Approuvé le : 18 juin 2013

**12 mars 2013**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auger Danielle | Directrice de la protection de la santé publique/MSSS | Oui ( P.M.) |
| Beauchemin Marc | Direction de la logistique sociosanitaire | Oui (visio) |
| Bernier Sylvie | Représentante de la Direction de la qualité, MSSS | Non |
| Bolduc Daniel | DPSP(MSSS) | Oui |
| Bouchard Audrey | Représentante de l’AQESSS | 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 |
| Galarneau Lise-Andrée | Présidente du CINQ | Oui |
| Gourdeau Marie | Représentante de l’AMMIQ | Non |
| Hudson Patricia | Représentante de la TCNMI | Oui (visio) |
| Laberge Sylvie | Direction de la qualité | Non |
| 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 | Non |
| 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 Cécile | Représentante du LSPQ | Non |
| Tremblay Claude | Représentante de l’AMMIQ | Oui (visio) |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Non |
| 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)**

31.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h35 par Dr François Lamothe, président de la Table. Il souhaite la bienvenue à Mme Audrey Bouchard**,** Directrice des soins infirmiers et de la prévention des infections au CSSS du Sud de Lanaudière et M. Pierre Blain du Regroupemenrt provincial des comités des usagers. Ces deux nouveaux membres représenteront respectivement les membres de l’AQESSS et les usagers. Par la suite, un tour de table est effectué pour permettre aux membres de se présenter.

Dr Lamothe nous informe que Dre Marie Gourdeau a reçu le prix Louis Pasteur de l’AMMIQ. Il souligne son dévouement à la cause des infections nosocomiales Des félicitations lui seront adressées de la part des membres de la Table.

31.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition de Claude Marcil et L.A. Galarneau suite aux ajouts suivants

31.7. Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales en soins de longue durée:

31..13 Questions diverses : Rougeole

31.3 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue le 11 décembre 2012

Le compte-rendu est adopté sur la proposition de Mme Chantal Soucy appuyée par Dre L.A. Galarneau suite à la correction apportée au point 30.7 Surveillance de l’antibiorésistance. Au 2e paragraphe, on mentionne l’article du New England Journal qui rapporte une éclosion d’infections à KPC dans laquelle on compte sept (7) décès et non pas neuf comme mentionné dans le C.R.

**31.3.1** **Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés** (Nadine Sicard)

La Table est informée de l'adoption du règlement sur la certification des RPA et son entrée en vigueur le 13 mars 2013. Les articles de loi qui touchent à la PCI, plus particulièrement l'utilisation du guide de PCI dans les RPA sont résumés pour les membres. Au sujet de la formation, les préposés aux bénéficiaires qui travaillent dans les RPA auront l'opportunité d'obtenir une équivalence (bilan des acquis) pour les compétences en PCI au cours de l'automne 2013. Ceux qui n'ont pas d'équivalence devront compléter une formation complémentaire, qui sera offerte par les commissions scolaires. Des mesures transitoires seront en place jusqu'en 2015 pour compléter les formations. La formation pour les PAB devrait être offerte à partir de l'automne 2013, les détails du calendrier des formations suivront. Un pilote est prévu en mai. La DGSP a commenté le contenu de la formation en collaboration avec la DGSSS.  
  
La formation des exploitants des RPA pour le volet PCI est en discussion entre la DGSSS et la DGSP. Si une DSP régionale souhaite y contribuer, cela relève de l'organisation régionale. Le MSSS n'a pas d'attentes à ce niveau de la part des DSP.  
  
Une activité de transfert des connaissances pour les intervenants de santé publique (DSP et CSSS) est prévue pour 2013, probablement à l'automne. Les détails suivront à ce sujet.

Il est prévu dans ce règlement que des ententes de service soient conclues entre les CSSS et les RPA. Il est important de protéger le rôle des infirmières en PCI dans les CSSS où la tâche est extrêmement lourde. Les infirmières en PCI ne peuvent être l’intervenant ressource de première ligne pour les RPA sans compromettre la qualité des services qu’elles offrent à l’ensemble du CSSS. Certains membres nous rapportent avoir utilisé un modèle de coaching des infirmières du SAD par les infirmières de PCI afin de répondre aux besoins des RPA. Cette approche a connu un bon succès tout en protégeant les ressources de PCI destinées à l'établissement.

**31.3.2 Approche adaptée à la personne âgée (M.T.)**

En 2011, le MSSS a publié un cadre de référence de l’Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Mme Tremblay a pris connaissance du module de formation *Adaptation de l’environnement «de l’intention à l’action«*, novembre 2011 (fichier acheminé aux membres le 20 mars).

Elle précise qu’il s’agit d’un guide de référence qui est présenté comme des suggestions qui doivent être adaptées à chaque établissement puisqu’aucun n’est soumis aux mêmes contraintes environnementales. On y valorise l’intervention concertée et une section est consacrée à la prévention des infections. Cependant on note qu’aucun élément n’est apporté au regard des mesures environnementales nécessaires pour soutenir l’hygiène des mains. Il serait important de vérifier s’ils sont inclus dans un autre module. Par ailleurs, on a relevé deux coquilles (accessibilité aux journaux et revues et la distance minimale entre deux lits) qui seront portés à l’attention des responsables de cette publication. Un suivi sera fait auprès de la DGSSS par M. Tremblay.

Suite aux commentaires des membres, il ressort qu’il est extrêmement important que l’équipe locale de PCI soit impliquée dans le développement de cette approche.

**31.4 Adoption de la modification apportée au procédurier de la Table nationale de prévention des infections**

La modification apportée à la section 4.1 à l’effet d’inclure un représentant des usagers comme membre actif de la Table a été adoptée à l’unanimité.

**31.5 Rattachement administratif du Programme de PCI (Fiche / Marie Gourdeau)**

Dre Gourdeau étant absente, Dr Lamothe et Mme Tremblay présentent le point (voir fiche). L’objet de la fiche est une demande à l’effet que le rattachement administratif de la PCI soit évalué par sondage dans l’ensemble des établissements du Québec.

Il est précisé que le cadre de référence à l’intention des établissements n’avait pas présenté un modèle unique afin de respecter les rattachements hiérarchiques qui fonctionnent bien.

Ce qu’il ressort des discussions :

* Il existe plusieurs modèles d’organisation dans les établissements de santé du Québec (gestion par programmes, etc) ce qui rend très difficile, voire impossible, l’application d’un modèle unique;
* La PCI est extrêmement dépendante des intervenants en place. C’est avant tout une question de leadership (champion local en PCI);
* La transversalité de la PCI demande une habileté et un grand soutien de la direction et à cet effet il semble que les rattachements les plus près de la direction générale soient en meilleure position pour soutenir le programme de PCI;
* Les tables régionales pourraient être un premier lieu d’échange pour explorer les différentes avenues notamment lorsqu’un établissement est en difficulté;
* Les gains opérationnels acquis au cours des dernières années doivent être suivis de près afin de les maintenir.

En conclusion, les membres sont d’avis

* qu’un sondage serait peu utile pour mettre en lumière de nouveaux enjeux et solutions afin de dégager les rattachements administratifs les plus efficients;
* qu’une flexibilité est souhaitable en autant que le leadership puisse être fonctionnel;
* que ce volet soit investigué lors d’éclosion afin de documenter non seulement les mesures cliniques mais aussi les mesures administratives;
* des questions spécifiques à la gestion du programme seraient à inclure dans les outils en développement par les comités SPIN (ex.la transmission de l’information au D.G., au C.A., etc)

Par ailleurs, à ce chapitre on aborde l’importance de l’imputabilité et de l’engagement des DG au regard de la PCI notamment au regard du suivi des tableaux de bord et de la diffusion publique des données locales. Y aurait-il lieu de sensibiliser à nouveau le réseau à cet effet? Il est suggéré que ce volet soit discuté lors d’une prochaine rencontre.

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

Mesdames Laperrière et Savery nous informent de l’avancement des travaux suite à la dernière rencontre du comité de révision qui s’est tenue à Ottawa le 22 février dernier. Elles présentent la nouvelle structure pour la norme PCI qui sera divisée en quatre sections : planification, implantation, formation et évaluation du programme (plus de détails sur la fiche). Elles sont satisfaites de l’évolution des travaux jusqu’à maintenant.

**31.7 Retraitement des dispositifs médicaux (Fiche / Claude Marcil)**

**Guide d’endoscopie** : nouvelle publication disponible sur le site du MSSS  dans la partie documentation/répertoire des guides de planification immobilière à l’adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/repertoire\_planification\_immobiliere.php

* On y retrouve une description des activités, de la logistique, et des tendances en terme d’aménagement.
* Au niveau des éléments de programmation : on retrouve les critères de conception, organisation spatiale et un calcul des superficies
* Et enfin, une liste des références.

**Guide d’aménagement du bloc opératoire – salle de réveil- Chirurgie d’un jour**

Cinq rencontres de travail ont été tenues dans des établissements différents permettant ainsi de concilier la visite de bloc opératoire et la rencontre de travail pour l’élaboration du guide. Une dernière rencontre est prévue avant de soumettre le guide au comité de lecture.

**Lignes directrices  et modes opératoires en retraitement des dispositifs médicaux réutilisables de type critiques**:

La révision en équipe du document est complétée. Une nouvelle version sera soumise au comité de lecture sous peu.

**Avis scientifique sur la manipulation à mains nues des dispositifs médicaux critiques après nettoyage manuel**: est disponible à l’adresse suivante <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1605_AvisScientManipuMainsNuesDisposiMedCritiApresNettoyManuel.pdf>

M. Marcil présente l’ensemble des recommandations. En conclusion, le risque de transmission d’infections dans des conditions de travail sécuritaires et conformes est négligeable suite au nettoyage manuel. Cependant, le port de gants demeure recommandé pendant la manipulation des DM critiques si la peau des mains n’est pas intacte (lésion cutanée, dermatite, plaies, etc.)

**Mécanisme décisionnel**: En lien avec l’action 17 du plan d’action, le document du mécanisme décisionnel relatif au traitement d’un risque d’infection nosocomiale est en voie d’être finalisé. Ce document vient préciser les rôles et responsabilités des instances locales, régionales et nationale en matière de gestion de risque infectieux relié au RDM .

**Avis**: deux avis seront émis sous peu par le CERDM pour informer le réseau des risques reliés à l’utilisation des dispositifs suivants :

1. pistolets à biopsie : les établissements seront appelés à s’assurer de suivre rigoureusement la procédure de nettoyage et désinfection émise par le manufacturier.
2. Stérilisateur à billes: un rappel sera effectué à l’effet que Santé Canada ne recommande plus l’utilisation de ce type d’appareil depuis 1998.

Les membres réitèrent l’importance de se doter de modalités de communicationqui permettront de rejoindre l’ensemble du réseau public et privé susceptibles d’être touchés par ces avis.

**31.8 Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales en soins de longue durée** (Chantal Soucy)

Madame Soucy précise que le document a été élaboré par les membres du regroupement en CHSLD de Montréal sous la coordination de l’équipe en PCI de la DSP de Montréal. Une révision du document a été effectuée par Dre Cat Tuong Nguyen et Dre Renée Paré à l’automne 2012 afin d’assurer la concordance des définitions avec les dernières publications.

On félicite l’initiative de la région de Montréal et l’intérêt d’avoir un document standardisé ce qui répond à un besoin provincial fréquemment souligné par les infirmières oeuvrant dans ces milieux. Cependant, on réitère l’importance d’une validation par un groupe d’experts extérieurs (AMMIQ, AIPI, CINQ).

Par ailleurs, on souligne que la région de Québec travaille elle aussi à élaborer un tel document et l’on invite donc la DSP de Montréal à partager le document avec eux et à recevoir leurs commentaires par l’intermédiaire de M. Jasmin Villeneuve.

Dans un premier temps les membres sont invités à transmettre leurs commentaires à madame Soucy. Par la suite, un partage et une validation auprès de l’AIPI et de l’AMMIQ seront effectués. Le processus pourrait se conclure par un dépôt du document au CINQ.

Il sera important de partager cette information à l’ensemble du réseau de la PCI par l’intermédiaire du bulletin annuel produit par la DSP du MSSS au printemps.

**31.9 Vaccination des travailleurs de la santé (Fiche / Nadine Sicard)**

Les travaux et les réflexions du MSSS sur ce dossier préparés par Dr Bruno Turmel de la DGSP ont été présentés à la Table. La présentation a mis l'emphase sur les stratégies démontrées efficaces dans la littérature et les données d'enquêtes québécoises qui documentent les raisons de non vaccination des TS. La Table a validé les informations du MSSS concernant le niveau d'implantation de ces diverses stratégies dans les différents milieux, c'est à dire implantation variable et intensité de certaines stratégies relativement faible. Un membre de la Table suggère au MSSS d'ajouter comme stratégie les champions et le leadership dans l'organisation et de développer davantage les stratégies présentées dans le tableau, proposition soutenue par les membres.

On propose au MSSS de créer un outil de type "bundle" pour les établissements de santé avec toutes les stratégies comportant une grille de niveau d'implantation 1 à 5 afin que les établissements évaluent leur programme de vaccination contre l'influenza pour les travailleurs de la santé.

Les établissements pourraient ensuite ajuster leur programme en fonction des stratégies qui peuvent être améliorées localement. Certains membres considèrent que toutes ces mesures ont déjà été mises en place, avec peu de résultats, et que des mesures plus coercitives sont maintenant requises pour rehausser les couvertures vaccinales.

La majorité des membres mentionnent que plusieurs stratégies de nature plus incitative que coercitive restent à implanter et que des efforts dans ce sens seraient la première priorité.

Ceci étant dit, les membres sont favorables à l'utilisation de la signature du refus comme stratégie complémentaire aux mesures incitatives et de promotion notamment afin de faciliter la mesure des couvertures vaccinales. La mesure des couvertures vaccinales par établissement est recommandée. On suggère également au MSSS de considérer le diagnostic par tests de laboratoire pour confirmer l'influenza chez les TS avec SAG et des capsules annualisées présentant les données épidémiologiques (de préférence, données locales) afin d'augmenter les connaissances des TS non vaccinés sur leur risque d'infection  par la grippe.

Le MSSS intégrera ces suggestions dans la réflexion entreprise au sujet de la vaccination contre la grippe des TS et des propositions seront présentées à la Table de juin par Dr Bruno Turmel.

**31.10 Modification du calcul des ratios (Fiche / M.Tremblay)**

La présentation des résultats aux membres de la Table en décembre dernier avait démontré un écart important entre les données recueillis par Gestred et celles obtenues dans les régions. Suite à cette observation, neuf régions démontrant les écarts les plus considérables ont été interrogées. Les réponses reçues ont laissé voir que les ratios sont comblés à plus de 90% alors que si on regarde la conformité des établissements, ce pourcentage diminue grandement.

Les membres soulignent l’importance de maintenir la flexibilité locale dans l’allocation des ressources. En effet, dans un CSSS, il est acceptable d’attribuer les ressources en fonction des besoins et non pas exclusivement au regard des missions. On souligne que les ratios ne tiennent pas compte des besoins accrus en période d’éclosion, ces derniers étant un minimum à atteindre.

Afin d’obtenir un portrait plus juste de la situation, l’indicateur de gestion et le formulaire Gestred seront revus pour tenir compte des commentaires des régions notamment la région 16 qui a fait plusieurs propositions.

Les membres de la table s’entendent sur les points suivants :

* en CHSLD, effectuer une analyse distincte pour les milieux publics et privés;
* mesurer le nombre de personnes affectées à la PCI au moment de la collecte de données indépendamment qu’elle soit titulaire d’un poste ou non;
* analyser globalement les effectifs, toute mission confondue;
* moduler l’évaluation des résultats en fonction de la taille de l’équipe.

Une nouvelle proposition de l’indicateur ainsi que du formulaire Gestred seront acheminés aux membres pour commentaires afin de modifier la collecte de données 2013-2014.

**31.11 Suivi des travaux en hygiène et salubrité (Fiche / Marc Beauchemin)**

Dans la conjoncture économique actuelle, plusieurs anecdotes laissent croire à une diminution des ressources en H&S, ce volet n’étant pas reconnu comme un service à la population par plusieurs gestionnaires bien qu’il le soit. L’H&S est aussi une grande préoccupation pour les comités d’usagers qui reçoivent des plaintes qui souvent ne sont pas portées à l’attention des CA des établissements.

Les données préliminaires annuelles de 2003-2004 à 2011-2012 présentées par M. Beauchemin montrent une augmentation des heures travaillées et du nombre d’effectifs. Cependant, ces données demandent une analyse plus fine qui permettra de faire le lien avec les besoins réels, comme par exemple le nombre d’admissions, le nombre d’éclosions etc. Des données supplémentaires sont aussi requises.

Les données préliminaires présentées font aussi ressortir une problématique au niveau du taux d'encadrement en hygiène et salubrité. En effet, le taux observé est nettement inférieur aux taux d'encadrement généralement observés dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le groupe de travail en H&S va se pencher sur l'évolution des ressources an hygiène et salubrité au cours des prochains mois.

Par ailleurs, M. Beauchemin nous informe que le groupe travaille actuellement sur un «devis de service» qui pourra être partagé à l’ensemble des régions par la suite.

Quant au Guide sur la gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité qui sera finalisé sous peu, il pourra éventuellement être présenté aux membres de la Table.

**31.12.1 Travaux de l’INSPQ (Anne Fortin)**

Campagne québécoise « Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé »

Bien que l’INSPQ assure le leadership, le projet est mené de façon tripartite entre l’AQESSS, la

Campagne québécoise (Hôpital général juif) et le CINQ. À cet effet, l’INSPQ a mis en place un comité directeur afin de proposer unestratégie d’implantation (approche, type d’établissements, documentation, collecte et analyse des données, etc.) et de diffusion. D’entrée de jeu, il est prévu impliquer les tables régionales de PCI dans le processus d’implantation qui devrait s’amorcer d’ici juin. Le lancement officiel est prévu à l’intérieur des JAPI.

Par ailleurs, au niveau des ensembles de pratiques exemplaires, la prévention des infections urinaires demeure une priorité pour le Québec. À cet effet, ce dernier a fait connaître son intérêt à développer le contenu ce qui a été bien accueilli par la campagne canadienne. Dre Marie Gourdeau assurera l’encadrement scientifique des travaux.

**JAPI  (26,27, 28 novembre 2013)**: elles devraient se répartir sur deux journées et demie et traiter de :

l’organisation de services (1/2 journée);

de mise à jour scientifiques (1 journée) ;

d’antibiorésistance dans lequel devrait être incluse la pharmacovigilance (1 journée).

**SI-SPIN** : Le déploiement du portail est toujours prévu le 1er avril. La saisie dans l’ancien système sera fermée le 31 mars et le traitement des données sera fermé le 1er juin. La procédure d’intégration des données nécessitera quelques jours de travail pendant lesquels le système de surveillance (SI-SPIN) ne sera pas disponible.

**Formation continue en surveillance** : le module sur l’épidémiologie et celui sur le *C. difficile* seront disponibles au printemps. Le module 6 qui traitera de la présentation des données est prévu pour l’automne.

**Présentation des données** : une nouvelle façon sous forme de tableaux de bord devrait être accessible en juin. La partie «analyse» suivra ultérieurement.

Surveillance de l’antibiorésistance :

Les travaux relèvent d’une responsabilité partagée entre le LSPQ et la direction des risques biologiques et santé au travail de l’INSPQ. Le CERA (comité d’experts sur les antimicrobiens) est à l’œuvre depuis avril 2011. Ses recommandations sont attendues sous peu.

La Table réitère l’importance de mettre en place une structure efficace pour le suivi de l’antibiorésistance. Le budget nécessaire à la mise en place d’un système intégré doit être dégagé à cet effet.

**31.12.2 Travaux du CINQ (Lise-Andrée Galarneau) :**

**Avis et recommandations sur l’ERV** :

Cet avis a été présenté à l’AMMIQ en janvier dernier. Différents commentaires ont été émis sur les coûts et l’applicabilité de ces mesures. Le projet de présentation aux DG des établissements est à compléter avec l’AQESSS. Cependant la correspondance qui devait être transmise aux Directeurs d’établissements par le MSSS ne l’a pas été compte tenu du contexte actuel de restrictions budgétaires. À suivre.

L’activité de transfert de connaissances est en développement. Les date retenues pour la tenue de cette activité est le 27 mars ou le 6 avril.

Les travaux d’élaboration de l’avis à l’intention des milieux de réadaptation et des CHSLD sont en cours.

**Prévention des infections à l’urgence** : le document est complété et l’on amorcera le processus d’édition sous peu.

**Surveillance des infections de sites opératoires** : Le CINQ était en attente des nouvelles recommandations du CDC’s National Healthcare Safety Network qui ont été publiées récemment. Ces dernières présentent moins de changements qu’attendus et ceux-ci pourront facilement être intégrés au document du CINQ.

**Outils d’intervention pour les bactéries multirésistantes** : à venir.

**Pratiques de base et précautions additionnelles** : une version préliminaire du document a été commentée par les Dre Galarneau et Michèle Dupont ainsi que par mesdames  Beaudreau et  Tremblay.

La publication de ce document nous ramène à un questionnement qui a déjà été évoqué antérieurement à savoir la pertinence d’opter pour un système d’affichage uniforme dans l’ensemble des établissements de santé du Québec. À cet effet, il serait intéressant que les affiches élaborées par les régions 3 et 12 soient regardés par le CINQ et ce, en lien avec ce qui est proposé dans le document Pratiques de base et précautions additionnelles  de l’ASPC. Une recommandation quant aux orientations du contenu pourrait être déposé aux membres de la Table qui pourront par la suite dégager les orientations de réalisation, le cas échéant.

**31.12.3 Travaux SPIN (Surveillance Provinciale des Infections nosocomiales) Charles Frenette**

**Cadre méthodologique des programmes de surveillance :** une révision est en cours afin d’assurer un arrimage adéquat avec le nouveau système de saisie (SI-SPIN).

**Bactériémie à SARM** : encore cette année, on observe une légère amélioration des taux.

**ERV :** rapport 2011-2012 (sept à sept) est complété mais en attente de publication.

***C. difficile*** : le comité travaille à la mise à jour des lignes directrices incluant l’élaboration d’un outil du genre «check list». Aussi, le comité a réitéré sa volonté que les rapports annuels continuent d’être effectués selon un calendrier permettant de visualiser adéquatement la variabilité saisonnière en lien avec le pic saisonnier de grippe soit de la période 6 d’une année à la période 5 de l’année suivante.

L’analyse du sondage est quasi-complétée. Dr Frenette nous fournit quelques aperçus, notamment au regard de la rétention des infirmières en PCI au cours des cinq dernières années. Dix-neuf établissements ont eu jusqu’à 4 personnes affectées au même poste. Il sera intéressant de comparer ces chiffres à d’autres secteurs d’activités de la pratique infirmière.

Aussi, il attire notre attention à l’effet que 40% des infirmières répondantes jugent les ressources en H&S insuffisantes.

**30.13 Correspondance**

Aucune correspondance n’est portée à l’attention des membres**.**

**31.14 Questions diverses : rougeole**

Les membres sont informés d'une éclosion de rougeole. Les cas index en provenance du Royaume-Uni ont séjourné dans un centre de villégiature au Mexique. Des canadiens du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario présents dans ce même centre pendant la période de contagiosité des cas index sont maintenant confirmés comme cas secondaires de rougeole. Des résidants du Québec étaient également présents dans ce même centre pendant la période de contagiosité. On en dénombre environ 400. Le réseau de santé publique a été mobilisé afin d'entrer en lien avec ces contacts pour vérifier la présence de symptômes de la rougeole et vérifier leur statut de protection. Le MSSS a recommandé aux régions d'effectuer des appels à la vigilance auprès de la première ligne afin de rappeler l'importance de mettre en place les précautions aériennes lorsqu'un patient se présente avec des symptômes de rougeole. Un avis Info Santé provincial a été effectué. On rappelle que lors de l'épidémie de 2011 de rougeole au Québec, un délai dans l’application des précautions aériennes pour des cas de rougeole, ont résulté en des cas secondaires d'origine nosocomiale. La Directrice de la protection de la santé publique indique l'importance d’être proactif pour la gestion des cas suspects d’autant plus que malgré la campagne de vaccination pour contrôler l’épidémie de 2011, la couverture vaccinale des populations ciblées demeure en deçà de 90%.

**31.15 Levée de la rencontre**

La rencontre a été levée vers16h05.

**Prochaine rencontre**

**18 juin 2013**

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

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