Approuvé le : 11 décembre

**23 octobre 2012**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auger Danielle | Directrice de la protection de la santé publique/MSSS | Oui  (matinée) |
| Beauchemin Marc | Direction de la logistique sociosanitaire | Oui |
| Bernier Sylvie | Représentante de la Direction de la qualité, MSSS | Non |
| Bolduc Daniel | DPSP(MSSS) | Oui |
| Bourgault Anne-Marie | Représentante du groupe vigilance pour la sécurité des soins | Oui |
| Cohen Linda | Représentante de la Table régionale de la Montérégie (Pierre-Boucher) | Non |
| Fortin Anne | Représentante de l’INSPQ | Oui |
| Frenette Charles | Président du comité SPIN | Oui (P.M.) |
| Galarneau Lise-Andrée | Présidente du CINQ | Oui |
|  | 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 |
| Lamothe François | Président | Oui |
| Laperrière Isabelle | Présidente de l’AIPI 2012-2014 | Non |
| Massé Richard | Représentant des DSP | Non |
| Marcil Claude | DGSSMU | Non |
| Mercier Denis | Table régionale Abitibi Témiscaminque | Oui |
| Morin Guylaine | Présidente de CHICA Montréal | Oui |
| Morissette Guy | Représentant des PDG des agences | Non |
| Savery Sandra | Table régionale des Laurentides | Oui |
| Soucy Chantal | Représentante de la DSP de Montréal | Oui |
| Sicard Nadine | DPSP (MSSS) | Oui |
| Tremblay Claude | Représentante de l’AMMIQ | Non |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Oui |
|  |  |  |
|  |  |  |

c. c. : Horacio Arruda, directeur national de santé publique

Danielle Auger, directrice 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)**

29.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h35 par Dr François Lamothe, président de la Table.

29.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté suite à la proposition de M. Denis Mercier, secondé par Mme Soucy.

29.3 Félicitations à la nouvelle directrice de la protection de santé publique, Dre Danielle Auger

Dr Lamothe adresse des félicitations en son nom et au nom des membres de la Table au Dre Danielle Auger qui succède au Dr. Arruda à titre de directrice de la protection de la santé publique.

Madame Auger nous offre un mot de bienvenue. Elle souligne qu’elle a été la coordonnatrice du dossier de 2004 à 2007 ce qui lui permet de constater le chemin parcouru et les progrès réalisés au cours des cinq dernières années. Elle rappelle le rôle important de la table en tant que comité aviseur au directeur national de santé publique et sous-ministre, Dr Arruda.

Un tour de table est effectué pour permettre la présentation des membres.

29.4 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue le 26 juin 2012

Le compte-rendu est adopté sur la proposition de Mme Chantal Soucy appuyé par Dre Hudson suite à la modification apportée au point 28.5 substituant l’acronyme DPSP pour DGSP.

**29.4.1 Immobilisation : hébergement**

Le comité de direction du ministère (CoDir) a reçu la recommandation mise de l’avant par le CIPIN et portée par la direction de l’expertise et de la normalisation à l’effet que les nouvelles constructions du réseau de la santé doivent généraliser l’hébergement en chambre individuelle. De plus, pour les établissements existants, le principe d’établir un plan qui vise l’élimination progressive des chambres à plus de deux lits ainsi que l’utilisation des salles de toilette par plus de 2 patients a aussi été reçu par le CoDir.

Concernant l’élimination des chambres à plus de deux lits, tous conviennent de l’importance d’avoir un portrait de la situation pour chacun des établissements de courte durée, d’autant plus que ce comparatif pourrait générer un mouvement d’émulation. Aussi, on souhaite un suivi auprès du CIPIN pour clarifier l’orientation d’une chambre à 2 patients avec toilette individuelle dont les membres questionnent l’efficience.

Des exemples sont apportés sur des situations régionales:

* la région du Bas St-Laurent compte 18% de chambres individuelles avec toilettes non partagées en janvier 2012;
* le coût estimé pour un projet de construction de 25 chambres est de 100 000$ par chambre;
* 60% de la clientèle hébergée sur une unité de médecine, dans un établissement des Laurentides, partagent une toilette pour quatre personnes;
* Certains projets d’agrandissement en construction vont à l’encontre de l’orientation d’offrir de l’hébergement en chambre individuelle. Le suivi sera fait auprès de madame Céline Drolet, responsable du CIPIN (fait).

**29.4.2 Spécialité en PCI**

De façon générale, les membres témoignent d’une mobilisation mitigée autour du déploiement de la spécialité tant par les infirmières en poste que par les gestionnaires. Peu de mesures incitatives ont été mises de l’avant par les établissements et les régions pour créer l’intéressement des infirmières. L’arrivée d’une nouvelle spécialité préoccupe les équipes de PCI et de gestion. Le modèle organisationnel et fonctionnel demande à être précisé au fil du temps et des expériences.

Par ailleurs, on souligne l’importance d’augmenter la visibilité du programme dans le milieu infirmier et universitaire. On souligne que l’INSPQ, dans le renouvellement de son entente avec l’université de Sherbrooke, devra assurer la promotion de cette formation ce qui, à première vue pourrait être un gain, l’INSPQ étant en lien étroit avec les équipes des établissements.

De plus, on demeure préoccupé par le fait qu’il y a peu d’emphase à l’effet que toute nouvelle conseillère devrait suivre un cours d’introduction à la PCI dès son affectation à un poste en PCI qu’elle ait ou non l’intention de poursuivre ses études en vue de l’obtention de la certification de spécialiste.

**Exigences de l’OIIQ pour l’obtention de la certification** :

Des anecdotes sont rapportées à l’effet que la rigueur de l’OIIQ dans les équivalences académiques et les frais exigés pour l’étude de dossiers limitent l’accès à la spécialité de plusieurs infirmières ayant des études de 2e cycle ainsi qu’une expérience considérable dans le domaine.

Les membres conviennent de la pertinence d’adresser la problématique à l’OIIQ au regard des coûts. Il sera aussi suggéré d’envisager qu’à très court terme une attention particulière puisse être portée aux demandes dont les acquis académiques sont connexes à la PCI. N’y aurait-il pas lieu de permettre à ces personnes de se présenter à l’examen de certification, si cela ne contrevient à la réglementation en place et ce, dans un contexte de promouvoir la spécialité. Des représentations seront faites auprès de l’OIIQ par Mme Tremblay.

**Échelle salariale** :

Une mise à jour des travaux sur l’échelle salariale est faite par Mme Soucy qui a rencontré les représentants syndicaux avec la présidente de l’AIPI en septembre dernier. Une échelle temporaire jugée peu satisfaisante par les représentants de l’AIPI est déposée au Conseil du trésor. Selon les processus habituels, une échelle permanente ne peut être définie qu’après l’évaluation de la fonction qui s’effectue une année après sa mise en place.

**29.4.3 Guide de prévention des infections dans les résidences pour aînés**

Le guide en est à l’étape de finalisation du processus d’édition et sera disponible d’ici le 5 novembre au plus tard**.** Ce guide sera le document de référence dans le cadre de la certification des RPA.

**29.4.4 Mesures de prévention et contrôle de l’entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec**

D’entrée de jeu, on souligne que l’Ontario a publié récemment ses lignes directrices et que l’orientation retenue est la même que celle du Québec à savoir «poursuivre la lutte à la transmission de l’ERV.

La diffusion du guide du CINQ est attendue incessamment. Il a été convenu que le guide sera diffusé selon les modalités habituelles. Le message de diffusion renforce la position ministérielle de poursuivre la lutte à l’ERV. Une activité de transfert de connaissance pour les intervenants sera mise en place par l’INSPQ.

Au niveau de la DGSP du MSSS, des travaux sont en cours pour informer les directions concernées du MSS sur huit recommandations dont les enjeux devront être reçus et pris en compte par les instances administratives et de gestion avant d’être portés à l’attention des niveaux régional et local. Ces recommandations touchent la gérance (R-1), l’accessibilité rapide à des résultats des laboratoire (R-2, R-3), l’hébergement approprié à la PCI (R-6, R-18,R-74), la surveillance de l’usage des antibiotiques (R-21) et enfin les zones grises et les ressources en hygiène et salubrité (R-35). À ce chapitre, on remercie les Drs Lamothe et Morissette pour leur soutien et leur implication dans l’élaboration d’un projet de correspondance à adresser éventuellement aux gestionnaires du réseau.

On rappelle que les nouvelles recommandations diffèrent très peu de celles de 1999 si ce n’est qu’elles apportent beaucoup plus de précision. On suggère que des outils d’appropriation soient développés dont un tableau comparatif des recommandations des deux publications.

La région de Montréal est invitée à présenter un tableau comparatif des recommandations de 1998 et 2012, cette dernière ayant déjà amorcé la démarche. Ce tableau pourrait éventuellement être diffusé à l’ensemble des régions.

De plus, on évoque la pertinence d’élaborer un résumé du document qui pourrait être traduit en anglais afin de faciliter le partage d’information avec les autres provinces canadiennes. L’évaluation de la pertinence de cette demande relève de l’INSPQ.

Par ailleurs, il est souligné qu’un message clair doit être donné aux établissements de mettre en œuvre ces recommandations. Chacun d’eux doit se donner la responsabilité de documenter les écarts et difficultés d’application au regard des recommandations et mettre en place les processus de gestion nécessaires pour contrer ses difficultés dont, notamment, la pertinence de faire connaître cet état de situation au niveau régional.

Et enfin, il serait souhaitable que cet *Avis et recommandations* soit discuté aux tables régionales de PCI et que l’orientation de poursuivre la lutte à l’ERV soit portée à l’attention des autres tables régionales comme celles des directeurs de services professionnels, des soins infirmiers, etc. L’AQESSS est aussi un partenaire important de la diffusion de cette orientation.

Dre L.A. Galarneau nous informe que le document sera présenté aux microbiologistes infectiologues dans le cadre de leur rencontre semestrielle qui se tiendra le 23 janvier.

* 1. **Représentant des usagers à la Table nationale de PCI (Fiche et document déposés dans le forum)**

Dre Nadine Sicard présente trois associations qui sont susceptibles d’offrir une représentation intéressante des usagers soit ADVIN, la Fédération des comités des usagers et de résidents du Québec (Conseil de protection des malades) et enfin le Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU).

Les membres sont d’accord d’aller de l’avant avec l’ajout d’un représentant des usagers et privilégient le RPCU qui assure

- une représentation de l’ensemble des régions;

- Approche centrée sur la collaboration;

- mandat d’amélioration de la qualité;

- expérience de travail avec le réseau très positive.

La table recommande au DNSP d’inviter le RPCU à représenter les usagers à la Table nationale de prévention des infections nosocomiales.

**29.6 Travaux de l’INSPQ (L.A. Galarneau, C Frenette, Anne Fortin)**

CINQ :

La dernière rencontre s’est tenue les 11 et 12 octobre.

* L’avis sur les mesures de PCI de l’ERV dans les milieux de soins aigus du Québec est complété mais on est en attente de sa diffusion. Les travaux pour les milieux de réadaptation et de la longue durée s’amorceront dans le courant de l’année.
* Surveillance des infections du site opératoire : outils et méthodologies pour les milieux de soins : la version finale est attendue sous peu.
* Campagne de l’ICSP sur les pratiques exemplaires : révision des outils; l’implantation de la campagne devrait s’amorcer en janvier-février 2013 suite à la mise en place d’un comité directeur tripartite (INSPQ, AQESSS, hôpital Général Juif) et l’allocation d’une ressource professionnelle en soutien aux agences et aux établissements.
* Mesures de prévention et contrôle des infections à l’urgence: élaboration complétée; document en relecture.
* Outils facilitateurs pour soutenir la diffusion locale des résultats de surveillance : en cours. L’opportunité d’arrimer une activité de formation spécifique à ce domaine avec les journées annuelles organisées par l’AIPI au printemps de chaque année est évoquée.
* Document sur les généralités relatives aux pratiques de base et précautions additionnelles ainsi que sur la hiérarchie des mesures est à élaborer. Ce document servira d’assise générale à la PCI et permettra la production de documents plus succincts sur les problématiques particulières (à l’exemple du CDC).

Autres travaux de l’INSPQ :

* Déploiement du système SI-SPIN (Système d’Information pour la Surveillance Provinciale des Infections Nosocomiales)

Le début du déploiement est prévu le 17 novembre. Une double saisie (ancien et nouveau système) sera requise jusqu’au 1er avril 2013. Un troisième bulletin faisant état de l’évolution des travaux est produit et a été diffusé au réseau de surveillance des infections nosocomiales. Les membres intéressés à le recevoir sont invités à en faire la demande par courriel.

* Étude sur l’impact de la mise en place de mesures pour limiter la transmission de l’ERV dans les centres de réadaptation : suite à une demande régionale, l’INSPQ explore une stratégie de recherche pour documenter l’impact de la mise en place des mesures sur l’accessibilité aux soins. La première phase viserait à documenter la problématique dans une perspective systémique et de continuité de soins.
* Formation de base des infirmières en PCI :

L’entente a été renouvelée avec l’Université de Sherbrooke pour la période 2012-2015. La nouveauté de l’entente c’est que l’INSPQ est responsable conjointement avec l’Université de Sherbrooke de faire la promotion du cours.

Les membres sont sollicités par Mme Fortin pour faire connaître les modalités de promotion à privilégier pour la formation de base. On rappelle que cette formation devrait être un pré requis pour l’ensemble des conseillères affectées à la fonction.

* Formation continue :

Le campus virtuel de formation offrira six modules en PCI, notamment sur les notions de base en surveillance et en épidémiologie.

* Entente spécifique INSPQ-MSSS 2012-2015 : l’entente est renouvelée en fonction de la mise en œuvre du plan d’action ministériel 2010-2015. Quelques éléments restent à préciser pour le volet antibiorésistance.

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

L’ensemble des programmes fonctionnent bien et la participation des installations visées est excellente.

**Bactériémies sur cathéters** : le rapport annuel est complété et les taux sont exemplaires à l’exception de la néonatalogie. Pour ce secteur, plusieurs hypothèses sont à explorer notamment l’augmentation de la sévérité des cas admis, la prématurité ainsi que l’augmentation de pathologies abdominales. Par ailleurs, chez les adultes, on note un nombre de bactériémies plus importants sur les unités de soins qu’aux soins intensifs (PICC line?)

Les résultats du sondage sur les processus liés aux cathéters centraux ont été présentés au IDWeek. Ce sondage révèle que plusieurs équipes ne sont pas soumises à des audits. Ce sondage permet de faire un lien entre une utilisation élevée d’ «ensemble de pratiques exemplaires» et un faible taux de bactériémies.

Au regard de la qualité des données, une révision de ces dernières dans diverses installations a permis d’observer que le programme québécois a une spécificité et une sensibilité supérieure à 90 %,

**Hémodialyse :** lerapport 2011-2012 est le 1er qui inclut toutes les unités du Québec.Les taux demeurent stables. L’utilisation de fistules est à la baisse malgré qu’encore cette année, le risque accru de bactériémie lié à l’utilisation de cathéters se confirme. L’application des pratiques exemplaires ne semble pas uniforme dans l’ensemble des services d’hémodialyse. Afin de créer un mouvement d’harmonisation à cet effet, une démarche sera entreprise sous la responsabilité de Dre Tremblay.

**Bactériémies à SARM :** Diminution du nombre d’épisodes encore cette année Le taux global de résistance est de 17% pour l’ensemble des bactériémies au Québec et de 24% pour les nosocomiales.

**Bactériémies totales :** Dr Alex Carignan prend la responsabilité du comité**.** L’obligation de participer au programme pourrait être reportée à l’automne 2013 alors qu’elle était prévue en avril 2013 dans le Plan d’action. Ceci permettrait aux équipes locales de bien se familiariser avec le nouveau système de saisie.

***C. difficile* :** les taux se sont abaissés pour se rapprocher récemment au niveau connu avant l’augmentation de la fin d’année 2011-2012. L’utilisation du PCR étant plus sensible, Dr Longtin étudie actuellement une méthode d’ajustement des taux pour tenir compte de ce facteur. Aussi un sondage sera effectué auprès des installations pour mieux documenter et suivre les changements des méthodes de laboratoire utilisés.

**ERV :** 3762 nouveaux cas pour l’année qui s’est terminé en septembre**.** Le pourcentage de spécimens cliniques et d’infections demeure sensiblement le même. Quatre-vingt-quinze (95)% des cas étaient d’acquisition nosocomiale à l’installation déclarante. Les infectiologues présents évoquent la pertinence de suivre l’utilisation de certaines molécules dont la tigécycline et le linézolide dans le suivi de la résistance de l’entérocoque.

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

M. Beauchemin présente l’indicateur de gestion Gestred sur les zones grises. Cet indicateur a été élaboré à partir de ceux développés par les régions de Montréal et de la Montérégie. L’indicateur sera mesuré à la fin de l’année 2012-2013. On vise une atteinte de 75% dès la première année et 100% à la fin de la 2e année.

Par ailleurs, la direction de la logistique sociosanitaire du ministère, responsable de ce dossier, va réfléchir aux modalités de suivi. Il est alors suggéré que des précisions sur l’interprétation des résultats soient fournies aux agences afin qu’elles puissent effectuer les suivis nécessaires, le cas échéant.

Les membres portent à l’attention de M. Beauchemin, l’importance du partage de solutions intéressantes et de bonnes pratiques dans la gestion des zones grises. À cet effet, on souligne qu’une prise en charge au niveau régional facilite l’actualisation du processus comme peut en témoigner la région 01. De plus, on réitère que les tables régionales en H.S. sont un lieu de partage à privilégier. On ajoute que M. Bruno Dubreuil, ressource provinciale affectée au dossier, est disponible pour soutenir les régions et les établissements.

Formation en H.S : Les démarches à l’effet de trouver une issue permettant de répondre aux besoins de formation des personnes affectées à la fonction dans les établissements se poursuivent. Le ministère a fait des représentations au niveau du MELS afin qu’il considère la faisabilité de la mise en place d’un DEP dans le domaine des services de soutien (buanderie, Hygiène et salubrité, alimentation). Par ailleurs, les associations professionnelles en PCI sont invitées à suivre l’exemple de l’Association Hygiène et salubrité en santé afin de faire valoir la pertinence de cette formation pour assurer des soins sécuritaires dans les milieux de soins québécois auprès du MELS. L’AIPI a été sollicité. CHICA-Montréal le sera dans les prochains jours (fait le 5 nov.).

**29.8 Proposition de modification au calcul du ratio des infirmières en PCI (région de la Capitale nationale / Jasmin Villeneuve; fiche et document déposés sur le Forum)**

Présentation de la problématique et de la proposition de la table régionale de la région 03 par Dr Jasmin Villeneuve de la DSP de la Capitale nationale. Les équipes locales de cette région se disent incapables de répondre à l’ensemble des besoins en PCI bien que les ratios soient comblés selon les exigences du MSSS. L’augmentation de la tâche notamment en surveillance, le roulement de personnel et le non remplacement lors des congés et vacances peuvent expliquer dans une bonne proportion le surcroît de travail. Cependant, il n’y aurait pas eu de bris de services en lien avec la problématique.

Suite aux discussions il n’y a pas eu de consensus à l’effet de soutenir la proposition d’augmenter de 20% les ratios et d’en faire la recommandation au DNSP.

Aussi, à court terme, il n’est pas prévu que le MSSS alloue des budgets additionnels pour augmenter le nombre de ressources infirmières en PCI.

Par ailleurs, plusieurs considérations et alternatives sont apportées et méritent réflexion :

* s’assurer que les ressources spécialisées en PCI sont utilisées de façon optimale et que toutes tâches pouvant être effectuées par d’autres professionnels soient élagués des activités réservées à l’équipe de PCI;
* soutenir la mise en place d’agents multiplicateurs auprès des équipes de soignants ;
* impliquer les équipes de soignants, les comités paritaires etc. pour dispenser la formation de base sur les bonnes pratiques en milieu de soins notamment, le lavage des mains, les pratiques de base, l’étiquette respiratoire, etc.;
* réaménager les ressources en CSSS de façon à ce qu’elles soient réparties pour mieux pour répondre aux besoins requérant une expertise plus spécialisée. À cet effet, une fois les ratios comblés selon les exigences ministérielles, un réaménagement pourrait être effectué entre la courte durée et la longue durée. À ce chapitre, il faut souligner que dans la région de Québec, la majorité des infirmières oeuvrant en courte durée ne font pas partie d’un CSSS;
* envisager différents modes de surveillance et questionner de façon régulière la pertinence de maintenir des programmes continus de surveillance tant au niveau provincial que local;
* outiller les services de PCI de façon à faciliter la surveillance locales des infections et des processus, notamment par le choix d’une application informatique adéquate.

Il est convenu que le portrait provincial de l’atteinte des ratios à la fin de la 7e période administrative serait présenté à la rencontre de décembre.

**29.9 Démarche relative à l’utilisation d’un logiciel sur la surveillance locale des infections nosocomiales**

Afin de réfléchir à l’opportunité de faire une démarche provinciale pour le choix d’un logiciel de surveillance locale, M. Bolduc présente le processus d’évaluation effectué dans la région du Bas St-Laurent. II fait ressortir l’investissement de temps (et éventuellement d’argent) exigé de la part des organisations participantes à la démarche. D’autres parts, il souligne les avantages et les gains de productivité qui peuvent être anticipés par l’utilisation d’un logiciel de surveillance adapté, quel qu’il soit (voir fiche).

Bien qu’une proportion importante d’établissements ne soit pas encore dotée d’une application informatique, l’approche provinciale pourrait s’avérer sous-optimale puisque plusieurs régions ont déjà entamé une démarche similaire. Toutefois, on souligne l’importance de référer à un cadre normatif universel pour uniformiser la terminologie et ainsi permettre les comparaisons inter-établissements. Il faudrait à nouveau amorcer une réflexion sur les éléments incontournables à considérer afin de se doter d’un logiciel adéquat : cadre normatif en lien avec les programmes provinciaux, interfaces avec les services qui s’avèrent essentiels pour assurer un suivi adéquat (admission, labo, pharmacie etc.).

En conclusion, la Table recommande que chaque établissement se dote d’une application informatique, et ce à court terme, afin d’optimiser l’utilisation des ressources infirmières déjà décrites comme insuffisantes par plusieurs intervenants du réseau.

On réitère que de tels outils sont cruciaux pour la surveillance de l’utilisation optimale des antibiotiques et que moins de 5% des CH sont outillés. On souligne le fait que dans les Laurentides, une application informatique développée avec la collaboration de l’agence et des établissements permet de connaître la consommation d’antimicrobiens en temps réel.

29.10 Correspondance :

29.10.1 Normes d’agrément Canada au regard de la vaccination contre l’influenza des travailleurs de la santé en établissement

Demande du DNSP à la direction de la qualité afin qu’elle amorce les démarches auprès d’Agrément Canada pour ajouter la mesure de la couverture vaccinale comme un POR. De son côté, la DGSP effectuera une sensibilisation auprès des représentants des provinces afin que la mesure souhaitée puisse faire l’objet d’un consensus canadien.

29.10.2 Étude de prévalence sur les bactéries multirésistantes (SARM, ERV, *C. difficile*)

L’étude effectuée en novembre 2010 se répétera cette année. Cependant peu de membres ayant eu l’opportunité de prendre connaissance des résultats de cette première étude, Mme Tremblay s’assurera de les obtenir et les fera suivre aux membres (fait le 24 octobre).

29.10.3 Grille d’évaluation des décès

Cette grille a été élaborée dans le cadre de l’exercice d’évaluation des décès dans le contexte d’une augmentation des complications secondaires aux infections par le *Clostridium difficile* au printemps 2007 à l’Hôpital Saint-François d’Assise du CHUQ. Elle permet de caractériser le tableau clinique de la clientèle décédée. Elle a été acheminée aux équipes le 2 octobre dernier en les invitant à l’utiliser lors d’éclosion lorsqu’une investigation plus systématique est nécessaire.

29.10.4 Documents produits par l’ASPC : Commentaires acheminés pour les documents sur le *C. difficile*, l’hygiène des mains et grippe saisonnière pour la gestion dans le contexte des soins à domicile.

**29.11 Questions diverses :** aucune n’est porté à l’attention des membres

**29.12 Levée de la rencontre**

La rencontre a été levée vers 16h.

**Prochaine rencontre**

**11 Décembre 2012**

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

**Québec : 1005 Chemin Ste-Foy, salle SS60**