Approuvé le : 23 octobre 2012

**26 juin 2012**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arruda Horacio | Directeur de la protection de la santé publique/MSSS | Oui  (point 28.6) |
| Bernier Sylvie | Représentante de la Direction de la qualité, MSSS | Non |
| Bolduc Daniel | DPSP(MSSS) | Oui |
| Beaudreau Lucie | Représentante de l’INSPQ (en remplacement d’Anne Fortin) | Oui |
| Bourgault Anne-Marie | Représentante du groupe vigilance pour la sécurité des soins | Non |
| Cohen Linda | Représentante de la Table régionale de la Montérégie (Pierre-Boucher) | Oui |
| Fortin Anne | Représentante de l’INSPQ (remplacée par L. Beaudreau) | Non |
| Frenette Charles | Président du comité SPIN | Oui |
| Galarneau Lise-Andrée | Présidente du CINQ | Oui |
| Gourdeau Denis | Représentante de l’AQESSS | Non |
| Gourdeau Marie | Représentante de l’AMMIQ | Non |
| Hudson Patricia | Représentante de la TCNMI | Oui |
| Laberge Sylvie | Direction de la qualité | Oui (matinée) |
| Lamothe François | Président | Oui |
| Massé Richard | Représentant des DSP | Non |
| Marcil Claude | DGSSMU | Oui |
| Mercier Denis | Table régionale Abitibi Témiscaminque | Oui |
| Morin Guylaine | Présidente de CHICA Montréal | Oui |
| Morissette Guy | Représentant des PDG des agences | Oui |
| Savery Sandra | Table régionale des Laurentides | Oui |
| Soucy Chantal | Présidente de l’AIPI | Oui |
| Sicard Nadine | DPSP (MSSS) | Oui |
| Tremblay Claude | Représentante de l’AMMIQ | Oui |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Oui |
| Valiquette Louise | Représentante de la DSP de Montréal | Oui |
| **Invités** |  |  |
| Weiss Karl | Coprésident de la table régionale de Montréal | Oui |
| Louali Fatna | Résidente, DSP Montréal | Oui |
| Laperrière Isabelle | Présidente de l’AIPI 2012-2014(succède à Mme Soucy) | Oui |

c. c. : alain poirier, directeur national de santé publique

Horacio Arruda, directeur de la protection de la santé publique, MSSS

**N.D.L.R. : Dans le présent compte-rendu, les éléments à suivre de près, les actions et les orientations privilégiées par la Table sont encadrés (texte encadré)**

28.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h45 par Dr François Lamothe, président de la Table.

28.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté suite à la proposition de Dre Patricia Hudson, secondé par Dre L.A. Galarneau.

28.3 Félicitations et remerciements au Dr Horacio Arruda

Dr Lamothe adresse des félicitations en son nom et au nom des membres de la Table à Dr Arruda pour sa nomination comme Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint. Par la même occasion, il lui adresse des remerciements pour son leadership et son soutien indéfectible à la PCI.

28.4 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue le 13 mars 2012 Le compte-rendu est adopté sur la proposition de Mme Sandra Savery appuyé par Dre Hudson suite aux ajouts suivants :

27.4 : Les mêmes problématiques………. Par ailleurs, on souligne l'importance d'offrir un encadrement de l’expertise lorsque les tâches sont effectuées par des préposés relevant d’autres secteurs (ex. préposé aux soins infirmiers). Afin d’assurer la qualité des services, les personnes affectées aux tâches devraient pouvoir compter sur l’expertise du personnel en hygiène et salubrité quel que soit leur rattachement hiérarchique. Cette orientation sera portée à l’attention du groupe en hygiène et salubrité.

27.11.1 Les mesures de PCI au regard de l’ERV constitue un sujet qui ne fait pas l’unanimité dans les établissements de santé du Québec, du Canada ou d’autres pays. Aux Etats-Unis, l’entérocoque est le 3e responsable des bactériémies nosocomiales dont 33% sont des ERV.

28.4.1 Immobilisation : hébergement

Lors de la dernière rencontre du CIPIN le 13 juin dernier, les membres ont convenu de la recommandation suivante au regard de l’hébergement :

«Que les patients hospitalisés sur une unité de courte durée de médecine et de chirurgie ou sur une unité d’obstétrique, soient hébergés en chambre individuelle dès leur admission en centre hospitalier.

À cette fin, pour les projets de construction neuve (incluant les agrandissements) en cours de programmation, il faut :

* Prévoir l’aménagement de 100 % de chambres individuelles, à moins que le plan clinique ne vienne justifier les bénéfices de chambres doubles et en autant que cela ne représente aucun risque pour les patients en matière de prévention et de contrôle des infections. Dans ces circonstances exceptionnelles, la chambre double doit être équipée d’une salle de toilette par lit.

Pour les bâtiments existants, il faut :

* Établir un plan d’action qui vise de façon prioritaire l’élimination d’ici 3 à 5 ans

des chambres à plus de deux lits ainsi que l’utilisation des salles de toilette par plus de 2 patients.»

Cette recommandation sera portée à l’attention de la direction de l’expertise et de la normalisation qui verra à la faire cheminer à sa direction générale. Cette dernière, selon la recevabilité de la proposition, verra à assurer le suivi au Comité de direction du ministère (CODIR) au moment opportun.

Par ailleurs, les membres soutiennent qu’au-delà des préoccupations liées à la PCI, le parc immobilier actuel contribuant aux transferts multiples de patients dans les établissements, affecte le nombre d’heures accordées aux soins des patients. L’impact de l’hébergement en chambre individuel devrait être abordé avec les gestionnaires de haut niveau en termes de «gains de productivité».

Des exemples de défis dans certains dossiers reliés à des projets de rénovation sont apportés par quelques membres. Ces exemples font ressortir la dichotomie du message : certains établissements se font demander de revoir leur plan à la baisse quant au nombre de chambres individuelles et toilettes.

Il est extrêmement important de sensibiliser les gestionnaires locaux, régionaux et provinciaux au regard des bénéfices et gains de productivité apportés par l’hébergement en chambre individuel.

Les responsables et comités de PCI doivent être impliqués dans les projets immobiliers dès le début de la planification et tout au cours leur réalisation.

28.4.2. Spécialité en PCI

On adresse des félicitations à Mesdames Chantal Soucy et Lucie Beaudreau, qui ont obtenu, dans le cadre des dispositions transitoires et finales du règlement, leur certification d’infirmière clinicienne spécialisée en PCI. Pour l’ensemble du Québec, 16 infirmières ont obtenu leur certification dans ce cadre et sont réparties de la façon suivante selon leur lieu de résidence :Bas St-Laurent 2;Capitale nationale 2; Mauricie- centre du QC 1; Montréal 6; Chaudière-Appalaches1 et Laval 4.Une trentaine de dossiers seraient à l’étude.

L’implantation de cette nouvelle spécialité dans le réseau pose certains défis, notamment

* l’intéressement des conseillères en PCI à parfaire leur formation;
* la libération du personnel pour le stage d’une durée de neuf semaines dans un autre établissement que celui où elle exerce et ce, dans un contexte de pénurie de personnel en PCI;
* la reconnaissance de la valeur ajoutée de la spécialité;
* le choix d’un modèle d’organisation d’équipe qui favorise une utilisation optimale des ressources spécialisées versus les ressources d’expériences (enjeux de transition).
* La rétention des spécialistes dans les petits centres malgré l’attrait et les défis que peut représenter un grand centre.

Par ailleurs, une rencontre est prévue à l’automne entre les associations professionnelles d’infirmières en PCI et les syndicats concernés pour sensibiliser ces derniers au rôle de la spécialiste en PCI, aux difficultés de rétention et de recrutement de ces infirmières ainsi que l’importance d’une échelle salariale satisfaisante et incitative pour assurer la relève dans ce domaine d’exercice. Les syndicats semblent favorables à la mise en place de cette spécialité selon le témoignage de Mme Soucy.

28.4.3 Guide de prévention des infections dans les résidences pour aînés : évolution des travaux (Nadine Sicard)

Le guide est à l’étape de l’édition en vue d’une diffusion à l’automne. Avec les modifications apportées par la loi 16, le développement d’un programme de formation est pris en charge par la DGSSS. Le guide servira d’assise théorique. À court et moyen terme, l’ensemble du personnel (exploitants et préposés) devraient bénéficier d’une formation structurée. Pour le personnel du réseau, il est prévu consulter la TCNMI à l’automne pour connaître leurs besoins de formation.

Plusieurs préoccupations sont apportées par les membres :

* le roulement du personnel est très élevé dans les RPA d’où la difficulté anticipée d’assurer la pérennité de la formation;
* les résidences peuvent avoir des clientèles (semi-autonome vs autonome) et des environnements très différents;
* les préposés et les exploitants demandent régulièrement du soutien au personnel des CSSS pour obtenir de l’information et discuter les solutions envisagées pour résoudre une problématique particulière ce qui peut générer un accroissement de la demande de services pour les équipes de soutien à domicile;
* les équipes de PCI craignent une surcharge de travail générée par les demandes de ces milieux;
* etc.

Ces éléments seront portés à l’attention de la DGSSS.

28.4.4 Exigences d’agrément Canada et suivi des visites 2011-2012 (Sylvie Laberge)

* Révision des normes :

Mme Laberge nous confirme que l’ensemble des commentaires des membres de la Table a été transmis à Agrément Canada le 18 avril 2012. La révision du cahier de normes est prévue pour la fin de l’année 2012. Les membres intéressés sont invités à participer aux travaux de révision.

Par ailleurs, elle nous informe qu’à la suite des discussions et travaux de la Table nationale de prévention des infections, la dernière version de la norme éditée le 14 mars 2012, apporte des nuances en ce qui concerne l’indicateur infections nosocomiales. L’article 1.4 se lit comme suit : « Même s’il n’est plus obligatoire de soumettre des données sur cet indicateur dans le portail, Agrément Canada encourage les établissements à continuer de surveiller le taux d’infections nosocomiales. Un nouveau processus de soumission des données est en cours d’élaboration.

En hygiène et salubrité, la demande d’ajout d’information concernant le nettoyage et la désinfection des « zones grises » a été reçue. Cependant Agrément Canada confirme que le terme « zone grise » ne pourra être utilisé.

Calendrier des visites : ce dernier s’étalant sur une période de 9 mois, l’Agrément ne peut répondre à la demande formulée par quelques professionnels en PCI de ne pas effectuer de visites en avril, mois très occupé par le complètement des données de surveillance et administratives.

Bilan des visites d’agrément 2011-2012 (acheminés aux membres)

Parmi les 47 établissements ayant bénéficié du programme conjoint Qmentum, 18 d’entre eux ont éprouvé des difficultés à rencontrer au moins une des normes en lien avec la prévention des infections :

* Huit n’étaient pas conformes à la pratique organisationnelle requise 4.4, soit : l’organisme développe et met en œuvre une politique et une procédure organisationnelle pour l’administration de la vaccination antigrippale;
* Six n’étaient pas conformes à la pratique organisationnelle requise 6.5, soit : l’organisme évalue la conformité aux pratiques établies liées à l’hygiène des mains;
* Six établissements n’avaient pas répondu au critère 12.10 soit : l’organisme transporte les articles contaminés séparément des articles propres et stérilisés, et les éloigne des secteurs de soins et des endroits passants.

Ce bilan est très semblable à celui de l’année précédente. Ces résultats partiels témoignent des progrès réalisés.

Il est demandé qu’un rapport cumulatif des résultats de conformité aux normes de PCI soit présenté lorsque qu’un premier cycle de visites d’établissements visés par l’exigence d’accréditation sera complété.

Mme Laberge nous rappelle l’obligation pour les établissements de rendre leur rapport public. Elle nous informe que les agences ont un répondant pour la qualité et un répondant pour le processus d’agrément.

28.5 Suivi des travaux en hygiène et salubrité (M. Beauchemin /Fiche-synthèse déposée dans le forum)

Les résultats du sondage sur la présence d’une table régionale en H et S. effectué par Dr Guy Morissette auprès des régions sont rappelés :.nonobstant trois régions qui n’ont pas répondu (06, 09 et 14), toutes les régions ont une table dont trois reprendront leurs activités incessamment. On souligne l’effet mobilisateur de ce sondage sur la reprise des activités ainsi que l’importance d’établir des liens entre cette table et celle de prévention des infections.

Par ailleurs, la fiche synthèse sur la problématique du financement de la formation a été reçue des membres. Ces derniers réitèrent l’importance de la valorisation du travail et de la formation pour lequel un financement récurrent est nécessaire. L’avenue du DEP est intéressante car elle pourrait assurer un budget récurrent. Ce dossier devra être porté à nouveau à l’attention des directeurs responsables à la DGSP et à la logistique sociosanitaire.

**28.6** **Présentation et discussion sur les stratégies d’implantation et d’opérationnalisation des recommandations émises par le CINQ pour prévenir et contrôler le ERV**.

Dr Karl Weiss est invité à titre de coprésident de la table régionale de Montréal, cette région étant particulièrement touchée sur le plan épidémiologique et opérationnel par la problématique de l’ERV.

Dr Lamothe adresse des remerciements au groupe de travail et plus particulièrement à Madame Lucie Beaudreau et Dr Pierre St-Antoine pour l’ensemble des travaux menant à la production de l’*Avis* *Mesures de prévention et contrôle de l’entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec*.

Dre Lise-Andrée Galarneau, introduit le sujet en présentant les impacts cliniques, la prévalence et l’orientation au regard de l’application des mesures au Canada, aux É.U et dans certains pays d’Europe (présentation P.P déposée sur le Forum). Il faut noter qu’au cours des dernières semaines quelques grands hôpitaux canadiennes ont fait connaître leur position de ne plus appliquer de mesures additionnelles pour les cas d’ERV. Par ailleurs, elle témoigne du succès d’un hôpital québécois qui vivait une problématique d’éclosions fréquentes de bactéries multirésistantes. Ce dernier a réussi à contrôler la situation en appliquant des mesures dans les différentes sphères (hygiène du patient, hygiène et salubrité, mise en place d’agents multiplicateurs, etc.).

Mme Lucie Beaudreau, présente l’approche retenue pour l’ordonnancement des 163 recommandations soit la hiérarchisation des mesures. Cette approche privilégie en premier lieu les mesures techniques et d’ingénierie, suivent les mesures administratives et organisationnelles et enfin, l’utilisation de l’équipement de protection individuelle. En tenant compte de cette hiérarchisation, elle présente les mesures à prioriser pour prévenir et contrôler la transmission de l’ERV au niveau de l’hébergement, de l’hygiène et salubrité, des tests de dépistages (choix de tests rapides, fréquence des dépistages), etc. ainsi que les enjeux qui y sont reliés (référer à la présentation en format power point déposée sur le Forum).

Plusieurs commentaires sont émis sur le document notamment  le fait que les antimicrobiens et l’aspect économique n’y sont pas abordés.

Les membres soulignent à maintes reprises que l’ERV semble un bon marqueur de l’intensité et de la qualité d’application des mesures au regard d’agents infectieux transmissibles par contact.

Au niveau des mesures à prioriser, il y a un consensus à l’effet de cibler l’hygiène et la salubrité, le laboratoire et l’application des bonnes pratiques d’hygiène par le personnel dédiés aux soins (lavage des mains, port de l’équipement de protection).

Par ailleurs, une certaine dichotomie dans le discours entre le réseau et le ministère est soulignée. Les intervenants terrains reçoivent des messages contradictoires notamment au niveau de l’immobilier où il est demandé aux agences et aux établissements de revoir à la baisse certains projets dans lesquels sont pris en compte les exigences de la PCI.

Les représentants de la région de Montréal, cette dernière étant particulièrement touchée par le ERV et autres organismes multirésistants, exposent leurs préoccupations liés au contrôle du ERV (ressources financières, humaines, immobilières) versus le contrôle des KPC. L’évaluation du risque et des coûts nécessitera-t-elle de faire un choix entre la lutte aux ERV et aux KPC?

En lien avec le document, les membres recommandent de:

* synthétiser les recommandations et les discriminer pour obtenir une liste de priorités;
* ressortir les enjeux de faisabilité pour les interventions prioritaires;
* obtenir une version synthétisée à l’intention des gestionnaires;
* élaborer un aide–mémoire pour soutenir les équipes locales;
* obtenir le soutien des partenaires, notamment celui d’associations telles l’AQESSS, l’AMMIQ, l’OIIQ, le CMQ;
* favoriser une implantation par étapes;
* mettre en place une équipe de soutien pour accompagner les établissements qui en feraient la demande;
* mettre en place un indicateur de qualité pour soutenir l’implantation des mesures;
* envisager d’allouer une subvention spécifique pour aider les établissements aux prises avec des difficultés importantes en terme d’épidémiologie et de ressources;
* sensibiliser les différentes directions ministérielles à la problématique et à ses impacts sur l’accessibilité et les coûts et obtenir un soutien concret de ces dernières; notamment en H. et S (budget protégé). et pour les laboratoires (accessibilité aux tests rapides);
* établir un plan de communication structuré afin de rejoindre l’ensemble des gestionnaires et des intervenants;
* faire une analyse épidémiologique et économique suite à l’implantation des mesures.

L’équipe de la DPSP du MSSS fera un premier débroussaillage et verra à solliciter des collaborateurs auprès de la Table, de l’INSPQ et du réseau au besoin.

28.7 Système de signalement des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) dans les hôpitaux de soins aigus (L. Valiquette, C. Soucy)

Dre Valiquette nous présente le devis du projet pilote qui sera déployé dans la région de Montréal pour le signalement des cas d’entérobactéries productrices de carbapénémases (confirmation génotypique par le LSPQ) et autres situations d’éclosions de bactéries multirésistantes pouvant représenter une menace pour le réseau de santé montréalais. Il s’agit d’un système d’information visant à identifier les établissements aux prises avec ces cas afin de limiter l’introduction et la transmission de ces pathogènes entre les établissements. Les cas inclus sont les patients hospitalisés qui sont colonisés ou infectés. Ce système ne se substitue pas à l’obligation de l’établissement de communiquer le statut infectieux d’un patient à l’établissement où le patient est transféré.

À ce chapitre, on mentionne que les CH ne font pas de dépistage lors de l’admission d’un patient qui a été hospitalisé dans un pays à risque. Il n’y a actuellement aucun dépistage de routine pour les bactéries GRAM négatif.

Dre Valiquette et Mme Soucy sont invités à nous informer des résultats de ce projet lors d’une prochaine rencontre de la Table afin d’évaluer la pertinence d’étendre le projet à l’ensemble des régions du Québec.

28.8 Canevas d’analyse pour l’interprétation des données sur les indicateurs de surveillance intégrés à la planification stratégique (C. Frenette)

Dans un premier temps Dr Frenette présente un résumé des données de SPIN.

Référer au fichier Power point déposé sur le forum.

Une demande est formulé par les membres de la Table à l’effet que le canevas d’analyse soit finalisé par l’INSPQ avant la publication des résultats 2012-2013 et présenté à la rencontre de la Table nationale au plus tard en mars 2013.

28.9 Travaux de l’INSPQ

Travaux du CINQ :

La dernière rencontre s’est tenue les14 et 15 juin.

* L’avis sur les mesures de PCI de l’ERV dans les milieux de soins aigus du Québec est complété. La diffusion devra être arrimée avec le MSSS afin de convenir des stratégies à utiliser pour rejoindre tous les milieux. Les travaux pour les milieux de réadaptation et la longue durée s’amorceront dans le courant de l’année.
* Avis sur la désinfection des bouchons d’injection et de l’asepsie liée aux cathéters épiduraux (mise à jour) et celui sur les rideaux séparateurs seront diffusés dans les prochaines semaines;
* Surveillance des infections du site opératoire : outils et méthodologies pour les milieux de soins : la version finale sera complété dans le courant de l’été;
* Campagne de l’ICSP sur les pratiques exemplaires : révision des outils et soutien d’implantation à la campagne à venir à l’automne 2012;
* Surveillance des infections de sites opératoires en chirurgie cardiaque : quatre des cinq hôpitaux concernés participent;
* Surveillance des infections de sites opératoires en orthopédie : amorcée à l’hôpital de Verdun qui agit comme site pilote. On souligne la persévérance et les efforts déployés par la DSP de Montréal dans ce dossier;
* Mesures de prévention et contrôle des infections à l’urgence : travaux en cours;
* Plan d’action pour une diffusion efficace et utile des résultats de surveillance : l’INSPQ a entrepris une démarche d’évaluation des rapports de surveillance afin de mettre en place un processus et des conditions pour que les utilisateurs locaux, régionaux et provinciaux aient accès à l’information qui leur soit pertinente, au moment et dans des formats opportuns. L’Infocentre de santé publique sera mis à contribution à cet effet.
* Activités de transfert de connaissances : elles se tiennent à la suite de publication sur un sujet donné et suivent donc le calendrier des avis et publications.

Travaux de SPIN (Surveillance Provinciale des infections nosocomiales) (C. Frenette)

Les discussions sur ce sujet ont été présentées au point 28.8

28.10 Correspondance :

* Proposition de modification au calcul du ratio des infirmières en PCI dans les établissements de santé et de services sociaux. Recommandation de la table régionale en prévention des infections nosocomiales, région de la capitale nationale, 10 février 2012.

Ce document a été reçu par Mme Tremblay le 9 mai 2012. Suite à des demandes répétées provenant d'établissements, la Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) de la région a travaillé au cours des derniers mois sur un document proposant une modification du calcul des ratios d'infirmières en PCI. Ce document a été présenté et discuté avec le PDG de l'Agence régionale ainsi que le Directeur régional de santé publique. Ces derniers ont donné leur appui pour poursuivre les démarches afin de présenter la proposition à un niveau supérieur.

Par ailleurs, Mme Tremblay a acheminé le document à à Mme Danielle Fleury de la DSI du ministère pour discussion. Il sera présenté à la Table nationale à l’automne afin de dégager les éléments de réponse à cette proposition.

**28.11 Questions diverses**

* Bulletin d’information sur l’état d’avancement des travaux au regard du Plan d’action 2010-2015, 22 juin 2012.

Le bulletin a été acheminé aux directeurs de santé publique, présidents des tables régionales de prévention des infections, membres de la Table nationale de prévention des infections nosocomiales, membres du CINQ, président de l'AMMIQ, présidente de l'AIPI, présidente de CHICA Montréal, coordonnateurs en maladies infectieuses des directions de santé publique et membres du comité ministériel sur les infections nosocomiales. Ce bulletin préfacé par Dr Arruda et Dr Lamothe avait pour objectif de faire connaître l’ensemble des travaux mis en oeuvre par les directions ministérielles et partenaires directement impliqués dans la prévention et le contrôle des infections nosocomiales dans le courant de la dernière année et ceux à venir . Ce bulletin a été édité pour palier au fait qu’aucune rencontre avec les présidents des tables régionales n’a été tenue au cours de la dernière année.

* Représentant des usagers à la Table nationale de prévention des infections nosocomiales;

Les membres de la table sont invités à réfléchir à cette proposition et à soumettre des suggestions à la première rencontre automnale.

**28.12 Levée de la rencontre**

La rencontre a été levée vers 16h.

**Prochaine rencontre**

**23 octobre 2012**

**Montréal : 201 Crémazie Est, salle RC-04**

**Québec : visioconférence au 1075 Chemin Ste-Foy, salle 879**