Approuvé le : 12 mars 2013

**11 décembre 2012**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auger Danielle | Directrice de la protection de la santé publique/MSSS | Non |
| Beauchemin Marc | Direction de la logistique sociosanitaire | Oui |
| Beaudreau Lucie | Représentante de l’INSPQ (remplacement d’Anne Fortin) | Oui |
| Bernier Sylvie | Représentante de la Direction de la qualité, MSSS | Non |
| Bolduc Daniel | DPSP(MSSS) | Non |
| Bourgault Anne-Marie | Représentante du groupe vigilance pour la sécurité des soins | Oui (P.M.) |
| Cohen Linda | Représentante de la Table régionale de la Montérégie (Pierre-Boucher) | Non |
| Fortin Anne | Représentante de l’INSPQ | Non |
| Frenette Charles | Président du comité SPIN | Oui |
| 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 | 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 | Représentante de la DSP de Montréal | Oui |
| Sicard Nadine | DPSP (MSSS) | Oui |
| Tremblay Cécile | Représentante du LSPQ | Oui |
| Tremblay Claude | Représentante de l’AMMIQ | Oui |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Oui |
| Invitée |  |  |
| Cat Tuong Nguyen | Stagiaire DSP de Montréal | 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)**

30.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h45 par Dr François Lamothe, président de la Table. Il souhaite la bienvenue à la Dre Cécile Tremblay, directrice scientifique au LSPQ qui siègera à titre de représentante de ce dernier.

30.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté suite aux modifications suivantes :

30.10 Le point correspondance est supprimé et remplacé par le retraitement des dispositifs médicaux (Claude Marcil)

30.11 Questions diverses

Approche adaptée à la personne âgée (Sandra Savery).

30.3 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue le 23 octobre 2012

Le compte-rendu est adopté sur la proposition de Mme Sandra Savery appuyée par Mme Chantal Soucy suite à la modification apportée au point 29.4.2 qui se lira comme suit :

«De façon générale, les membres témoignent d’une mobilisation mitigée autour du déploiement de cette spécialité tant par les infirmières en poste que par les gestionnaires.»

**30.3.1** **Spécialité en PCI**

Mme Tremblay s’est entretenue avec Mme Suzanne Durand, directrice du Développement et soutien professionnel de l’OIIQ afin d’être en mesure d’apporter les précisions suivantes au regard des coûts relatifs à l’obtention de la certification d’infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections.

Les précisions obtenues sont les suivantes (certaines infos ont été complétées par un échange courriel après la présente rencontre) :

* Aucun frais n’a été exigé aux infirmières qui ont fait une demande d’études de dossier dans les six premiers mois suivants la mise en vigueur du règlement, que ce soit pour la clause transitoire ou pour le comité d’admission par équivalence. À cette étape, l’OIIQ a envoyé plus de 80 lettres aux infirmières qui répondraient aux critères pour les inciter à faire évaluer leur dossier gratuitement. De plus, le registraire a téléphoné à toutes les infirmières qui n’avaient pas fait de suivi avec l’OIIQ pour les informer de présenter leur dossier et ce, gratuitement.  Selon les données du registre, 26 infirmières ont refusé. Ces dossiers seront conservés deux ans dans l’éventualité où ces infirmières changent d’idée. Dorénavant, pour les nouvelles demandes qui seront déposées à l’OIIQ, des frais de 632,36 $ seront exigés pour l’étude du dossier. Quant à l’examen, le coût est de 804,83 $.

Madame Durand précise que 19 infirmières se sont vues reconnaître spécialistes par la clause transitoire. Un comité d’admission par équivalence a eu lieu le 5 décembre dernier, et certaines infirmières seront invitées à se présenter à l’examen.

Par ailleurs, certains membres de la Table demandent que l’OIIQ prenne en compte la certification décernée par le *Certification Board on Infection Control and Epidemiology Inc.*(CIC). On les informe que cette disposition est considérée dans l’évaluation du dossier.

Une correspondance par courriel sera adressée à l’OIIQ afin de les sensibiliser au fait que la langue d’examen étant exclusivement le français, rend difficile l’accessibilité à la certification pour certaines infirmières de langue anglaise.

Par ailleurs, on réitère que dans le cadre de la formation de spécialiste, la libération des infirmières pour les stages demeure difficile bien qu’elle soit permise dans le cadre des conventions collectives. Il est pénalisant pour le milieu de travail de se priver d’une ressource et, sur le plan personnel, il faut prévoir une absence de rémunération. Cependant, on observe que les bourses d’études offertes par les associations professionnelles bien qu’intéressantes, demeurent sous-utilisées.

Il serait apprécié que les associations professionnelles (AIPI, CHICA) sensibilisent leurs membres et les ordres régionaux à l’utilisation de bourses pour compléter leurs études de 2e cycle.

Il est à nouveau demandé qu’une approche facilitante soit mise en place par les gestionnaires du réseau pour soutenir

1. la formation des spécialistes;
2. et la formation des conseillères nouvellement affectées à la fonction. Ces dernières devraient compléter sans délai le cours d’introduction à la PCI. On souligne que ce cours, issu du cours de base développé par l’INSPQ, est actuellement dispensé en ligne est accessible à l’Université de Sherbrooke.

Pour ce dernier point, il est suggéré qu’une sensibilisation des directeurs de soins infirmiers soit effectuée par l’intermédiaire de l’AQESSS lors de leur prochaine rencontre. Madame Ulysse assurera le suivi.

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

Le guide est disponible sur le web depuis le 1er novembre 2012. L’envoi des documents imprimés a été complété le 12 décembre.

On précise qu’un erratum a été joint au document afin de préciser au chapitre de la gale qu’une seule application de lotion ou crème était requise pour les contacts asymptomatiques.

La prise en charge de la formation en lien avec la PCI pour les intervenants de ces résidences sera partagée avec la DGSS et autres partenaires afin de prendre en compte les exigences du règlement d’application de la Loi16: les préposés seront formés par les commissions scolaires (environ 37) dans le cadre d’un diplôme d’études professionnelles et les exploitants le seront par le soutien de leur caisse de formation continu, la Formarès. Quant aux intervenants du réseau, ayant des liens de services avec ces résidences, notamment le personnel du soutien à domicile ainsi que les intervenant impliqués dans les agences, une activité de transfert de connaissance est prévue durant le premier semestre 2013.

Par ailleurs, certaines dispositions à venir dans le règlement d’application de la loi 16 ont commencé à s’actualiser depuis le 30 novembre dernier. Le réseau des RPA étant fort complexe, il est nécessaire que la transition vers la nouvelle réglementation fasse l’objet d’une attention particulière.

On souligne que le sujet des RPA suscite l’intérêt de la population et à cet effet il est proposé d’évaluer la pertinence de présenter le nouveau document dans des «médias grand public». À discuter avec la direction des communications.

**30.3.3 Mesures de prévention et contrôle de l’entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec : correspondance aux DG**

La diffusion de l’Avis et recommandations publié par l’INSPQ et son comité CINQ s’est effectuée le 15 novembre. Jusqu’à maintenant, nous avons reçu très peu de réactions du réseau. Dre L.A. Galarneau présentera les recommandations à la rencontre semi-annuelle de l’AMMIQ en janvier. Il est suggéré de faire de même avec les DG d’établissements par l’intermédiaire de leur forum qui se tient généralement aux 4 à 6 semaines.

Le projet de correspondance aux directeurs généraux des établissements a été circulé aux membres du comité ministériel sur les infections nosocomiales. Il sera discuté avec les présidents des tables régionales lors de la rencontre prévue le 24 janvier prochain afin d’être complété et acheminé aux DG des établissements en février ou mars. Le moment serait opportun puisque les établissements effectuent leurs prévisions budgétaires à ce moment de l’année.

30.3.4 Suivis des ratios en PCI (période 7, 2012-2013)

Le relevé selon les données recueillies par le formulaire Gestred à la période 7 (P7) est déposé. Selon les membres présents, ce relevé trace un portrait très imprécis de la situation. L’on note une surestimation dans certaines régions alors que dans d’autres, on observe une sous-estimation. L’assiduité à compléter les données étant généralement moins rigoureuse à P7, il sera important de faire l’exercice à la fin de l’année administrative et de les porter à l’attention des instances régionales. On mentionne même que dans le contexte budgétaire actuel, certains établissements ciblent un ratio inférieur à celui recommandé (ex. 1/133 pour les CH universitaires versus1/100).

L’INSPQ prévoit la remise en place d’un registre pour mieux documenter le roulement de personnel en PCI. La Table appuie cette stratégie qui permettra une connaissance plus détaillée de la situation.

Les membres sont informés que la DPSP explore actuellement la possibilité de réintroduire l’indicateur sur les ratios dans les ententes de gestion 2014-2015 et ce, avec le soutien de la DGSSMU, afin de maintenir la mobilisation des établissements à ce sujet.

30.4 Rattachement administratif du programme de PCI

En l’absence de Dre Gourdeau, ce point est reporté à la prochaine rencontre.

30.5 Révision de la Norme PCI par Agrément Canada (cf. fiche déposé sur le forum / S. Savery, I. Laperrière)

Le groupe de travail pour la révision de la Norme PCI a tenu sa première rencontre à Ottawa le 26 Novembre. Mme Savery a participé à titre de représentante de la Table Nationale et Mme Laperrière y était invitée à titre de présidente de l’AIPI. Une prochaine rencontre est prévue en mars 2013. Les travaux devraient être complétés en janvier 2014.

Tel que consigné sur la fiche, les changements demandés précédemment par le Québec ont été reçus par le groupe de travail d’Agrément Canada auquel participent des représentants de toutes les provinces. En bref, les changements ayant fait l’objet d’un premier consensus sont :

* l’inclusion des processus dans la surveillance;
* la mesure de la couverture vaccinale contre l’influenza ainsi que la consignation du statut vaccinal contre certaines maladies à l’embauche du travailleur;
* le retrait des critères associés au retraitement des DM critiques et semi-critiques de la norme de PCI;
* des ajouts en H.S. au regard de la formation, du contrôle de la qualité, des zones grises et des processus d’évaluation du risques;
* l’inclusion de contrôles techniques au regard de l’environnement physique;
* et enfin le rapatriement du volet pandémie dans la norme leadership, celui-ci requérant une vaste mobilisation transversale de tout l’établissement.

Aussi, on souligne que le processus d’Agrément permettra une avancée importante au regard de la pharmacovigilance puisque cette dernière figurera comme POR (pratique organisationnelle requise). À cela, s’ajoute le gain obtenu par l’AMMIQ lors des dernières négociations avec le gouvernement à l’effet que soient rémunérées les activités exercées dans ce champ de pratique. Il sera intéressant de suivre l’impact de telles mesures sur les développements et ce, en lien avec la circulaire de gestion émise précédemment.

30.6 Suivi des travaux en hygiène et salubrité (Marc Beauchemin)

* Indicateur de gestion sur les zones grises : le recueil des données est prévu à la fin de l’année financière 2012-2013. Pour cette première année, l’Indicateur est en expérimentation.
* Guide sur la gestion intégré de la qualité progresse très bien. Le document devrait être finalisé au printemps-été 2013.
* Formation des préposés en hygiène et salubrité : les travaux se poursuivent avec le MELS pour que la formation puisse répondre aux besoins du réseau. Aussi à ce chapitre, on souligne que bien qu’actuellement une révision des exigences de postes est en cours au MSSS, il n'est pas évident d’inscrire une exigence de formation pour l’obtention d’un poste en H.S.

**30.7 Travaux de l’INSPQ**

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

**Bactériémies sur cathéters** : les résultats du sondage sur les processus liés aux cathéters centraux ont été présentés au CINQ .

**Hémodialyse :** après cinq années de surveillance, nous ne sommes pas en mesure d’observer une baisse des taux ce qui peut soutenir la mise en place d’un ensemble de pratiques exemplaires pour lequel des travaux sont amorcés. Une première proposition est sur la planche de travail.

**BACTOT (bactériémies totales) :** le rapport annuel devrait être disponible sous peu. Cette surveillance est un outil pertinent pour le suivi de la résistance aux antibiotiques.

***C. difficile* :** les taux se sont abaissés pour rejoindre le niveau connu avant l’augmentation de la fin d’année 2011-2012. Dr Longtin travaille avec un groupe pour élaborer un outil succinct (aide-mémoire) consignant l’ensemble des activités à réaliser pour prévenir et contrôler la transmission, notamment lors d’éclosion.

**Bactériémies à SARM :** les travaux devront être harmonisés, notamment ceux du groupe SPIN-SARM et du groupe de travail sur le SARM communautaire.

**ERV :** Le rapport a été présenté à CINQ et sera disponible au début de l’année 2013.

**SI-SPIN** (Système d’information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales)

Lanouvelle plateforme pour la saisie des données des programmes provinciauxest en implantation. Ce nouveau système semble exiger une meilleure connaissance des protocoles de la part des infirmières qui font la saisie ce qui pourrait dans certains cas compromettre la validité des données. Les équipes de soutien à l’INSPQ devront porter une attention particulière afin de reconnaître rapidement les champs de saisie les plus vulnérables au risque d’erreur. Par ailleurs, un comité d’implantation est en place pour recevoir et analyser les demandes de changements reçus des usagers.

À ce jour, plus de 225 utilisateurs éventuels du SI-SPIN ont été formés. Les commentaires au regard de cette formation sont très positifs.

Rapport de surveillances des différents programmes

On réitère le besoin que des rapports annuels, bien que plus concis, puissent être produits pour soutenir l’analyse des données. Ces rapports annuels devraient contenir un bref sommaire qui pourrait être traduit en anglais.

Pour les problématiques particulières, des rapports d’analyse pourront être rédigés au besoin.

Surveillance de l’antibiorésistance :

À plusieurs reprises au cours de la présente rencontre, on a fait ressortir l’importance d’arrimer les travaux au regard de la surveillance de l’antibiorésistance. Plusieurs organisations et comités se penchent sur cette thématique, notamment le comité qui travaille sur le SARM communautaire, celui qui s’intéresse aux Gram-négatifs, le comité d’experts sur la résistance aux antibiotiques (CERA), ainsi que l’INSPQ, le LSPQ et la DSP de Montréal. Dans certains cas, les recommandations sur un même sujet peuvent différer. De plus, on convient de l’importance de standardiser les méthodologies utilisées en laboratoire.

Par ailleurs, dans un numéro récent du New England Journal on rapporte une éclosion d’infections à KPC dans laquelle on compte sept (7) décès ce qui démontre l’urgence d’agir dans ce domaine. De plus, le projet pilote réalisé au LSPQ a permis de documenter des situations d’éclosions et démontre qu’une surveillance structurée permet d’agir plus rapidement et ainsi mieux contrôler la situation,

Il est proposé qu’une démarche coordonnée et concerté soit effectué afin qu’une structure aussi efficace que le SPIN soit mis en place pour la surveillance de la résistance bactérienne.

Il est impératif d’instaurer et de centraliser la surveillance, notamment des KPC et autres agents infectieux en émergence. À court terme, le LSPQ devrait être mandaté à cet effet et recevoir les ressources financières nécessaires à la réalisation du mandat.

Présentation des travaux du CINQ et de l’INSPQ (L.A. Galarneau, Lucie Beaudreau):

La dernière rencontre du CINQ s’est tenue le 22 novembre.

* Rapports de surveillance : suite aux travaux effectués pour préciser les besoins des usagers des systèmes de surveillance, M. André Simpson et Dominique Gagnon ont présenté la nouvelle formule qui sera disponible aux usagers du SI-SPIN. Les données seront accessibles à l’infocentre en temps réel sous forme de tableaux de bord qui répondront aux demandes spécifiques des établissements. Cette nouvelle disposition est prévue au début de l’année financière 2013-2014.
* Présentation du plan d’action du CINQ : ce dernier est arrimé au plan d’action ministériel 2010-2015. À court terme, on privilégie l’implantation de la *campagne québécoise des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Les ensembles de pratiques exemplaires à intégrer dans cette campagne sont en révision pour s’assurer qu’elles correspondent aux orientations québécoises notamment celles sur la prévention des bactériémies sur cathéters et la prévention des infections de sites opératoires. Vu l’importance des infections urinaires sur cathéters, on compte élaborer un ensemble de pratiques sur ce type d’infections. Le comité directeur (INSPQ, AQESSS, hôpital Général Juif, MSSS) de cette campagne tiendra sa première rencontre le 7 février.
* Élaboration des lignes directrices pour la prévention et le contrôle de l’ERV dans les CHSLD et les centres de réadaptation : les travaux sont amorcés.
* Cours d’introduction à la PCI offert par l’université de Sherbrooke en collaboration avec l’INSPQ: la cohorte pour la session d’hiver est complète. On même dû augmenter le nombre de places à 40 (10 places de plus que prévu initialement).
* Cours de formation en épidémiologie de terrain (GÉPITER) : la subvention a été renouvelée pour trois ans ce qui rend possible un certain développement.
* Surveillance des infections du site opératoire : outils et méthodologies pour les milieux de soins : la version finale a dû être mise en attente pour s’arrimer avec la nouvelle proposition du CDC au regard de la période de surveillance suite à l’implantation d’une prothèse. Cette période est raccourcie à trois mois alors qu’elle était de 12 mois antérieurement.
* Mesures de prévention et contrôle des infections à l’urgence: élaboration complétée; le document sera présenté au CIPIN le 17 décembre.
* ERV : l’activité de transfert de connaissance est prévue à la fin janvier.

**30.8 Recommandations ERV : Comparaison de l’édition 2012 avec celles de 1999 et enjeux (C. Soucy).**

Mme Soucy a présenté brièvement le tableau comparatif élaboré par l’équipe de la DSP de Montréal (fichier acheminé aux membres). Comme mentionné précédemment, ce tableau réaffirme que les nouvelles recommandations diffèrent très peu de celles de 1999 si ce n’est qu’elles apportent beaucoup plus de précision. Suite à la demande de la table, Mme Soucy rendra le tableau accessible aux autres régions par l’intermédiaire du FIN.

Dans un 2e temps, Mme Soucy ressort les enjeux ciblés par la DSP de Montréal au regard de l’application de ces lignes directrices et situe l’importance de souscrire à l’approche de la hiérarchisation des mesures pour obtenir des résultats durables en PCI. Les principaux enjeux qui rendent difficile la prévention et le contrôle de la transmission de l’ERV à Montréal sont :

* La vétusté des établissements de santé : peu de chambres individuelles, toilettes partagées, espaces exigus;
* La gestion des zones grises en hygiène et salubrité ainsi que le manque de ressources et d’encadrement dans ce secteur;
* Le volume de tests de dépistages générés par ces recommandations (capacité des labos et coûts);
* La disponibilité de tests de détection rapide (PCR) notamment lors d’éclosion et délais d’obtention des résultats (< 50% en deça de 48 h.).

30.9 Application diligente des mesures de PCI pour les cas de MRS (fiche déposée sur le forum).

La direction de la protection de la santé publique est préoccupée par le risque d’introduction d’un cas de MRS d’origine infectieuse via l’urgence. Au cours des dernières années, quelques anecdotes laissent voir un manque de diligence dans l’application des mesures de PCI au regard de tels cas. La DPSP est à la recherche d’une solution systémique «efficace» qui empêcherait qu’un cas de MRS puisse être introduit dans un milieu de soins sans qu’aucune mesure ne soit prise.

Dans un premier temps, Dre Cécile Tremblay (directrice au LSPQ) présente la définition de cas de l’OMS au regard du nouveau coronavirus (nCoV) qui a été décelé chez des malades entre les mois d’avril 2012 et octobre 2012 dans trois pays du Moyen Orient. Elle précise la directive acheminée aux responsables de microbiologie à l’effet que des échantillons respiratoires doivent être acheminés au LSPQ pour les individus qui présenteraient un tel syndrome.

Par la suite les membres sont invités à partager leurs suggestions au regard d’une solution systémique.

D’emblée, les membres évoquent :

* la sensibilisation des associations professionnelles directement concernés par la PCI à l’urgence (Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec, Association des médecins d’urgence du Québec, autres);
* la sensibilisation des équipes de PCI à faire des audits à l’urgence;
* l’importance de s’assurer que les modalités d’application de l’étiquette respiratoire sont en place (espace réservé dans les salles d’attente, disponibilité des solutions hydroalcooliques et du masque). Cependant, on précise l’importance que les MRS et l’étiquette respiratoire fassent appel à deux niveaux différents de vigilance;
* l’évaluation de la pertinence que l’étape du triage soit effectuée avant l’inscription (en partie? en totalité?);
* la mise en place d’exercices de simulations sur une base périodique (en partenariat avec la sécurité civile).

La recherche d’une solution systémique devrait être portée par plusieurs directions du MSSS ainsi que par la sécurité civile.

30.10 Retraitement des dispositifs médicaux (Claude Marcil)

**30.10.1 Bilan des visites d’Agrément Canada**

M. Marcil nous présente un bilan des résultats obtenus au regard des normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables dans le cadre du processus d’agrément. On retrouve dans le fichier PowerPoint déposé sur le forum, les résultats obtenus pour les années 2009, 2010 et 2011 pour le Québec et le Canada. Les diapositives 4 et 10 présentent de façon succincte les points forts et les points à améliorer.

**30.10.2 Rencontre des répondants répondant régionaux en RDM tenu le 5 décembre2012**

Plusieurs régions ont participé à cette rencontre (13/18 régions). Les points abordés ont permis une mise à jour du dossier en lien avec le Plan d’action sur les infections nosocomiales 2010-2015. Les points suivants ont été présentés : le mécanisme décisionnel en présence d’une situation problématique de retraitement, le rôle de la personne pivot, le centre d’expertise du retraitement des dispositifs médicaux (CERDM) (Mandat, rôle et site web), les guides d’aménagement de l’URDM et endoscopie et enfin les différentes formations offertes par le Cégep -St-Laurent.

M. Marcil fait ressortir le succès de l’offre de formation en ligne à laquelle se sont inscrites environ 300 personnes depuis sa mise en place le premier avril 2012 ce qui correspond au double de l’objectif(150) fixé au départ.

**30.11 Questions diverses : Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)**

Un membre sensibilise le groupe au programme de l’AAPA. Certaines orientations contenues dans le programme peuvent entrer en conflit avec la PCI. La DPSP prendra contact avec M. Sylvain Gagnon de la DGSS afin d’obtenir des précisions. Un suivi sera fait lors de la prochaine rencontre.

**29.12 Levée de la rencontre**

La rencontre a été levée vers15h30.

**Prochaine rencontre**

**12 mars 2013**

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

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