Approuvé le : 8 octobre 2013

**18 juin 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) |
| Blain Pierre | RPCU | Oui |
| Bolduc Daniel | DPSP (MSSS) | Oui |
| Bouchard Audrey | Représentante de l’AQESSS | Non |
| 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 |
| 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 |
|  | Représentant des DSP |  |
| Marcil Claude | DGSSMU | Oui |
| Mercier Denis | Table régionale Abitibi Témiscaminque | Oui |
| Morin Guylaine | Présidente de CHICA Montréal | Oui |
|  | Représentant des PDG des agences |  |
| Savard Patrice | Représentant de l’AMMIQ | Oui |
| Savery Sandra | Table régionale des Laurentides | Oui |
| Tannenbaum Terry-Nan | Représentante de la DSP de Montréal | Oui (P.M.) |
| Sicard Nadine | DPSP (MSSS) | Oui |
| Tremblay Cécile | Représentante du LSPQ (remplacement Simon Lévesqu | 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 |
| Invités |  |  |
| Bakari Camara | DSP de Montréal | Oui (32.8) |
| Lévesque Simon | LSPQ | Oui (P.M.) |
| Turmel Bruno | DPSP | Oui (32.11) |

**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)**

32.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h35 par Dr François Lamothe, président de la Table. Il souligne la nomination des nouveaux membres :

Dre Terry-Nan Tannenbaum, représentante de la région 06,

M. Réal Lacombe, représentant des directeurs de santé publique,

M. Gaétan Lamy, représentant des PDG d’agences de santé et services sociaux,

Dr Patrice Savard, représentant de l’AMMIQ.

Par ailleurs, il nous informe que des remerciements ont été acheminés aux membres sortants Dre Marie Gourdeau et Mme Chantal Soucy.

32.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition de M. Blain et Mme Savery suite aux ajouts suivants :

32.14 Questions diverses :

Rapport de performance de l’AQESSS

Pratiques de base et précautions additionnelles, Santé Canada

SPIN-BACTOT : début de la surveillance obligatoire

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

Le compte-rendu est adopté sur la proposition de M. Daniel Bolduc appuyée par M. Denis Mercier.

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

La Formarez prépare une formation pour les employés des RPA. L'approche favorisée vise à vulgariser le guide RPA et à présenter l'information de façon interactive, via une formation en ligne. La DPSP a été sollicitée pour collaborer à l'élaboration de cette formation et une rencontre est prévue le 27 juin avec la Formarez. Tel que mentionné précédemment, il n'y a pas de plans pour que la Formarez élabore une formation à l’intention des exploitants.

Les Agences ont effectué des activités d'information auprès des exploitants des RPA dans le cadre des nouvelles exigences de la certification. La DGSS nous a informés qu'une deuxième série de rencontres est prévue. Afin de soutenir les Agences dans le transfert des connaissances au sujet des mesures de prévention et de contrôle des infections, la DGSS et la DPSP ont conçu un aide-mémoire qui reprend les concepts clés du guide et le rôle des exploitants dans la PCI. L'aide-mémoire a été diffusé récemment aux Agences.

Le MSSS prévoit offrir à l’automne une activité de transfert des connaissances sur le guide RPA destiné aux intervenants de santé publique des CSSS et des DSP qui œuvrent auprès de ces résidences. Il s'agira d'une courte activité qui sera offerte virtuellement.

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

Le 11 avril dernier, l’extrait du C.R. de la rencontre de la Table était adressé à Mmes Danielle Benoît et Chantal Maltais de la DGSS afin de leur souligner qu’aucun élément n’était apporté dans le module «Adaptation de l’environnement de l’intention à l’action» au regard des mesures environnementales pour soutenir l’hygiène des mains. À ce jour nous sommes toujours dans l’attente d’une réponse.

**32.3.3 Révision de la Norme PCI par Agrément Canada** (M.T.)

Mme Tremblay a transmis ses commentaires sur la version mise à jour le 22 mars. Essentiellement les commentaires réitéraient la demande d’exclure de la norme PCI les POR (pratiques organisationnelles requises) relatives au retraitement du matériel critique et semi-critique et de documenter la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre la grippe. Aussi, il a été réitéré que les documents de références à privilégier pour le Québec devraient être ceux édités par le ministère et l’INSPQ, selon leur disponibilité comme par exemple les Cadres de référence, le PIQ etc.

Par ailleurs, le 13 juin nous étions invités à examiner la norme intitulée Organismes extra-hospitaliers -- Prévention et contrôle des infections. Une sollicitation a été faite auprès de quelques personnes en espérant qu’elles pourront commenter d’ici le 21 juin. Les membres déplorent qu’un délai si court soit accordé pour un document d’une telle importance.

**32.3.4 Modification du calcul des ratios** (M.T.)

Dans un premier temps, les membres sont informés que la pertinence de maintenir l’indicateur sur les ratios dans les ententes de gestion et d’imputabilité avait été questionnée. Un argumentaire a dû être élaboré pour soutenir cet indicateur auprès de la direction responsable afin de faire ressortir

* qu’il était essentiel de maintenir un indicateur de structure en complément aux indicateurs de résultats (taux d’infection);
* que l’indicateur soutient les équipes de PCI pour maintenir et consolider les ressources requises :
* qu’il est un élément à analyser lors de situation d’éclosion.

La DGSSMU a donné son appui au maintien de cet indicateur.

Nouvelle définition du ratio :

Des travaux doivent être entrepris pour présenter une version renouvelée en novembre. Il pourra s’avérer judicieux d’intégrer à la définition des éléments relatifs à la spécialité. De plus, il demeure important de clarifier ce qui doit être exclu du temps dédié à la PCI notamment les heures affectées à la santé au travail.

Et enfin, on souligne l’apport des membres de la Table dans le dossier des ressources. Les expériences et discussions rapportées s’avèrent fort utiles pour documenter les besoins du réseau

**32.3.5 Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales en soins de longue durée** (F. Lamothe)

En mai dernier, la région de Québec a transmis à la région 06 et à la direction de la protection du ministère, son document «Définitions des infections en milieu d’hébergement et de soins de longue durée». Bien que le contenu du document soit assez similaire à celui produit par la DSP de Montréal, les membres de la Table souhaitent que les deux groupes d’auteurs puissent produire une version harmonisée qui deviendrait le document de référence provincial. Il serait important de s’adjoindre un représentant de l’AIPI et de l’AMMIQ sur ce groupe de travail. Un suivi à cet effet sera effectué par Mme Tremblay.

**32.4 Hygiène et salubrité** (Marc Beauchemin)

Indicateur de gestion sur les zones grises :

Les premières données ont été collectées à P13. On note une excellente réponse des établissements puisque que 98% des formulaires ont été complétés. À première vue les résultats semblent bons, mais une analyse plus approfondie est à venir.

Guide sur la gestion intégrée de la qualité : un avant-goût du document a été présenté au colloque de l’AHSS (Association Hygiène et salubrité en santé) le 6 juin dernier. Le lancement est prévu cet automne. Une activité de transfert de connaissance (webinaire? visio-conférence?) devrait suivre.

Formation initiale de préposés en hygiène et salubrité : ce programme ne pouvant répondre aux besoins quantitatifs d’effectifs à former, une rencontre des équipes ministérielles concernées (DLS, DPSP, DGPRM) est à planifier. L’objectif est de se donner une vision ministérielle orientée sur les besoins observés dans les établissements de santé avant d’avoir ne rencontre avec le MELS.

Par ailleurs, plusieurs facteurs et questionnements sont soulevés comme par exemple :

* le haut taux de roulement des ressources humaines dans ce secteur d’activités;
* le moins grand nombre de personnes formées dans les régions éloignées;
* la formation, un facteur de rétention ou non;
* une exigence de formation initiale à l’embauche afin d’assurer la qualité des services. Cette avenue serait à explorer et à cet effet, il pourrait être utile de s’inspirer de ce qui a été fait dans les milieux de garde à l’enfance. Un ratio de personnes formées et non formées dans ce domaine a été établi afin d’arriver progressivement à un ratio acceptable dans l’ensemble du réseau.

Devis de service en Hygiène et salubrité : Les travaux sont en cours. Le document pourra être accessible à l’ensemble des régions dans le courant de la prochaine année.

32.5 Accessibilité à certaines informations aux utilisateurs de SI-SPIN (P. Hudson)

La TRPIN de la Montérégie a demandé à ce que ses préoccupations à l’égard de l’accès à certaines informations disponibles dans le système à tous les utilisateurs de SI-SPIN soient portées à l’attention de la TNPIN. Certaines de ces informations doivent être interprétées avec prudence à la lumière d’informations additionnelles qui ne sont pas disponibles dans SPIN.

Ces préoccupations ont aussi été soulevées par certains membres du FIN (professionnels des Directions de santé publique qui œuvrent dans le dossier des infections nosocomiales). Ces derniers ont aussi identifié un enjeu concernant l’accès à l’information des programmes de surveillance cas par cas, qui ne sont généralement pas jugées utiles aux fins de la vigie de santé publique. Dre Hudson souligne que le fait que les DSP aient accès à ces données peut générer des attentes au regard des suivis à donner par les DSP alors que ces données ne sont pas consultées par les DSP.

En réponse à ces préoccupations, on rappelle que les données sur les DACD et le SARM sont rendues publiques sur les sites web de l’INSPQ et du MSSS et ce, par établissement. Il est à noter que les établissements sont nommés afin de faciliter le repérage. Quant à l’accès à l’ensemble des données validées et non validées pour les intervenants du réseau, les membres sont d’avis qu’il s’agit d’un outil de travail. Le CINQ est favorable à ces accès et les juge utiles.

Aussi, il est reconnu par l’ensemble des membres que les orientations actuelles s’inscrivent dans un grand souci de transparence tant pour les intervenants, les partenaires comme l’AQESS que pour le public.

En conclusion, à court terme, les accès pour les utilisateurs du SI-SPIN seront maintenus comme prévus. Cependant, il y aurait lieu de réfléchir à une sensibilisation des utilisateurs sur l’utilisation appropriée des informations et baliser, au besoin, la diffusion de l’information provenant des autres installations que celles où intervient l’utilisateur. De plus, une stratégie de communication proactive permettrait d’informer les décideurs des établissements de l’approche de transparence retenue et favoriser leur adhésion à ce principe.

**32.6 Travaux de l’INSPQ**

**32.6.1 INSPQ** (Anne Fortin)

*SI-SPIN : est en fonction depuis le 1er avril.*

L’état d’avancement des travaux des trois projets sous-jacents est précisé :

* l’interface avec les systèmes locaux est terminé;
* les modalités d’accès aux données et l’élaboration des rapports est en cours à l’info-centre
* le transfert des données entre l’ancien et le nouveau système prévu initialement du 1er août au 10 août exigera probablement un délai de quelques mois.

*Formation continue sur campus virtuel :* les travaux relatifs aux six modules en PCI sont en cours

*Surveillance de l’antibiorésistance* :

Le rapport du CERA (comité d’experts sur la résistance bactérienne) est attendu sous peu. Une rencontre entre le MSSS et l’INSPQ est à prévoir pour adresser les enjeux de financement notamment pour les activités de laboratoire, pour celles du comité ainsi que pour le soutien informatique.

La Table accorde une attention particulière à cette surveillance qui doit se concrétiser en fonction d’objectifs spécifiques.

*Campagne québécoise* «Soins de santé plus sécuritaires maintenant»

Le responsable médical de la révision des pratiques exemplaires est Dr Alex Carignan soutenu par Claude Tremblay et Caroline Quach. Du côté nursing, madame Annie Laberge assure le soutien et la coordination des travaux.

La campagne devrait être lancée aux JAPI en novembre prochain et devrait s’étaler sur une période de 12 à 18 mois incluant l’évaluation de l’implantation.

JAPI : les travaux progressent bien. Une journée complémentaire aux JAPI se tiendra le mercredi 27 novembre sur l’antibiorésistance.

**32.6.2 Travaux du CINQ (Lise-Andrée Galarneau)**

*Avis et recommandations sur l’ERV*:

Soins de courte durée : L’activité de transfert de connaissances a été déployée en avril dernier. Les travaux d’élaboration de l’avis à l’intention des milieux de réadaptation et des CHSLD sont en cours.

*Groupe de travail sur la résistance aux antibiotiques des bacilles à Gram négatif* :

ce groupe devrait amorcer ces travaux d’ici la fin de l’année. Dr Patrice Savard et Dre Danielle Moisan devraient faire partie du groupe.

*Prévention des infections à l’urgence  et Surveillance des infections de sites opératoires* : ces deux documents sont complétés. Le processus d’édition est à enclencher.

*Publication de lignes directrices et d’avis du CINQ* : Une réflexion est amorcé afin d’alléger ces publications tant au niveau du contenu que de la forme. Une présentation sous forme de fiche pourrait s’avérer intéressante.

*Élaboration d’un outil pour soutenir la gestion des éclosions de DACD :*L’élaboration de cet outil est sous la responsabilité de Dr Longtin. L’outil présente une liste de processus et d’actions touchant 11 volets pouvant être impliqués dans la transmission du *C. difficile* comme par exemple le lavage des mains, l’entretien de l’environnement, la gestion des excrétas, etc. Une première version a été présentée au CINQ la semaine précédente.

*Optilab*: dans le contexte de la restructuration des services de laboratoire, une correspondance sera adressée au directeur de la biovigilance du ministère pour souligner l’importance de prendre en considération la prévention des infections dans la réorganisation des systèmes de laboratoire sur une base régionale notamment au regard de la qualité des analyses et la rapidité d’obtention des résultats qui ne peuvent supporter de compromis.

*Pratiques de base et précautions additionnelles***:** le document de l’Agence de santé publique du Canada est disponible. Suite à cette publication le questionnement d’évaluer la pertinence d’harmoniser l’affichage sur les Précautions additionnelles a refait surface. Dans un premier temps, nous sommes d’avis qu’il faille tendre à une harmonisation régionale plutôt que provinciale.

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

Dr Frenette présente un résumé des résultats des programmes provinciaux de surveillance.

*Bactériémies totales (panhospitalière)(SPIN-BACTOT) :* 64 installations participantes; taux : 5,95/10 000 j.p.(6,5 en 2009-10); mortalité brut :18,5%; clientèle touchée : 70% sur des unités de soins généraux alors que 13% sont aux soins intensifs; Sources : 23% cathéters, 20% primaires et 19% urine; pathogènes impliqués : 20% de Staph aureus dont 17% sont des SARM (23% en 2010-11), 19%de E. coli, 8% d’ERV (7% l’année précédente). Ce programme sera obligatoire pour les établissements ciblés à partir du 22 septembre 2013 (période 7 de l’année 2013-2014 ).

*Bactériémies sur cathéter centraux aux soins intensifs (SPIN-BACC)* : 52 CH participent pour un total de 65 USI; taux de 0,86 à 1,22/1000 j. cathéter chez la clientèle adulte, taux de 7,63 en néonatalogie; globalement baisse de 31% des taux depuis que le programme est obligatoire (2006-2007); pathogènes impliqués : 35% de SCN, 19% de candida,11% de Staph aureus dont 28% sont des SARM et 9% d’entérobactéries.

*Bactériémies en hémodialyse (SPIN-HD) :* 42 unités participent; taux de 0,42/ 100 pts; la proportion de fistule à 45%continue d’être inférieure à ce que l’on observe aux États-Unis; pathogènes : 53% de Staph aureus dont 7% de SARM(18% en 2009-10); légère diminution de l’incidence au cours des dernières années imputable à la diminution de 20% des bactériémies sur cathéters.

*Diarrhée associé au C. difficile (SPIN-CD)* : 3748 cas en 2011-12 avec un taux de 7,0/10 000 p.j. comparativement à 6350 cas en 2004-2005 avec un taux de 12.6; le pourcentage de décès s’élève à 14,6% chez la clientèle infectée par le pulsovar A. Le sondage sur les tests utilisés, notamment une plus grande accessibilité au PCR, permettra de mieux documenter l’effet d’un test plus sensible sur les taux d’incidence.

De plus on souligne que l’utilisation des antimicrobiens et des IPP influencent les taux mais moins de 20% des CH ont des données. Dans *l’Étude sur les mesures appliquées dans les installations de soins de courte durée du Québec au regard de la prévention et le contrôle de la diarrhée associée au clostridium difficile,* on note que seulement 13 CH ont des pharmaciens attitrés à la surveillance de l’utilisation optimale des antibiotiques.

À ce chapitre, on souligne que dans la région des Laurentides , un système commun à l’ensemble des établissements a été déployé ce qui permet un suivi régional fort utile.

*ERV (SPIN-ERV)* : 3 352 nouveaux cas; taux d’incidence de 6,52/10 000 j.p.; taux de positivité des tests : 0,61%; 59 infections; 25 bactériémies comparativement à 62 en Ontario en 2011. Le programme actuel permettant l’analyse cas/cas s’avère très utile pour mieux comprendre l’épidémiologie et soutenir les nouvelles recommandations émises à l’automne 2012.

*Bactériémies à SARM (SPIN-SARM) :*taux d’incidence diminue progressivement depuis 2006-2007 passant de 0,54 à 0,29/10 000 j.p.; 67% sont nosocomiales; 23/24 souches CMRSA10 était sensibles à la clindamycine.

Bacilles Gram négatif multirésistants (SPIN-BGNR) : un nouveau groupe devrait de mettre en place pour la surveillance des KPC et Acinetobacter multirésistant.

*Surveillance des infections de site opératoire* : Dr Frenette souligne l’absence d’un programme provincial qui à son avis, représenterait très certainement une valeur ajouté à l’ensemble de la surveillance. Dans un premier temps il est convenu que les données et les enjeux des programmes implantés à Montréal en chirurgie cardiaque et orthopédiques pourraient être présentés à la Table. À cet effet, une demande sera effectuée auprès de la DSP de Montréal.

Aussi à ce chapitre, Dre Galarneau souligne l’intention de produire des rapports de surveillance abrégés afin de favoriser la lecture des documents. Dans la mesure du possible, les comités SPIN «standardiseront» les formats de présentation des résultats.

**32.7 Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) (Claude Marcil)**

*Événement en lien avec un problème de retraitement d’un échoendoscope*

Un problème au niveau d’un ensemble de connecteur (pieuvre) de l’URAE a été déclaré à l’Hôtel-Dieu de Lévis. Ce dernier a procédé à un dépistage préventif chez les usagers ayant subi un examen avec cet appareil entre le 30 mai 2005 et le 1er mai 2013 avant même que le CERDM ait terminé ses analyses. Ce dernier avait fait une visite du site le 6 juin. L’analyse du risque populationnelle est actuellement en cours. Quatre autres hôpitaux disposent du même type d’appareil, cependant leur procédure de retraitement est adéquate.(Juif – CHUS- St-Luc et Notre -Dame du CHUM)

À la demande du MSSS, l’INSPQ a fait parvenir un rappel aux personnes pivots et répondants régionaux en RDM concernant l’importance 1) d’avoir des politiques et procédures écrites, à jour, et disponibles sur le lieu de travail du personnel, 2) de respecter les recommandations du manufacturier tant au niveau de l’endoscope que celui de L’URAE, 3) de donner une formation au personnel lors d’achat de nouveaux équipements.

*Mécanisme décisionnel relié au traitement d’un risque d’infection nosocomiale d’un dispositif médical réutilisable*. Le document chemine au ministère en prévision d’une publication.

*CERDM :* Présentation dans les tableaux ci-dessous des catégories de demandes reçues, le type de dispositif médical impliqué et le délai de réponse*.*





¹ Le 1er avril 2012 correspond à la date de fusion du CPRS et de l’équipe professionnelle de l’INSPQ en charge du dossier du retraitement des dispositifs médicaux. Ainsi, depuis cette date toutes les demandes (incidents, accidents, et demandes d’expertise) sont transmises au CERDM ² Trois demandes enregistrées en 2012 et en cours de traitement sont exclues du calcul des délais : 1 accident (12-018) et 3 expertises (13-009,13-010 et 13-011)

Donc le temps de réponse a diminué de façon significative et le bon travail de l’équipe du CERDM est souligné.

***RARDM*** : L’impact de la problématique vécu à Lévis a permis de sensibiliser les directions concernées du ministère de l’importance d’un programme tel que le RARDM. Il y a lieu de croire que le dossier sera pris en considération rapidement.

32.8 **Signalement des cas d’entérobactéries productrices de carbapénémases et autres situations d’éclosions de bactéries multirésistantes** (Terry-Nan Tannenbaum, Bakary Camara)

Dre Tannenbaum et M. Camara nous présentent le système régional de Montréal pour le signalement des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et d’autres BMR. Ce système est en place depuis octobre 2012. Ce projet, une initiative de la TRPIN découle des considérations suivantes : problème en émergence; pathogènes virulents avec options thérapeutiques limitées; deux éclosions rapportées dans 2 CH montréalais en 2010 et enfin, transmission nosocomiale de NDM-1 en Ontario en 2011.

Le projet visait à mettre en place un système pour informer les CH de courte durée de la région de Montréal de la présence d’EPC ou autre BMR d’intérêt dans d’autres établissements. Les agents infectieux visés sont :

* les cas sporadiques ou les éclosions confirmées d’EPC pour lesquels des analyses génotypiques confirmant la présence d’un des mécanismes suivants : KPC, NDM-1, OXA-48, VIM.
* Les éclosions d’autres BMR pouvant représenter une menace pour le réseau de la santé comme par exemple *Acinetobacter* avec profil de résistance aberrant.

Le processus du cheminement des analyses est le suivant :

* le labo du CH achemine au LSPQ les cas suspects d’EPC
* le LSPQ réalise une analyse génotypique
* le LSPQ transmet les résultats au CH et signale l’événement à la DSP.
* La DSP effectue une brève enquête épidémiologique et diffuse l’avis aux infirmières en PCI et aux microbiologistes infectiologues des CH ayant déjà eu des cas.

De plus, Dre Tannenbaum nous présente les données de surveillance cumulées entre le 20 décembre 2012 et le 30 mai 2013. On compte :

* 19 cas sporadiques signalés (LSPQ + Hôpitaux) dont 10 présentent une infection;
* 18 KPC
* 1 NDM-1
* 4 CHCD touchés
* Acquisition : Hospitalisation à l’étranger pour 3 cas
* Site de prélèvement : rectum (13), expectorations (3), pus (3), sang (1), drain (1), urine (1), secrétions endotrachéales (1)

En terminant, la région de Montréal prévoit une 2e étape au projet afin d’évaluer comment l’information est utilisée.

Suite à cette présentation les membres de la Table renforcent l’importance :

* d’instaurer la surveillance de ces agents infectieux pour l’ensemble des établissements du Québec;
* d’élaborer des recommandations de dépistage et ce, à court terme, Cet aspect devrait être pris en charge par le CINQ avec son sous-groupe de travail qui est réactivé depuis quelques mois;
* convenir des objets de signalement et d’une mécanique pour transmettre l’information au réseau et ce, avec la collaboration des différents partenaires (DPSP).

**32.9 Préoccupations de la direction de la protection du MSSS au regard de la PCI** (H. Arruda, D.Auger, F. Lamothe/15 min)

Dr Arruda, DNSP, a présenté un état de situation sur l’évolution des travaux en PCI au CODIR du 3 juin. Il effectuera une présentation similaire au CGR du 19 juin.

Les points abordés sont :

- l’épidémiologie du *C. difficile* et de l’ERV, 2 marqueurs importants;

- l’hygiène et salubrité : zones grises, formation et ressources à protéger;

- la structure immobilière;

- la surveillance de l’antibiorésistance et l’utilisation optimale des antibiotiques;

- l’accès à des résultats de laboratoire en temps opportun;

- la consolidation des équipes et de l’expertise infirmière en PCI.

Par la suite, Dre Auger et Arruda nous informent sur le Plan de gestion d’éclosion de grippe et de gastro-entérite qui est sous le leadership de la DGSSMU.

Ce plan a été demandé par le ministre à l’hiver 2013 et comporte 3 volets : ministériel, régional et local. Plusieurs des actions interpellent la DSP notamment, les plans de surcapacité demandés aux établissements à cause des impacts possibles sur la PCI, augmentation de la couverture vaccinale chez les travailleurs de la santé, le port du masque par le personnel non vacciné et sans prophylaxie sur les unités en éclosion et la fermeture de lits sur les unités en éclosions quel que soit la mission de l’établissement.

Pour ce dernier volet, une demande sera adressée au CINQ afin d’apporter des précisions sur les critères de fermeture et de réouverture aux admissions et aux transferts d’une unité ou d’un milieu de soins en situation d’éclosion. On lui demandera aussi de proposer des solutions alternatives à la fermeture des admissions.

Et enfin, le président de la Table réitère l’importance d’agir rapidement pour mieux documenter et suivre l’antibiorésistance. Une organisation de services est requise et devrait nécessairement impliquer le LSPQ en complémentarité avec les services des laboratoires locaux.

**32.10 Bulletin web sur le *C. difficile* : Présentation du nouveau format (D.Bolduc)**

Les contenus des sites Web devant désormais être conçus pour que tout le monde, y compris les personnes handicapées, puissent comprendre, naviguer et interagir de manière efficace, une révision du bulletin s’est imposée. En effet, la nécessité de décrire ou d’expliquer les tableaux et figures implique de limiter le nombre de données présentées et la fréquence de publication. Le nouveau bulletin, disponible à l’automne, sera donc simplifié et présentera les taux annuels moyens des trois dernières années pour chacun des établissements participants selon les catégories établies pour le suivi du Plan d'action 2010-2015 :

* + Mission (universitaire, non universitaire, réadaptation, pédiatrique)
  + Nombre de lits (< 100 lits et ≥ 100 lits)
  + Proportion de personnes âgées de plus de 65 ans hospitalisées en cours d’année (<35 % et ≥ 35 %).

La présentation des taux périodiques sera réservée aux données provinciales. Aussi dans ce nouveau format, l’évaluation de la signification statistique (intervalle de confiance au seuil de 95 %) sera calculée pour la variation des taux de la dernière année par rapport à l’année précédente.

La publication des résultats sera faite une fois par année.

Cette publication renouvelée présente des avantages pour le public notamment :

* l’interprétation de taux annuels plutôt que des taux périodiques qui sont moins précis et plus complexes à suivre;
* l’évaluation de la signification statistique des variations ce qui ajoute une valeur à l’analyse.

Pour plus d’information, référer à la présentation P.P.de M. Bolduc.

**32.11 Vaccination des travailleurs de la santé : outil d’auto-évaluation (Nadine Sicard, Bruno Turmel)**

En suivi de la rencontre précédente, Dr Bruno Turmel du MSSS a présenté un aperçu de la stratégie privilégiée par le MSSS pour la saison grippale 2013-2014 afin de favoriser l'augmentation des couvertures vaccinales chez les travailleurs de la santé. La stratégie s'appuie sur deux principales activités:

* Mesurer la CV dans les établissements. Des travaux sont en cours en collaboration avec l'ASSTSAS pour clarifier les numérateurs et dénominateurs afin de faciliter et harmoniser les méthodes de calcul.
* Accroître l'implantation des stratégies efficaces pour augmenter les CV et ce, via la direction des établissements. Une proposition d'outil à cet effet est présentée à la Table qui l'accepte et souligne la qualité et la pertinence de l'outil. Il est recommandé de clarifier la section sur les incitatifs et de réaliser un portrait ou une évaluation de l'implantation de ces stratégies dans les établissements. On soulève que les incitatifs peuvent soulever des enjeux éthiques. Le MSSS pourrait demander une opinion à un comité d'éthique sur le sujet.

Un des membres qui a œuvré dans ce dossier dans un centre médical universitaire américain très reconnu internationalement a partagé avec la Table certaines des stratégies mises en place dans l'établissement et a offert des exemples opérationnels de l'utilisation d’incitatifs. Après l'implantation de ces mesures, le centre a obtenu une CV de 80% puis de près de 100% après l'implantation de la vaccination obligatoire. On souligne aussi l'importance de prolonger la période d'offre vaccinale pour augmenter la flexibilité et l'accessibilité.

Des activités de type webinaire seront offertes cette semaine en collaboration avec l'ASSTSAS. La participation est très élevée, tant pour l'activité qui vise les intervenants de santé publique que celle qui s'adresse aux responsables des campagnes de vaccination dans les établissements. Afin de pallier à la demande, les activités seront enregistrées et rendues accessibles à ceux qui désirent consulter la ressource.

Finalement, en parallèle de ces démarches, notons la poursuite des discussions avec Agrément Canada afin de modifier la POR pour inclure une mesure de la CV dans les établissements et, idéalement, l'atteinte d'une CV de 80% qui est l'objectif pour les travailleurs de la santé.

**32.12 Correspondance**

32.12.1 Ratio d’infirmières en PCI au CSSS de Rimouski-Neigette :

Le microbiologiste responsable de la PCI s’adresse au président de la Table régionale de prévention des infections de sa région (c.c. Dr François Lamothe, président de la TNPIN) pour obtenir le soutien nécessaire au maintien du ratio d’une infirmière équivalent temps plein pour 100 lits. Ce ratio qui leur avait été accordé de 2006-à 2011 à titre d’installation offrant des soins ultraspécialisés a été remis en question suite à la définition de l’indicateur de l’entente de gestion qui précise que ce ratio s’applique aux établissements avec désignation «universitaire».

Il est alors précisé aux membres que les ratios indiqués dans l’entente de gestion sont le minimum à atteindre et que l’établissement et l’agence ont toute la latitude pour les augmenter au besoin. Au niveau ministériel , nous avons très peu de levier pour changer cette situation. Par ailleurs, il semblerait que l’établissement obtiendrait sous peu sa désignation universitaire.

32.12.2 Demande d’un guide de prévention et de contrôle sur les entérobactéries multirésistantes (correspondance non disponible au moment de la rencontre)

La région 01 sous les signatures de Dr Bernatchez et M. Daniel Bolduc, respectivement président et secrétaire de la table régionale de la région 01, adressaient cette demande au Dr Lamothe le 6 mai dernier.

Une réponse leur sera adressée à l’effet que le CINQ a publié en 2010 le document *Avis et recommandations Prévention et contrôle de la transmission des entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus du Québec*

**32.13 Récipiendaire du prix Florence «Prévention de la maladie» de l’OIIQ(5 min)**

Dr Lamothe, au nom des membres de la Table ainsi que Dr Arruda au nom de la DGSP adresse une motion de Félicitations à Mme Madeleine Tremblay, récipiendaire du prix Florence pour l’année 2013. Ils soulignent avec beaucoup de gratitude la contribution de cette dernière à l’évolution du dossier de la PCI au Québec.

**32.14 Questions diverses :**

*Rapport sur la performance des établissements de santé* produit par l’AQESSS : M. Blain nous informe sur ce rapport qui en est à sa deuxième édition. Ce classement présente les résultats des établissements par ordre alphabétique selon trois catégories de performance : excellente, bonne et à améliorer. L’accès et la qualité des soins, la productivité des établissements et leur impact sur la qualité de la santé de la population ont été évalués. Il ressort que la qualité et la sécurité des soins dans laquelle s’inscrit la PCI gagnerait à être bonifiée si on veut augmenter la performance des établissements.

Pratiques de bases et précautions additionnelles, Santé Canada

Un courriel sera adressé au réseau afin de les informer que le document produit par l'Agence de la santé publique du Canada *Pratiques de base et des précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins* est édité. Cependant ce nouveau document ne sera plus disponible sur le site web de l'Agence mais en format PDF à l'adresse suivante : [ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca](mailto:ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca).

SPIN-BACTOT : le début de la surveillance obligatoire est prévu le 22 septembre 2013 (période 7 de l’année 2013-2014). Une correspondance à cet effet sera adressée aux DG des établissements visés par le directeur national de santé publique. De son côté, l’INSPQ informera les équipes de PCI.

**32.15 Levée de la rencontre :**16h40.

**Prochaine rencontre**

**8 octobre 2013**

**Montréal : 201 Crémazie Est, salle RC-04; Québec : 1075 Chemin Ste-Foy, salle 879**