés par le programme, au http://www.msss.gouv.qc.ca.
	→ Poursuivre la surveillance des bactériémies associées aux cathéters centraux.		<ul style="list-style-type: none"> → Surveillance obligatoire depuis 2007. → Publication, annuellement par l'INSPQ, des résultats et d'une analyse des données de surveillance se rapportant aux bactériémies sur cathéters centraux dans les unités de soins intensifs de plus de dix lits.
	→ Étendre la surveillance des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse.		<ul style="list-style-type: none"> → Surveillance obligatoire depuis 2011. → Publication, annuellement par l'INSPQ, des résultats et d'une analyse des données de surveillance se rapportant aux bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse.
	→ Étendre la surveillance des bactériémies panhospitalières à l'ensemble des centres hospitaliers.		<ul style="list-style-type: none"> → Surveillance obligatoire depuis 2014 dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés enregistrant plus de 1 000 admissions par année.
	→ Poursuivre la surveillance du SARM.		<ul style="list-style-type: none"> → Surveillance obligatoire depuis 2007. → Publication, annuellement par l'INSPQ, des résultats et d'une analyse des données de surveillance se rapportant au SARM.
	→ Modifier la surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV).		<ul style="list-style-type: none"> → Surveillance des infections à ERV obligatoire depuis septembre 2011. Elle succède à la surveillance des ERV faite par les laboratoires de 2006 à 2011. → Publication, annuellement par l'INSPQ, des résultats et d'une analyse des données de surveillance se rapportant aux infections à ERV.
	→ Introduire, dans la planification stratégique 2010-2015, le suivi d'indicateurs de résultats.	DGSP	<ul style="list-style-type: none"> → Transmission aux agences, depuis 2010, d'un rapport annuel portant sur les indicateurs retenus.
	→ Réduire les délais fixés pour la production des rapports.	INSPQ	<ul style="list-style-type: none"> → Publication des rapports moins de trois mois après la fin de la période.
	→ Réviser le système intégré d'information (portail).		<ul style="list-style-type: none"> → Déploiement, le 1^{er} avril 2013, d'un nouveau système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales. → Conversion des données de l'ancien au nouveau système d'information effectuée en juin 2014.

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015 (suite)

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
Documenter les facteurs pouvant expliquer les variations d'incidence.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Réaliser des études sur les facteurs associés aux établissements, aux patients et aux pathogènes, et déterminer les actions à prioriser. 	INSPQ DGSP	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Études de souches de <i>Clostridium difficile</i> et de SARM faite périodiquement par le Laboratoire de santé publique du Québec. ➔ Publication d'études sur les facteurs expliquant les taux d'incidence des infections nosocomiales : <u>Étude sur les mesures de prévention et de contrôle du Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline appliquées dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec – 2009</u>, en 2011; <u>Étude sur la surveillance et les stratégies de prévention des bactériémies associées aux voies d'accès en hémodialyse 2010-2011 appliquées dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec</u>, en 2013; <u>Étude sur la surveillance et les stratégies de prévention des bactériémies associées aux cathéters centraux aux soins intensifs 2010-2011 appliquées dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec</u>, en 2013.
Documenter les infections autres que celles faisant l'objet d'un programme provincial.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Promouvoir et soutenir la mise en place des méthodes, des outils et des stratégies proposés. ➔ Offrir du soutien aux établissements pour la conception de méthodes et d'outils. 	INSPQ, DGSP (tables de concertation et de coordination)	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Production d'un guide des définitions nosologiques de surveillance pour les établissements de soins généraux et de soins aigus. ➔ Publication, en 2014, d'outils et d'une méthode concernant la surveillance des infections du site opératoire à l'intention des milieux de soins. ➔ Production d'un outil standardisé pour la surveillance et la vigie des diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i>. ➔ Organisation d'activités, en collaboration avec les tables de concertation.
Amener les centres de santé et de services sociaux à mettre en place des activités de surveillance en CHSLD. Amener les CHSLD privés conventionnés à faire de même.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Soutenir la surveillance et la vigie des éclosions d'infections respiratoires et de diarrhées infectieuses. ➔ Évaluer la faisabilité concernant l'accès des CHSLD au portail. 	DGSP (DSP) INSPQ	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Publication des documents suivants : <u>Précision sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieu de soins</u>, en 2013; <u>Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de cas de gastro-entérite infectieuse d'allure virale (Norovirus) en milieu de soins</u>, en 2014. ➔ Projet reporté.
Soutenir la mise en œuvre d'un programme local visant l'usage optimal des antibiotiques.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Produire une directive de gestion pour les directeurs généraux des établissements et les présidents-directeurs généraux des agences. ➔ Assurer le suivi de la circulaire. 	Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Envoi d'une circulaire pour la mise en œuvre du programme, en juin 2011. ➔ Sondage, en janvier 2014, et présentation des résultats au comité ministériel, à la Table nationale en prévention des infections nosocomiales et aux présidents des tables régionales.
Connaître les activités de surveillance de l'antibiorésistance réalisées par les réseaux québécois, canadiens et internationaux.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Recenser les activités des réseaux québécois, canadiens et internationaux. ➔ Élaborer un programme intégré de surveillance. ➔ Déterminer les activités et les ressources nécessaires à l'implantation du programme ainsi que la responsabilité de sa mise en application. 	INSPQ INSPQ (DGSP, INESSS) DGSP	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Recensement effectué, lequel a permis l'élaboration du cadre de référence pour la surveillance intégrée de la résistance aux antibiotiques. ➔ Élaboration du cadre de référence pour la surveillance intégrée de la résistance aux antibiotiques, par le Comité d'experts scientifiques sur la résistance aux antibiotiques. ➔ Constitution du groupe de travail qui préparera le plan d'action intégré en antibiorésistance.

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015 (suite)

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
Soutenir les établissements dans la mise en place et l'évaluation des pratiques exemplaires reconnues efficaces pour prévenir et contrôler les infections nosocomiales.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Diffuser des guides et des outils d'évaluation interne. 	INSPQ (DGSP, DEQ, tables de concertation)	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Lancement, en juin 2014, du volet PCI de la campagne québécoise sur les soins sécuritaires comprenant les six stratégies suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • l'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactériémies multirésistantes; • la prévention des bactériémies associées aux cathéters centraux; • la prévention des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse; • la prévention des infections du site opératoire; • la prévention des infections urinaires associées aux cathéters urinaires; • la prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique.
Soutenir les ressources privées d'hébergement pour personnes âgées.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Produire un guide de référence et des outils complémentaires sur son utilisation. ➔ Concevoir et offrir une formation aux formateurs régionaux. 	DPSP	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Publication en 2012 et mise à jour en 2014 du <i>Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés</i>. ➔ Organisation d'activités provinciales et régionales de transfert des connaissances depuis 2013.
Favoriser le bon usage des antibiotiques dans des conditions cliniques fréquentes (médecine ambulatoire, soins intensifs, urgences, soins de longue durée, pédiatrie).	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Réviser les guides cliniques sur l'antibioprophylaxie chirurgicale, en collaboration avec les partenaires du réseau. ➔ Établir les maillages pour l'intégration des guides dans la formation de base et la formation continue des intervenants. ➔ Évaluer l'utilisation des guides cliniques portant sur l'antibiorésistance. ➔ Produire une fiche sur l'usage optimal par rapport à l'antibiorésistance. 	INESSS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Mise à jour, avec l'appui des ordres, fédérations et associations professionnels concernés par les sujets, des guides destinés aux médecins ainsi qu'aux pharmaciens et portant sur : <ul style="list-style-type: none"> • l'antibioprophylaxie de l'endocardite bactérienne; • les infections intra-abdominales chez l'adulte; • l'utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées hébergées en soins de longue durée; • le traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang. ➔ Fait dans le cadre du plan de diffusion des guides. ➔ Évaluation de l'utilisation des guides cliniques effectuée. (Plus de 120 000 téléchargements confirment l'utilité de ces guides et témoignent de l'importance d'en continuer la production.) ➔ Diffusion d'une fiche informative sur la résistance bactérienne aux antibiotiques.
Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de nettoyage et de désinfection.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Élaborer et mettre à jour les guides techniques, lignes directrices et avis pour les établissements. ➔ Élaborer les indicateurs de gestion et d'évaluation de la qualité, et suivre l'évolution de la gestion des zones grises. 	<p>Direction de la logistique et des équipements, (DGPRM, DEQ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Publication des documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> <u><i>Hygiène et salubrité en milieu de soins : Démarche pour le développement de stratégies d'entretien des surfaces</i></u>, en 2010; <u><i>Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité</i></u>, en 2013; <u><i>Gestion efficace des punaises de lit en milieu de santé : Fiche technique d'intervention en hygiène et salubrité</i></u>, en 2012. ➔ Mise en place d'un indicateur de gestion, après la diffusion de la circulaire sur les zones grises, en mars 2013.

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015 (suite)

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux (RDM).	➔ Soutenir le Centre provincial de référence en stérilisation (CPRS) dans l'exécution de son mandat.	DGSSMU	➔ Intégration à l'INSPQ, en mars 2012, du CPRS, devenu le Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux.
	➔ Concevoir des protocoles et des lignes directrices sur le RDM.	INSPQ	➔ Publication des documents suivants : <u>Retraitement des endoscopes digestifs : Lignes directrices</u> , en 2012; <u>Avis scientifique sur la manipulation à mains nues des dispositifs médicaux critiques après leur nettoyage manuel</u> , en 2013; <u>Retraitement des dispositifs médicaux critiques : Guide de pratique</u> , en 2014; <u>Transport des dispositifs médicaux en vue de leur retraitement par un organisme externe : Guide de pratique</u> , en 2014; <u>Retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles : Guide de pratique</u> , en 2014.
	➔ Réaliser, garder à jour et diffuser par voie électronique un sommaire des situations analysées, des avis et des renseignements.		➔ Travaux en cours.
	➔ Intégrer dans le registre national d'incident/accident le suivi des événements reliés au RDM.	DEQ	➔ Intégration dans le registre national incident/accident des événements en avril 2014.
	➔ Évaluer la faisabilité quant à l'instauration d'un système de traçabilité électronique des dispositifs médicaux.	DGSSMU	➔ Production de l'état de situation.
	➔ Mettre au point un outil d'évaluation interne (audit) à l'intention des établissements afin que ceux-ci puissent satisfaire aux normes d'Agrément Canada.		➔ Évaluations internes (grilles d'audit) faites en 2014.
	➔ Réviser le manuel de gestion financière pour y intégrer une nouvelle unité de mesure des activités en RDM.		➔ Modification de l'unité de mesure et introduction de celle-ci dans le manuel de gestion financière.
	➔ Évaluer la pertinence et la faisabilité de regrouper des services de RDM dans un site annexé ou non à un établissement.		➔ Travaux en cours.
	➔ Mettre à jour le registre des acteurs pivots en RDM, actualiser leur rôle et les soutenir.		➔ Mise à jour faite annuellement.
	➔ Favoriser la désignation de répondants dans les agences afin qu'ils assurent la coordination régionale.		➔ Désignation des répondants régionaux faite et mise à jour de la liste faite annuellement.

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015 (suite)

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique.	→ Poursuivre la diffusion de la position ministérielle publiée en mai 2009.	DGSSMU	→ Diffusion de la position ministérielle*.
	→ 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 usage unique.		→ Instauration d'un suivi continu.
Établir des normes relatives à la prévention des infections nosocomiales pour les installations matérielles et les équipements médicaux fixes.	→ Maintenir en place le Comité immobilisation en prévention et contrôle des infections nosocomiales.	Direction de l'expertise et de la normalisation	→ Réunion du Comité immobilisation en prévention et contrôle des infections nosocomiales trois fois par année, en moyenne.
	→ Poursuivre les travaux liés à la préparation d'un avis sur l'hébergement dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.		→ Émission de l'avis concernant les chambres individuelles et intégration de cet avis dans le guide suivant, qui fait partie du Répertoire des guides de planification immobilière : <i>Centres hospitaliers de soins de courte durée : Unité de soins de courte durée médecine et chirurgie (incluant l'unité d'hospitalisation brève)</i> , publié en 2014.
	→ Continuer à produire des notes techniques sur les équipements fixes et les éléments de construction.		→ Élaboration du plan d'action relatif à l'élimination des chambres multiples et à occupation double en cours.
	→ Poursuivre l'intégration des axes d'intervention favorisant la PCI pour l'ensemble des unités fonctionnelles de toutes les catégories d'établissements.		→ Intégration des notes techniques, dorénavant, dans les guides du Répertoire des guides de planification immobilière portant sur les unités fonctionnelles des centres hospitaliers de soins de courte durée, accessibles à l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/repertoire_planification_immobiliere.php .
	→ Concevoir une méthode et des outils pour l'analyse du risque infectieux au regard de l'environnement physique et de l'organisation du travail et réaliser un projet pilote.		→ Intégration, dans chaque guide du Répertoire des guides de planification immobilière, des axes de la PCI étant prioritaires pour les unités fonctionnelles, ces guides étant accessibles à l'adresse suivante : <i>Répertoire des guides de planification immobilière</i> . Révision du guide intitulé <i>Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales</i> , en juin 2012.
Mettre à niveau les immobilisations et les équipements médicaux fixes du réseau de la santé.	→ Maintenir les allocations budgétaires affectées au maintien des actifs du parc immobilier afin d'atteindre les normes reconnues.	Direction générale adjointe des investissements	→ Installation d'appareils sanitaires dans les chambres et les cubicules d'unités de soins spécialisés.
	→ Décentraliser les projets pour qu'ils répondent mieux aux besoins locaux.		→ Aménagement de salles de toilette individuelles et installation d'équipement servant à l'hygiène des mains dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée.
Préciser les rôles et responsabilités des instances locales, régionales et nationales en matière de gestion des risques infectieux reliés au RDM.	→ Poursuivre les travaux sur les rôles et responsabilités de différentes instances, et diffuser un document.	Direction de la biovigilance et de la biologie médicale (DGSP, INSPQ et CPRS)	→ Activité non réalisée.
			→ Reconduction des enveloppes budgétaires, décentralisées et augmentées depuis leur création.
			→ Publication du guide suivant : <i>Responsabilité et gestion d'un événement indésirable lié au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables : Guide à l'intention des établissements</i> , en 2013.

* La position ministérielle recommande aux établissements de cesser de procéder eux-mêmes au retraitement du matériel médical à usage unique. Ils doivent confier ce retraitement aux entreprises officiellement reconnues par un organisme de contrôle

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015 (suite)

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
Soutenir la recherche sur les infections nosocomiales, dont les infections en émergence dans les champs d'intervention du MSSS.	→ Mettre à jour les cibles prioritaires du programme de recherche sur les infections nosocomiales.	Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances	→ Consultation des directions ministérielles afin de s'assurer que les projets auxquels le MSSS collabore correspondent à ses priorités.
	→ Soutenir les projets de recherche reliés aux priorités établies.		→ Soutien aux directions ministérielles dans leurs initiatives de recherche et leurs activités de transfert des connaissances.
	→ Établir des collaborations avec des organismes subventionnaires québécois et fédéraux afin de favoriser le développement de la recherche pour aider le MSSS dans sa prise de décision.		→ Collaborations ponctuelles.
	→ Recenser les projets de recherche en cours sur les infections nosocomiales.		→ Surveillance des écrits scientifiques sur les infections nosocomiales produits par les établissements ayant une désignation universitaire.
Rendre accessible l'expertise sur les infections nosocomiales.	→ Fournir aux régions un appui technique en temps réel, quand surviennent des éclosions, par l'entremise du Groupe d'épidémiologie de terrain et fournir des services d'expertise pour l'analyse épidémiologique.	INSPQ	→ Soutien de la Direction de risques biologiques et environnementaux du Groupe d'épidémiologie de terrain aux directions de santé publique et aux établissements de santé quand des éclosions se produisent.
	→ Mettre à profit l'expertise des établissements universitaires aux fins du transfert des connaissances et de l'innovation.	Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances	→ Diffusion, dans les directions du MSSS concernées par les infections nosocomiales, des écrits scientifiques produits par des établissements ayant une désignation universitaire.
	→ Mettre en place une veille scientifique pour les équipes de PCI et rendre accessible l'information.	INSPQ	→ Activité non réalisée.
Développer l'expertise en PCI des intervenants des établissements du réseau de la santé par une formation de base et de la formation continue.	→ Soutenir la formation – de base, continue et spécialisée – en PCI des infirmières.	INSPQ, DGHPRM (CGR)	<ul style="list-style-type: none"> → Soutien à l'expertise et à la prestation de la formation de base en PCI par l'INSPQ. → Préparation en cours de trois modules de formation continue sur la surveillance et l'épidémiologie à l'intention des professionnels en PCI. → Reconnaissance, par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI (2011).
	<ul style="list-style-type: none"> → Soutenir la formation des intervenants en hygiène et salubrité par : <ul style="list-style-type: none"> a) la formation de formateurs; b) la production d'outils de suivi des acquis en cours d'emploi; c) l'organisation d'une journée annuelle de sensibilisation; d) la consolidation de l'attestation d'études professionnelles; e) le soutien à l'organisation de stages. 	DGCFIB	<ul style="list-style-type: none"> a et b) Prise en charge de la formation des formateurs et de la conception d'outils par le réseau. c) Organisation de la Journée annuelle de sensibilisation par l'Association hygiène et salubrité en santé. d) Exploration des pistes de solutions pour mieux répondre aux besoins de formation des préposés en hygiène et salubrité, notamment par l'optimisation du programme pour pouvoir former plus de personnes. Analyse de faisabilité quant à un nouveau diplôme d'études professionnelles en services de soutien (service alimentaire, service d'hygiène et salubrité ainsi que buanderie). e) En continu.

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015 (suite)

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
(suite) Développer l'expertise en PCI des intervenants des établissements du réseau de la santé par une formation de base et de la formation continue.	➔ Soutenir la formation des intervenants en RDM :		
	a) en déterminant le niveau de formation pour exercer la fonction;	DGPRM (MELS)	a) Prise en charge, de manière conjointe par la DGPRM et le MELS, des travaux sur la formation initiale en RDM.
	b) en offrant une formation en ligne accessible en cours d'emploi;	DGSSMU, DGPRM, INSPQ	b) Collaboration de l'INSPQ avec le cégep de Saint-Laurent pour que soient offerts des cours en ligne sur le RDM critiques et semi-critiques ainsi que sur le retraitement des endoscopes. Offre d'une attestation d'études collégiales par différents cégeps. (Plus de 400 personnes ont réussi le programme à ce jour.)
	c) en offrant une formation ponctuelle sur les lignes directrices.	DGSSMU, CPRS, INSPQ	c) Organisation d'activités de formation continue en RDM : <ul style="list-style-type: none"> • formation sur le Plan de contingence en cas de bris d'équipement et introduction au Qmentum, en mai 2010 (160 participants); • formation sur les lignes directrices en RDM critiques et le protocole d'audit sur les RDM réutilisables, en avril 2011 (128 participants); • formation en ligne asynchrone de 14 heures offerte aux préposés en cours d'emploi, en avril 2012 (plus de 600 participants); • formation en présentiel sur le retraitement des endoscopes, en 2012-2013 (100 participants). Organisation de journées sur la prévention des infections, par l'INSPQ, dans le cadre des Journées annuelles de santé publique, en 2011 et en 2013.
	➔ Formation des microbiologistes-infectiologues	DGSSMU, DGSP	➔ Organisation de stages en prévention et en contrôle des infections nosocomiales dans le cadre d'un programme de formation des résidents en microbiologie et en infectiologie.
Orienter la prise de décision sur la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.	➔ Utiliser le Comité ministériel sur les infections nosocomiales pour déterminer les enjeux provinciaux à prendre en compte dans l'opérationnalisation du plan d'action.	DPSP Partenaires et autres directions du MSSS	➔ Organisation de quatre rencontres annuelles. Production d'un compte rendu pour chacune de ces rencontres.
	➔ Utiliser la Table nationale de prévention des infections nosocomiales qui joue un rôle conseil auprès de la DGSP.	DGSP	➔ Organisation de quatre rencontres annuelles. Production d'un compte rendu pour chacune de ces rencontres. ➔ Production d'un compte rendu de la rencontre annuelle des présidents des tables régionales.
	➔ Utiliser la TCNMI et TCNSP pour déterminer les enjeux de santé publique à prendre en compte dans l'opérationnalisation du plan d'action.	Agences	➔ Réflexion en continu, dans le cadre des rencontres ordinaires.
	➔ Utiliser les tables régionales en prévention des infections nosocomiales afin de déterminer les enjeux régionaux à prendre en compte dans l'opérationnalisation du plan d'action.	Agences	➔ Adaptation des modalités de fonctionnement de ces tables aux caractéristiques organisationnelles de chaque région.
	➔ Soutenir la création et le fonctionnement des tables régionales en hygiène et salubrité, et maintenir les rencontres annuelles tripartites (MSSS, présidents des tables et Association hygiène et salubrité en santé).	Agences	➔ Adaptation des modalités de fonctionnement de ces tables aux caractéristiques organisationnelles de chaque région.

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015 (suite)

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
(suite) Orienter la prise de décision sur la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Maintenir en place et consolider le groupe de travail en hygiène et salubrité, relevant de la Direction des investissements du MSSS, afin qu'il poursuive son rôle dans le développement de l'expertise et la concertation. 	Direction générale adjointe des investissements	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Production, par le groupe de travail en hygiène et salubrité, de documents dans son champ d'expertise et organisation de quatre ou cinq rencontres annuellement.
S'assurer, dans chaque établissement, du maintien de la structure de base consacrée à la surveillance, à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ S'assurer que les ratios recommandés d'infirmières affectées à la PCI sont atteints et maintenus. 	DGCFIB, DGSSMU	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Maintien des ratios d'infirmières selon les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec et de la Table nationale en PCI. ➔ Suivi, par les DSP et la DGSP, des indicateurs sur les ratios d'infirmières.
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Soutenir l'entrée en fonction progressive des infirmières ayant le titre d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI. 	DGPRM, DGCFIB, DGSSMU	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Proposition d'un modèle d'organisation de l'expertise infirmière pour la prévention et le contrôle des infections (avril 2010). ➔ Création de la certification de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI (octobre 2011).
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Suivre régulièrement la situation, au CGR, par l'intermédiaire des indicateurs de gestion. 	DGSP, DGCFIB, CGR	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Suivis périodiques effectués.
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Inscrire les attentes au regard des résultats dans les processus de suivi administratif aux paliers national, régional et local. 		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Intégration des attentes concernant les résultats dans les ententes de gestion.
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Mettre à jour le contenu du programme de formation sur le fonctionnement des comités de gestion des risques et préparer une journée d'information. 	DEQ	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Révision et adaptation du contenu aux nouvelles dispositions législatives et offre d'une formation.
Mettre en place un processus élargi de concertation sur l'évaluation des mesures de surveillance, de PCI.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Organiser des rencontres d'experts provinciaux et internationaux afin de déterminer les orientations à privilégier en priorité au regard des ERV. 	INSPQ	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Tenue d'une rencontre d'experts sur les incertitudes en matière de prévention et de contrôle des infections à ERV, en novembre 2011. ➔ Tenue d'une rencontre d'experts pour définir un seuil dans la gestion des risques associés aux dispositifs médicaux inadéquatement traités, en mars 2014.
Promouvoir auprès des établissements le recours à un tableau de bord et à des processus d'évaluation interne et externe.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ S'assurer, auprès des instances de gestion, que des indicateurs propres à la PCI ont été priorisés dans le tableau de bord de l'établissement. 	DGCFIB, DGSP, Agences	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Implantation faite, mais variant d'une région à l'autre.
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Maintenir, au niveau provincial, la collecte systématique d'information sur les indicateurs locaux pour suivre les ressources et la programmation. 	DGCFIB, DGSP, Agences	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Collecte effectuée dans le cadre des ententes de gestion.
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Utiliser le processus d'agrément pour suivre l'évolution de la mise en œuvre du programme PCI. 	DEQ	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Suivi des résultats des visites d'agrément.
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Utiliser le processus d'accréditation des résidences privées pour personnes âgées pour soutenir la PCI. 	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Évaluation de l'application des recommandations du <i>Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés</i> dans le cadre de la certification.

B I L A N
du Plan d'action sur la prévention et le contrôle
des infections nosocomiales au Québec, 2010-2015 (suite)

ACTIONS	MOYENS	RESPONSABLES	RÉALISATIONS
Promouvoir auprès des agences le suivi d'indicateurs afin d'être en mesure de consolider la PCI dans les établissements de santé de la région.	→ Demander aux agences de définir les indicateurs de PCI avec les établissements de leur région et de suivre ces indicateurs périodiquement.	Agences, DGCFIB, DGSP	→ Choix des indicateurs régionaux arrêté et suivi effectué périodiquement par l'entremise des ententes de gestion.
	→ Soutenir la collecte d'information systématique sur les ressources et la programmation.		→ Suivi du maintien des ratios d'infirmières en PCI ainsi que des ressources allouées à l'hygiène et salubrité.
	→ Analyser les résultats, en collaboration avec les tables régionales en PCI, afin de soutenir la mise en œuvre régionale des activités prioritaires.		→ Utilisation, variable selon les régions, d'un tableau pour le suivi des indicateurs.
Élaborer un plan de communication.	→ Élaborer et mettre en œuvre le plan de communication pour les divers publics cible.	Direction des communications (et DGSP)	→ Tenue d'activités de communication ponctuelles ayant un lien avec le plan d'action.
	→ Organiser le lancement public du plan d'action 2010-2015.		→ Activité non réalisée (le plan d'action 2010-2015 n'a pas fait l'objet d'un lancement public).
	→ Poursuivre, avec régularité et transparence, la diffusion des données de surveillance relatives aux infections nosocomiales.		→ Diffusion des données de surveillance relatives aux infections nosocomiales produites par la DPSP.
	→ Poursuivre la diffusion de guides et d'outils susceptibles d'améliorer la pratique et la transmission des connaissances.		→ Diffusion des guides et des outils produits par les différentes directions ministérielles.
	→ Promouvoir l'adoption de comportements responsables et hygiéniques en PCI.		→ Promotion de l'adoption de comportements responsables en prévention des infections par des outils visuels – affiches et dépliants – distribués aux agences régionales.

Affiches :

- [Tousser ou éternuer sans contaminer](#)
- [Comment désinfecter vos mains](#)
- [Comment mettre un masque](#)
- [Le lavage des mains – simple et efficace](#)
- [Fièvre et toux ? Portez un masque](#)

Dépliants :

- [Le lavage des mains – simple et efficace](#)
- [Je protège les autres ! En cas de fièvre et de toux, je porte un masque](#)

Abréviations

Agence : agence de la santé et des services sociaux; CGR : Comité de gestion du réseau; CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée; DEQ : Direction de l'éthique et de la qualité; DGCFIB : Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget; DGPRM : Direction générale du personnel réseau et ministériel; DGSP : Direction générale de la santé publique; DGSSMU : Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire; DSP : Direction de la santé publique; ERV : entérocoque résistant à la vancomycine; INSPQ : Institut national de santé publique du Québec; INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; MELS : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux; PCI : prévention et contrôle des infections; RDM : retraitement des dispositifs médicaux; SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline; TCNMI : Table de concertation nationale en maladies infectieuses; TCNSP : Table de coordination nationale de santé publique.