

**PLAN D'ACTION RÉGIONAL SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE
DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DE L'AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE**

2012 – 2015

Auteurs

Membres du Comité interdirections sur les infections nosocomiales de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

BETTEZ, Denise, Coordinatrice du secteur Santé physique, urgences et services généraux, Direction de l'organisation des services et des opérations réseau

BRABANT, Brigitte, Coordinatrice du secteur Perte d'autonomie et vieillissement, Direction de l'organisation des services et des opérations réseau

CHOINIÈRE, Nicole, Directrice des ressources financières, immobilières et services-conseils en technologies

GADOUA, Marie-Eve, Coordinatrice des Affaires médicales, Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels

HUDSON, Patricia, Coordinatrice du secteur Maladies transmissibles, Direction de santé publique

LABELLE, Pierre, Coordinateur du secteur Gestion immobilière réseau, Direction des ressources financières, immobilières et services-conseils en technologies

LAFRANCE, Sylvie, Directrice de l'organisation des services et des opérations réseau

SAUVÉ, Jocelyne, Directrice de santé publique

SYLVAIN, Marcel, Coordinateur adjoint aux affaires administratives et à la qualité, Direction des ressources humaines, des affaires administratives et de la qualité

Chargée de projet

BÉGIN, Nathalie, Agente de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

Mise en page

Cindy Lachance, agente administrative

Josée Lafontaine, agente administrative

Droits d'utilisation

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

La référence suivante est proposée : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2012). *Plan d'action régional sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*. Longueuil: ASSS de la Montérégie.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence,

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca>, onglet *Documentation*

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 4e trimestre 2012

ISBN : 978-2-89342-572-6 (Version en PDF)

© **Tous droits réservés :**

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, année 2012

Table des matières

Liste des abréviations, des sigles et des acronymes.....	4
Introduction.....	5
1 Structure	6
2 Surveillance	8
3 Soutien aux acteurs.....	9
4 Utilisation optimale des antibiotiques	11
5 Hygiène et salubrité.....	12
6 Retraitement des dispositifs médicaux.....	13
7 Infrastructures immobilisation.....	14
8 Suivi et évaluation	15
9 Plan de communication	16

Liste des abréviations, des sigles et des acronymes

ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
ATB :	Antibiotique
BACC :	Bactériémie sur cathéters centraux
CA :	Conseil d'administration
CCSM :	Comité de coordination stratégique de la Montérégie
CH :	Centre d'hébergement
CINQ :	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CRSP :	Comité régional des services pharmaceutiques
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DACD :	Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>
DAMUPP :	Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels
DDD :	Dose définie journalière (defined daily dose)
DOSOR :	Direction de l'organisation des services et des opérations réseau
DRFISCT :	Direction des ressources financières, immobilières et des services-conseils en technologie
DRHAAQ :	Direction des ressources humaines, des affaires administratives et de la qualité
DSP :	Direction de santé publique
DSPH :	Directeur des services professionnels et hospitaliers
ERV :	Entérocoques résistants à la vancomycine
GBM :	Groupe Biomédical Montérégie
H&S :	Hygiène et salubrité
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MMUU :	Matériel médical à usage unique
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ :	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
PALV :	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCI :	Prévention et contrôle des infections
RCA :	Réseau clinico-administratif
RDM :	Retraitement des dispositifs médicaux
SARM :	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
TCDMS :	Table des chefs de médecine spécialisée
TNPIN :	Table nationale de prévention des infections nosocomiales
TRPIN :	Table régionale de prévention des infections nosocomiales

Introduction

Pour la toute première fois, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM ou l'Agence) se dote d'un plan d'action régional déclinant les priorités identifiées au *Plan d'action national sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015*. Ce *Plan d'action national 2010-2015* vise à poursuivre, de façon efficiente et coordonnée, la lutte aux infections reliées à la prestation de soins dans les établissements de santé du Québec. C'est un outil de gestion à la disposition du ministère pour soutenir les agences de santé et de services sociaux ainsi que les établissements de santé. Il vise également la mise en œuvre et la consolidation d'activités amorcées par le *Plan d'action national 2006-2009*.

En 2006-2009, la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) avait élaboré un plan d'action régional. Ce plan d'action a permis de concerter les efforts des équipes locales de prévention et contrôle des infections (PCI) autour d'objectifs communs et la réalisation de nombreuses activités dans ce dossier. Toutefois, la portée des actions de la TRPIN demeure plus restreinte, car elle ne met à contribution que les équipes locales de PCI. La lutte aux infections nosocomiales est complexe et nécessite la collaboration de plusieurs partenaires de différents secteurs d'activités. La décision de développer un plan d'action régional porté par l'ASSSM permet d'interpeler ces autres partenaires essentiels à la lutte aux infections nosocomiales et d'élargir le spectre des actions visées.

La mise en œuvre d'un plan d'action régional permet d'avoir une perspective globale et de garder bien en vue les activités à maintenir et celles à prioriser. Un des défis des prochaines années consiste d'ailleurs à maintenir les acquis quant à la prévention des infections nosocomiales. La vigilance et la mobilisation de tous les partenaires autour des actions liées à la lutte aux infections nosocomiales doivent aussi se poursuivre. Il faut également développer les activités non réalisées à ce jour. Dans cette optique, une priorité incontournable pour l'ASSSM est de mener à terme les travaux visant l'élimination des zones grises dans les hôpitaux de la région.

Le présent plan d'action se divise selon différents aspects de la prévention et du contrôle des infections soit : la structure, la surveillance, le soutien aux acteurs, l'utilisation optimale des antibiotiques, l'hygiène et salubrité, le retraitement des dispositifs médicaux, les infrastructures immobilières, le suivi et l'évaluation ainsi que le volet communication. Chaque chapitre débute par un court portrait de la situation actuelle présentant le bilan des activités réalisées dans les dernières années ainsi qu'une mise en contexte pour chacun des sujets traités.

1. Structure

Situation actuelle

La Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN) et le Comité ministériel sur les infections nosocomiales sont des exemples des structures mises en place pour faciliter l'opérationnalisation des actions en prévention et le contrôle des infections (PCI) nosocomiales au niveau national.

Au niveau régional, l'Agence s'est dotée en 2008 d'un mécanisme de coordination interdirections pour le suivi du dossier des infections nosocomiales. Ce groupe a pour mandat de faciliter la concertation entre les différentes directions de l'Agence, de permettre un meilleur partage des informations, d'orienter la prise de décision régionale et d'assurer une communication régulière sur l'état de la situation régionale concernant les infections nosocomiales.

Les tables régionales de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) visent, quant à elles, à orienter la prise de décision sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales en fonction des objectifs, des enjeux et des besoins régionaux. La TRPIN de la Montérégie existe depuis novembre 2004. Les membres de cette table se rencontrent en moyenne 4 fois par année et tous les établissements de soins de la région y participent assidûment. Cette table est coprésidée par une microbiologiste-infectiologue d'un établissement de la région et par une représentante de la Direction de santé publique (DSP). Elle se rattache au réseau clinico-administratif (RCA) services spécialisés court terme.

En 2006, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publie un cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Ce document visait à outiller les établissements pour l'élaboration, la mise en œuvre et la consolidation d'un programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales. En Montérégie, tous les centres hospitaliers ont produit un tel programme et l'ont fait entériner par leur conseil d'administration (CA). Selon le cadre de référence, l'évaluation générale et la mise à jour du programme de PCI doit être effectuées périodiquement, tous les 3 à 5 ans, et ce, afin d'avoir des données sur l'atteinte des buts et des objectifs.

Toujours selon le cadre de référence, chaque établissement doit s'assurer de maintenir une structure de base consacrée à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales comprenant un comité de PCI et une équipe d'intervention. Tous les établissements de la Montérégie ont un comité de prévention des infections et ont nommé un directeur responsable du dossier de la PCI. Les équipes d'intervention relèvent de ce directeur, qui est soit un directeur de soins infirmiers, soit un directeur des services professionnels. La présence d'une équipe d'intervention stable est toutefois plus variable. Il est donc essentiel de s'assurer que les ratios recommandés d'infirmières affectées à la PCI soient atteints et maintenus. Ces ratios sont suivis depuis 2007-2008 et, depuis ce temps, des efforts considérables ont été consentis afin de les atteindre dans tous les milieux de soins de courte et de longue durée dans la région. En date du 31 mars 2012, il y avait 34 équivalents temps complet (ETC) comblés sur les 37,5 ETC requis.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
1.1 Faciliter la concertation des partenaires dans l'implantation des modalités permettant l'opérationnalisation des orientations en PCI (<i>action 21</i>).	Maintenir le fonctionnement de la TRPIN à un minimum de 4 rencontres par année avec un taux de participation minimal de 80 % des CSSS.	Continu	DSP	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions par année; • Taux de participation des CSSS.
	Faire état de l'évolution des travaux de la TRPIN au RCA services spécialisés court terme de façon périodique.	Continu	DSP	Nombre de présentations au RCA services spécialisés court terme.
	Maintenir les rencontres interdirections au sein de l'Agence à un minimum de 2 rencontres par année.	Continu	DSP	Nombre de rencontres par année.

1. Structure (suite)

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
1.2 S'assurer du maintien, dans chaque établissement de la région, d'une équipe d'intervention consacrée à la surveillance, à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales (<i>action 22</i>).	Assurer un suivi étroit des ratios recommandés d'infirmières affectées à la PCI afin que les ratios soient atteints et maintenus. Faire des recommandations aux établissements à cet effet au besoin.	Continu	DSP (DOSOR)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de CSSS conformant au ratio évalué via GESTRED (P7, P13). • Pourcentage d'atteinte globale pour la région
1.3 Soutenir les établissements dans la mise à jour du programme structuré de prévention et contrôle des infections nosocomiales, en tenant compte des différentes missions (hôpital et longue durée) (<i>action 1</i>).	Assurer un suivi des mises à jour du programme qui devront être approuvées par la direction et le conseil d'administration de l'établissement.	2012 à 2014 (selon la date d'approbation du programme actuel par le CA).	DSP	Date d'adoption de la mise à jour par le CA.

2. Surveillance

Situation actuelle

Tous les hôpitaux de la Montérégie participent aux programmes de surveillance obligatoires mis en place par le MSSS. Ces programmes incluent :

- la surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) qui a débuté en août 2004 (tous les hôpitaux);
- la surveillance des bactériémies sur cathéters centraux (BACC) dans les unités de soins intensifs en place depuis janvier 2007 (les hôpitaux avec plus de 10 lits de soins intensifs);
- la surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus*, y compris les bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), qui a aussi débuté en janvier 2007 (tous les hôpitaux);
- la surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) en place depuis janvier 2007. Cette surveillance était auparavant effectuée par les laboratoires des centres hospitaliers. Depuis septembre 2011, ce programme est maintenant sous la responsabilité des équipes locales de PCI (tous les hôpitaux);
- la surveillance des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse chronique était à participation volontaire depuis avril 2007. Toutefois, depuis avril 2011, ce programme est maintenant obligatoire pour l'ensemble des unités d'hémodialyses (hôpitaux avec unité d'hémodialyse).

Depuis 2003, un programme régional de surveillance du SARM a été développé par la Direction de santé publique (DSP) afin de soutenir la mise en place de la surveillance locale des nouveaux cas de colonisation et d'infection à SARM dans les hôpitaux de la région. Ce programme sera maintenu jusqu'à la mise en place d'un programme provincial de surveillance, prévu en 2013.

La surveillance et la vigie des éclosions d'infections respiratoires (ex. : syndrome d'allure grippale) et de diarrhées infectieuses (ex. : gastro-entérite) sont réalisées dans toutes les installations de la région, incluant les hôpitaux et les centres d'hébergement (CH) publics et privés conventionnés.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
2.1 Poursuivre la surveillance des infections nosocomiales dans les hôpitaux via la participation aux programmes de surveillance obligatoires (action 2).	Poursuivre la surveillance des DACD, des bactériémies associées aux cathéters centraux, des bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> , des ERV et des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse chronique.	Continu	DSP	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des taux d'incidence annuelle de chacune des infections aux instances pertinentes. • Pourcentage des CSSS visés par les indicateurs du plan stratégique ayant atteint les objectifs fixés concernant les taux d'incidence annuelle pour la DACD, BACC et les bactériémies à <i>Staph aureus</i>.
2.2 Documenter l'incidence des colonisations et infections à SARM (autres que bactériémies) (action 4).	Poursuivre la participation au programme régional de surveillance du SARM.	Continu	DSP	Production et diffusion d'un bilan annuel.
2.3 Consolider la surveillance des infections nosocomiales dans les CH (action 5).	Soutenir la surveillance et la vigie des éclosions d'infections respiratoires (ex. : syndrome d'allure grippale) et de gastro-entérites.	Continu	DSP	Production et diffusion d'un portrait annuel des éclosions déclarées.

3. Soutien aux acteurs

Situation actuelle

Le réseau de la santé québécois est soutenu par des comités d'experts, tels que le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et par des instances de concertation, telles que la Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN).

Des sessions intensives (80 heures) de formation s'adressant aux infirmières en PCI ont été offertes de 2006 à 2009 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Depuis, des diplômes d'études supérieures spécialisées (DESS) de 2^e cycle ont été développés par des universités. À l'automne 2011, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) a créé une spécialité infirmière en PCI avec comme exigence l'obtention d'un DESS et la réussite d'un examen spécifique. Les infirmières qui auront obtenu cette spécialisation porteront le titre d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI ; les autres, celui de conseillère en PCI. Des travaux sont en cours pour identifier les modalités de déploiement de cette spécialité dans les établissements du réseau. Il est prévu que la plupart des équipes de PCI seront dotées d'infirmières cliniciennes spécialisées en PCI ainsi que de conseillères en PCI. Il n'est actuellement pas prévu de modifier les ratios recommandés d'infirmières affectées à la PCI selon ces nouvelles catégories de professionnels. Pour leur part, les conseillères en PCI devraient minimalement avoir une formation de base, soit un cours d'introduction universitaire de 3 crédits en PCI ou la formation de l'INSPQ. La formation continue est aussi essentielle pour maintenir les compétences de ces 2 catégories de professionnels à jour.

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales repose sur la collaboration de chaque intervenant en milieu de soins et requiert une connaissance de base sur les mesures de PCI. La venue de modalités de formation en ligne s'avère une solution intéressante pour déployer largement cette formation.

En Montérégie, il existe plus de 350 résidences privées pour aînés. Un guide de référence sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses à l'intention des résidences privées pour aînés de la province est attendu pour l'automne 2012. Des modalités provinciales de formation des intervenants de ces milieux sont en voie d'élaboration.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
3.1 Favoriser le développement de l'expertise des ressources dédiées à la PCI dans les établissements de la région (<i>inspiré de l'action 20</i>).	Encourager la participation des nouvelles conseillères en PCI à une formation de base en prévention et contrôle des infections.	Continu	DSP (DRHAAQ)	Pourcentage de conseillères en PCI de moins de 5 ans d'expérience ayant bénéficié d'une formation de base en prévention et contrôle des infections (cours d'introduction universitaire de 3 crédits ou formation de l'INSPQ).
	Animer une démarche régionale pour faciliter le déploiement de la spécialité infirmière en PCI incluant : <ul style="list-style-type: none"> • La réalisation d'un portrait de la situation actuelle ; • L'élaboration d'une stratégie régionale. 	Automne 2012 (réalisation du portrait) 2013 (élaboration d'une stratégie régionale)	DSP (DAMUPP, DRHAAQ)	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un portrait de la situation actuelle. • Élaboration d'une stratégie régionale.
	Encourager la participation des professionnels en PCI à des activités de formation continue sur une base annuelle (ex. : colloque de l'association des infirmières en prévention des infections, journées annuelles de prévention des infections, conférence téléphonique de l'INSPQ, etc.).	Continu	Continu	DSP (DRHAAQ)

3. Soutien aux acteurs (suite)

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
3.2 Soutenir le développement des connaissances en PCI de l'ensemble du personnel des établissements de la région.	Soutenir les activités de formation sur l'hygiène des mains pour l'ensemble du personnel des établissements (formation en ligne).	Automne 2012 (projet pilote) 2015 (tous les établissements)	DRHAAQ	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation du projet-pilote. • Nombre d'établissements ayant recours au module de formation en ligne sur l'hygiène des mains.
3.3 Soutenir les ressources privées d'hébergement pour personnes âgées en matière de prévention et contrôle des maladies infectieuses dans une perspective de mise à niveau et d'harmonisation des pratiques dans ces milieux (<i>action 10</i>).	Diffuser le guide de prévention des infections en résidences privées.	2012	Qualité (PALV, DSP)	Nombre de résidences privées rejointes.
	Soutenir la stratégie de formation du MSSS.	2013	Qualité (PALV, DRHAAQ, DSP)	Production d'une stratégie régionale de soutien à la formation.

4. Utilisation optimale des antibiotiques

Situation actuelle

En 2007, le Conseil du médicament (organisme maintenant intégré à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux) publie un cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier. Ce cadre de référence a pour principal objectif de soutenir la mise en place de programmes structurés de suivi et d'optimisation de l'usage des antibiotiques dans les établissements de santé de la province.

En juin 2011, une circulaire ministérielle vient préciser davantage les attentes du MSSS au regard de la mise en œuvre des programmes structurés de surveillance de l'usage des antibiotiques. À cet effet, cette circulaire prévoit la réalisation de plusieurs activités pour atteindre les objectifs, soit l'identification d'une entité responsable, le suivi de la consommation des antibiotiques (surveillance quantitative) et des activités de surveillance qualitative.

En Montérégie, l'implantation des activités liées à l'utilisation optimale des antibiotiques est variable selon les établissements. À ce chapitre, l'hôpital Charles LeMoine est particulièrement actif depuis de nombreuses années. Ils viennent d'ailleurs de publier la 5^e édition de leur guide d'utilisation des ATB. Ce guide est utilisé dans plusieurs hôpitaux/CSSS de la région et de la province.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
4.1 Promouvoir l'identification, au sein des CSSS, d'une entité interne qui sera responsable de mettre en œuvre le programme local de surveillance de l'usage des ATB et de coordonner les diverses activités s'y rattachant.	Aborder ce point à la Table des directeurs des services professionnels et hospitaliers (DSPH) de la Montérégie.	Décembre 2011 pour aborder le point à la table des DSPH et au CCSM au besoin	DAMUPP	Nombre d'établissements ayant identifié une entité interne responsable de mettre en œuvre le programme local de surveillance de l'usage des ATB et de coordonner les diverses activités s'y rattachant (la liste des noms des entités internes responsables sera tenue à jour par la DAMUPP).
	Aborder ce point au comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM) au besoin.	Mars 2012 pour identifier l'entité interne responsable	DAMUPP	
4.2 Favoriser le bon usage des antibiotiques (ATB) par la mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des ATB en établissement de santé, notamment par la surveillance quantitative et qualitative.	Promouvoir auprès des partenaires visés l'utilisation du cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier (Conseil du médicament maintenant intégré à l'INESSS).	Continu	DAMUPP	Nombre d'établissements ayant mis en œuvre un programme de surveillance de l'usage des ATB.
	Promouvoir auprès des partenaires visés la démarche décrite dans la circulaire du MSSS (2011-06-10).	Continu	DAMUPP	

5. Hygiène et salubrité

Situation actuelle

Depuis 2006, plusieurs guides et lignes directrices destinés à encadrer les pratiques en hygiène et salubrité (H&S) ont été publiés par le MSSS (ex. : Lignes directrices en hygiène et salubrité, Les Zones grises, Techniques et équipements de travail en hygiène et salubrité, Hygiène et salubrité en milieu de soins, etc.).

La mise en place d'une table régionale en hygiène et salubrité en mai 2008 regroupant les gestionnaires des services d'H&S favorise le développement de l'expertise et la concertation des équipes des établissements de la région. Les membres de la table se rencontrent environ 4 fois par année.

Des sommes ont aussi été investies au niveau régional pour la mise à niveau d'outils de gestion (logiciel PROPRE) afin de soutenir la planification et la gestion locale des activités en hygiène et salubrité.

L'élimination des zones grises, élément essentiel à la lutte aux infections nosocomiales, a fait partie de l'entente de gestion Agence/MSSS de 2008 à 2010. L'avancement des travaux a toutefois été très variable d'un établissement à l'autre dans la région. Devant l'importance de ce dossier pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales et devant les résultats mitigés obtenus à ce sujet dans les dernières années, l'ASSSM a décidé d'en faire une priorité régionale. Deux indicateurs régionaux portant sur l'élimination des zones grises ont donc été ajoutés à l'entente de gestion entre chacun des CSSS et l'Agence en 2011-2012. À compter du 1^{er} avril 2012, un indicateur provincial a été intégré à l'entente de gestion Agence/MSSS et repris à l'entente de gestion entre chacun des CSSS et l'Agence.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
5.1 Favoriser l'uniformisation et la mise à niveau des pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement afin de prévenir les infections nosocomiales (<i>action 12</i>).	Diffuser les lignes directrices et des avis publiés par le MSSS.	Continu	DRFISCT	Nombre de documents transmis aux équipes locales.
5.2 Faciliter la concertation des partenaires dans l'implantation des modalités permettant l'opérationnalisation des orientations en H&S (<i>action 21</i>).	Consolider le fonctionnement de la Table régionale H&S et maintenir un minimum de 4 rencontres par année avec un taux de participation minimal de 70 % des CSSS.	Continu	DRFISCT	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rencontres par année. • Taux de participation des CSSS.
5.3 S'assurer de l'avancement des travaux concernant l'attribution des zones grises dans les établissements de la région.	Suivre l'indicateur de l'entente de gestion visant l'attribution des zones grises.	Continu	DRFISCT (DSP)	Conformité au résultat attendu (P7, P13).

6. Retraitement des dispositifs médicaux

Situation actuelle

Depuis 4 ans, le Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM) a choisi d'optimiser l'utilisation des actifs régionaux en matière d'équipements technologiques. Un comité avisier, agissant sous l'égide du RCA services spécialisés court terme et du Réseau ressources services techniques, a été formé. Une nouvelle approche régionale d'analyse des besoins au regard du renouvellement des parcs technologiques et des équipements médicaux a permis de faire émerger un consensus régional basé sur les besoins de la clientèle et sur les meilleures pratiques. La stérilisation ou le retraitement des dispositifs médicaux a été choisi comme premier sujet d'étude.

Le groupe de travail, mandaté à cet effet, a abordé le sujet sous l'angle de la sécurité et de la qualité en lien avec les normes d'Agrément Canada. La question était de savoir quels étaient les besoins les plus pressants dans une optique de limitation de risque de contamination pour le patient. Un document intitulé « Unités de retraitement des dispositifs médicaux : État de situation et recommandations » a été élaboré en 3 étapes :

- un questionnaire en lien avec les normes d'Agrément Canada a été envoyé aux établissements;
- des visites ont été effectuées dans les établissements pour évaluer la conformité des lieux physiques;
- une analyse des risques a été réalisée en utilisant la méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point).

Le document incluant l'état de situation et les recommandations afférentes a été déposé au CCSM en 2011 pour décision quant au suivi et à l'implantation des recommandations.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
6.1 Harmoniser et mettre à niveau les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) afin de prévenir les infections nosocomiales (action 13).	Mettre à jour la liste des acteurs pivots en RDM, actualiser leur rôle et les soutenir.	1 fois par année	DOSOR	Liste mise à jour et envoyée au répondant provincial de l'INSPQ.
	Diffuser les recommandations liées aux bonnes pratiques pour le retraitement des dispositifs médicaux auprès des instances concernées.	Continu	DOSOR (DAMUPP)	Date de diffusion des recommandations auprès des instances concernées.
	Diffuser de l'information aux acteurs concernés, lorsque requis par le biais des tables consultatives (DSPH, CRSP, TCDMS...).	Continu	DOSOR (DAMUPP)	Date de diffusion de l'information et le nom des tables consultatives concernées.
6.2 Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique (MMUU) (action 14).	Faire suivre les directives du MSSS à cet effet aux établissements.	Continu	DOSOR	Nombre de suivis effectués auprès des établissements à ce sujet.
6.3 Promouvoir les rôles et responsabilités des instances en matière de gestion des risques infectieux reliés au retraitement de dispositifs médicaux (action 17).	Diffuser le document <i>Dispositif médical réutilisable : mécanisme décisionnel face à un risque d'infections nosocomiales</i> .	2012	DOSOR	Date de la diffusion effective du document.
6.4 Implanter les actions recommandées dans le document « Unités de retraitement des dispositifs médicaux - État de situation et recommandations ».	Suivre la progression de l'implantation des actions recommandées dans le document « Unités de retraitement des dispositifs médicaux – État de situation et recommandations ».	Continu	DOSOR (GBM)	Nombre d'actions issues du document implantées par année.

7. Infrastructures immobilisation

Situation actuelle

La mise à niveau (remplacement/rehaussement) des équipements médicaux, non médicaux et le mobilier est effectuée lorsque ces derniers sont à leur fin de vie utile ou lorsque la technologie devenue désuète justifie un remplacement. L'Agence répartit une enveloppe de base à chaque établissement, en fonction de la valeur de remplacement suivant les paramètres nationaux, et détermine l'utilisation de la réserve régionale de *l'enveloppe de maintien du parc d'équipement* qui finance les remplacements/rehaussements. Chaque établissement est responsable de déterminer annuellement quels sont les éléments à remplacer. Lors du processus d'acquisition, les équipements doivent être évalués à plusieurs niveaux (critères de conception, techniques, ergonomiques). Les choix doivent donc être basés sur des éléments quantifiables pouvant être notés.

Au niveau de l'immobilisation, l'Agence répartit aussi l'enveloppe de base à chaque établissement, en fonction de la valeur de remplacement suivant les paramètres nationaux, et détermine l'utilisation de la réserve régionale des *enveloppes de maintien des actifs et de rénovations fonctionnelles*. Les établissements sont responsables de déterminer annuellement les projets (maintien des actifs et rénovations fonctionnelles) à effectuer dans ses installations. Lors de la préparation des projets (plans et devis), il existe des normes de conception qui doivent être respectées par les professionnels mandatés. Les établissements doivent choisir les meilleures options au niveau technique lors de la conception et ils doivent prendre soin d'en vérifier la conception afin de minimiser les risques d'infections nosocomiales. L'Agence fait l'analyse des projets soumis et émet, le cas échéant, un avis de conformité ou une autorisation formelle de procéder à la réalisation.

En moyenne, chaque année en Montérégie, 25 millions de dollars (M\$) sont investis dans le maintien des actifs immobiliers, 12 M\$ dans les rénovations fonctionnelles mineures et 30 M\$ dans le maintien du parc d'équipement médical, non médical et du mobilier.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
7.1 Faire connaître des normes relatives à la PCI pour les installations matérielles et les équipements (action 15).	Diffuser les documents techniques relatifs aux équipements et aux normes de conception.	Continu	DRFISCT	Nombre de documents transmis aux équipes locales.
7.2 Poursuivre la mise à niveau des immobilisations et des équipements de la région afin de prévenir les infections nosocomiales (action 16).	Déterminer et transmettre aux établissements les allocations budgétaires disponibles pour le maintien et l'amélioration du parc immobilier et du parc d'équipements.	Continu	DRFISCT	Montant annuel transmis aux établissements locaux.

8. Suivi et évaluation

Situation actuelle

La pertinence de l'utilisation d'un tableau de bord en PCI a été démontrée tant au niveau national, régional que local. Un tel outil permet aux gestionnaires de suivre dans le temps l'actualisation du programme et du plan d'action relatif à la PCI. Il permet aussi des comparaisons entre établissements pour un certain nombre d'indicateurs.

Afin de promouvoir l'utilisation d'un tableau de bord au niveau local, la TRPIN a proposé un modèle regroupant 15 indicateurs parmi ceux proposés par le MSSS dans le document « Tableau de bord à l'intention des établissements de soins de courte durée et des Agences de la santé et des services sociaux » diffusé en mai 2008.

Suite à la collecte d'informations sur ces indicateurs par l'ensemble des établissements de soins de la région pour l'année 2010-2011, on constate que l'utilisation d'un tableau de bord en PCI pour faire état de l'avancement des travaux est variable d'un établissement à l'autre. Toutefois, une étude réalisée par la DSP auprès des gestionnaires de PCI des établissements démontre la volonté de ces derniers de maintenir le suivi d'un certain nombre d'indicateurs pertinents.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
8.1 Promouvoir au niveau local et régional le recours à un tableau de bord pour faire le suivi d'indicateurs afin de suivre les actions de PCI retenues prioritaires (<i>action 24A et 24B</i>).	Revoir la liste d'indicateurs proposés par la TRPIN afin de suivre les actions de PCI retenues prioritaires.	Automne 2012	DSP (DOSOR)	Révision des indicateurs proposés par la TRPIN.
	Diffuser périodiquement les résultats concernant les indicateurs retenus aux instances régionales concernées. Émettre des recommandations le cas échéant.	Continu	DSP (DOSOR)	Réalisation et diffusion d'un bilan annuel des indicateurs retenus.

9. Plan de communication

Situation actuelle

Au-delà des mécanismes de diffusion de l'information, qui sont traités dans les autres volets de ce plan régional, l'information auprès de la population constitue un volet fondamental de la mise en œuvre du plan. Par exemple, les établissements sont invités dans le plan ministériel à informer régulièrement la population de la situation qui prévaut chez eux au regard des infections nosocomiales et à faire part de toute situation qui pourrait avoir pour effet d'augmenter les risques infectieux. D'autre part, la promotion de comportements qui préviennent les infections nosocomiales par des activités de communication, tant auprès du personnel que de la population (usagers, visiteurs, etc.), demeure essentielle à toute réduction du risque de transmission d'infection.

Le réseau est toujours en attente d'un plan de communication ministériel. L'organisation des activités de communication au sein des établissements demeure à géométrie variable. La DSP assume déjà son rôle d'information scientifique auprès de la population et soutient les établissements dans leurs efforts de promotion des bons comportements, notamment à travers la TRPIN.

OBJECTIF RÉGIONAL (action correspondante du plan d'action national)	MOYEN	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE RÉGIONAL (collaborateur)	SUIVI
9.1 Soutenir les objectifs du plan de communication du MSSS.	Décliner le plan et les activités de communication du MSSS.	En fonction du calendrier ministériel	Communications DSP	Nombre d'activités des communications du MSSS déclinées régionalement par année.
9.2 Structurer et planifier les activités de communication du réseau.	Adopter un plan de communication régional.	Janvier 2013	Communications DSP	Adoption du plan de communication régional (non faite, amorcée ou réalisée).
	Soutenir les établissements dans l'élaboration et l'adoption de plans de communications locaux.	Avril 2013	Communications DSP	Nombre de plans locaux adoptés avant l'échéancier.
9.3 Constituer une référence scientifique dans l'information diffusée auprès de la population de la région.	<ul style="list-style-type: none"> • Relations médias. • Publications et site web. 	Continu	Communications DSP-ASSSM	Nombre de demandes médias traitées par année.
9.4 Promouvoir l'adoption de comportements adéquats en matière d'hygiène.	Soutenir l'organisation de la semaine de promotion de l'hygiène des mains.	Annuel	Communications DSP	Soutien à l'organisation (fait ou non fait pour chaque année).