Approuvé le : 10 décembre 2013

**8 octobre 2013**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auger Danielle | Directrice de la protection de la santé publique/MSSS | Non |
| Beauchemin Marc | Direction de la logistique sociosanitaire | Oui (visio) |
| Blain Pierre | RPCU | Non |
| Bolduc Daniel | DPSP (MSSS) | Non |
| 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 | Non |
| Lacombe Réal | Représentant des directeurs de santé publique | Oui (visio) |
| Lamothe François | Président | Oui |
| Lamy Gaétan | Représentant des PDG agences | Non |
| Laperrière Isabelle | Présidente de l’AIPI 2012-2014 | Oui |
| Marcil Claude | DGSSMU | Non |
| Mercier Denis | Table régionale Abitibi Témiscaminque | Oui |
| Morin Guylaine | Présidente de CHICA Montréal | Oui |
| Savard Patrice | Représentant de l’AMMIQ | Oui |
| Savery Sandra | Table régionale des Laurentides | Oui |
| Tannenbaum Terry-Nan | Représentante de la DSP de Montréal | Oui |
| Sicard Nadine | DPSP (MSSS) | Oui |
| Tremblay Cécile | Représentante du LSPQ (remplacée Simon Lévesque) | Oui |
| Tremblay Claude | Représentante de l’AMMIQ | Oui (visio) |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Oui |
| Invités |  |  |
| Healy Chloé | DSP de Montréal | Oui |
| Lampron-Goulet Éric | Région 08 | Oui (visio) |
|  |  |  |

33.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h40

Dr Lamothe souhaite la bienvenue à :

* Mme Chloé Healy, coordonnatrice du dossier des infections nosocomiales à la DSP06. Elle accompagne Dre Terry-Nan Tannenbaum
* Dr. Éric Lampron-Goulet qui accompagne Dr. Réal Lacombe.

33.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition de Mme Savery et secondé par Dre. Patricia Hudson

33.3 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue le 18 juin 2013

Le compte-rendu est adopté sur la proposition de Mme Patricia Hudson appuyé par Mme Lise-Andrée Galarneau suite à l’ajout apporté par Dre Terry-Nan Tannenbaum au point 32.8 : «Le projet visait à mettre en place un système pour informer tous les CHSGS de la région de Montréal de la présence d’EPC ou autre BMR d’intérêt dans d’autres établissements».

**33.3.1 Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés**

Madeleine Tremblay informe la Table de la subvention accordée par la DPSP et la DGSS à la mutuelle de formation «FORMAREZ» afin que la formation interactive développée pour les préposés aux bénéficiaires soit adaptée pour les exploitants.

Quant à la formation pour les intervenants de santé publique, elle se tiendra les 21 novembre et 11 décembre. Le format choisi est un webinar et des unités de formation continue seront attribuées aux infirmières, infirmières auxiliaires et médecin.

Par ailleurs, selon Dre Hudson, le Guide est bien reçu et utile dans le réseau. Cependant, la diffusion du document fût variable d’une région à l’autre et une relance pour la diffusion est à prévoir lors des éclosions hivernales (grippe, gastro).

**33.3.2 Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales en soins de longue durée**

Les documents élaborés par les régions de Montréal et Québec seront acheminés à la présidente du CINQ afin d’obtenir un document harmonisé qui pourrait être diffusé par la suite à l’ensemble des établissements concernés. L’avantage d’une telle harmonisation permettrait des comparaisons inter-établissements ou avec d’autres juridictions provinciales ou internationales.

Pour ce qui est de la surveillance des infections en longue durée, la DPSP met l’emphase sur la surveillance des éclosions sans toutefois limiter les initiatives locales de surveillance de sites spécifiques ou de problématiques singulières.

**33.3.3 Bulletin web sur le *C. difficile* : Présentation du nouveau format**

La démarche a débutée suite aux exigences d’accessibilité web pour les personnes présentant un handicap. On souhaite que le nouveau modèle, plus facile à interpréter, aide le grand public et les établissements à mieux s’approprier les résultats.

On remarque que la méthode de comparaison des résultats diffère de celle utilisé dans les rapports annuels de l’INSPQ. En effet, dans la proposition de la DPSP, l’évolution du taux de la dernière année (augmentation ou diminution) est comparée à la moyenne des deux années antérieures alors que dans le rapport de l’INSPQ cette comparaison s’effectue avec la moyenne d’une seule année soit celle qui la précède. Cette divergence sera portée à l’attention du SPIN-CD pour obtenir leur avis. Par ailleurs, quelques membres soulèvent les inconvénients d’un choix de «rapport non harmonisé» entre le MSSS et l’INSPQ.

**33.3.4 Signalement des cas d’entérobactéries productrices de carbapénémases et autres situations d’éclosions de bactéries multirésistantes.**

Il y a une volonté que les informations soient acheminées dans toutes les régions. À cet effet, le projet pilote en place depuis l’automne 2012 dans la région de Montréal pourrait nous orienter sur les objets et modalités à privilégier au niveau provincial. De plus, les mécanismes de diffusion, pourraient être similaires à ceux mis en place pour les éclosions de l’ERV. Une proposition pourrait être faite à la prochain rencontre.

Dre Fortin nous informe que les travaux du comité SPIN pour les bacilles Gram Négatif multirésistants progressent bien.

On réitère l’importance d’un financement dédié à ce sujet pour soutenir et assurer la pérennité de la surveillance de laboratoire effectuée par le LSPQ.

Aussi, une hiérarchisation des activités est à prévoir pour clarifier les rôles des laboratoires (CH/CHU/Recherche et LPSQ) et éviter la duplication. Actuellement, dans le cadre du projet pilote de Montréal, le LSPQ fait les tests de PCR en temps réel mais ne pourra poursuivre et étendre son service aux autres régions, faute de financement.

Et enfin, dans ce dossier, il est impératif que les orientations soient discutées rapidement entre la DGSSMU, la DGSP et les principaux partenaires, notamment le LSPQ, afin d’obtenir une orientation ministérielle.

**33.3.5 PCI Bilan et faits saillants, août 2013**

Le bulletin a été diffusé le 12 septembre dernier et a été bien accueilli.

**33.4. Plan de gestion des éclosions de grippe ou de gastro-entérite**

**33.4.1 Évolution des travaux (cf fiche déposée sur le forum).**

Au niveau de la PCI, le plan demande que des alternatives soient proposées pour limiter les restrictions d’admission et de transfert des patients lors d’éclosion. À cet effet, un groupe de travail du CINQ a reçu le mandat d’apporter des précisions sur les critères de fermeture et de réouverture des admissions et des transferts dans un milieu de soins en situation d’éclosion. Un document complémentaire aux guides d’intervention concernant la grippe sera déposé à la DPSP le 15 octobre et celui au regard de la gastro-entérite est attendu le 30 décembre.

Quant au plan de désencombrement avec surcapacité, l’équipe de PCI à la direction de la protection du MSSS est préoccupée de l’impact de ces plans sur les mesures de PCI. Favoriseront-ils le partage de salles de bains et toilettes par plusieurs usagers, la non-accessibilité des lavabos autant pour les usagers que le personnel, etc. On encourage les membres et le réseau à s’impliquer dans l’élaboration et la mise en place de plans de désencombrement pour éviter ces écueils.

Également, le plan de gestion recommande, en cas d’éclosion, le port de masque pour ceux qui refusent la vaccination et la prophylaxie antivirale. Cette recommandation rejoint celle émise par l’AQESSS en février 2013. Cependant la DPSP incite ses partenaires et le réseau à demeurer vigilant sur l’observance de cette mesure et son impact sur la vaccination des travailleurs de la santé. À ce chapitre la DPSP suit l’évolution de la situation en Colombie-Britannique, cette dernière ayant mis en place une politique exigeant le port du masque pendant toute la saison grippale pour les personnes non vaccinées.

Et enfin, les membres sont informés des rencontres et actions tenues avec les partenaires afin de les sensibiliser au plan de gestion des éclosions et aux enjeux de santé publique et de PCI :

- Rencontre des DOS (Direction d’organisation de services des agences) et DRAMU (direction régionale des affaires médicales et universitaires) : 12 septembre,

- TCNSP : 11 septembre,

- TCNMI : 27 septembre,

- CODIR : 21 octobre,

- CGR : 2 octobre,

- Syndicats nationaux : 24 septembre (7 centrales).  Présentation, en collaboration avec la DGPRM, de la stratégie pour augmenter la couverture vaccinale des travailleurs de la santé,

- Lettre aux directeurs généraux co-signée par DNSP, DGSMU/DGPRM.

**33.4.2 Vaccination des travailleurs de la santé (invité : Bruno Turmel)**

L’*Outil d’auto évaluation d’application des stratégies prouvées efficaces pour améliorer la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre la grippe* a été reçu des membres. Cet outil sera diffusé au réseau dans les prochains jours (diffusé le 25 octobre aux DG des établissements).

Dr Turmel résume les stratégies de l’outil pour les membres. Une consultation informelle a eu lieu à la permanence du Comité d’éthique en santé publique et de la direction de l’éthique du MSSS en lien avec la stratégie sur les incitatifs à la vaccination. Aucun enjeu majeur n’est ressorti en autant que la proportionnalité soit prise en compte, ce qui n’est pas un enjeu compte tenu du budget des établissements pour les incitatifs.

La mesure de la couverture vaccinale demeure problématique dans notre réseau. À court terme, l’outil élaboré par la région 15 a été mis en ligne sur le site de l’ASSTAS pour soutenir le réseau dans ce processus. Par ailleurs, un groupe de travail a été mis sur pied par Dr Turmel afin de standardiser la mesure de la couverture vaccinale notamment par une définition commune des numérateurs et dénominateurs. Ce groupe compte des intervenants des directions de santé publique, de l’ASSTSAS, de l’INSPQ et de la DGSP du MSSS.

Des questions et commentaires sont soulevés par rapport aux activités de communication et de promotion de la vaccination au niveau de la population générale. Bien qu’il y ait un lien avec la vaccination des travailleurs de la santé, ce n’est pas le sujet de la discussion. Les membres sont invités à transmettre leurs suggestions à Bruno Turmel ou Nadine Sicard le cas échéant.

**33.5 Travaux de l’INSPQ**

Campagne québécoise «Soins de santé plus sécuritaires maintenant» : lancement prévu aux JAPI (26 novembre). Dans ce cadre, une invitation pourrait être adressée aux établissements pour s’inscrire à un concours sur le «Meilleur soutien accordé à la campagne» avec une remise de prix aux prochaines JAPI en 2015.

Dre Fortin fait un bref rappel des «5 ensembles de pratiques exemplaires» en PCI auxquels s’ajoutera celle sur la prévention des infections urinaires élaborée par le Québec. Elle nous informe des orientations reçues de son comité directeur et du CINQ de laisser le choix aux établissements de mettre en place l’ensemble de pratiques qui répond le mieux à leurs besoins. Bien que le choix de l’ensemble soit laissé aux établissements, les comités semblent privilégier qu’au moins deux stratégies soient déployées à court terme dans l’établissement. Les membres de la Table recommandent que l’hygiène des mains soit retenue par tous les établissements. Une 2e stratégie, pourrait être celle sur les ISO.

Quant au déploiement, il serait intéressant d’obtenir l’appui et l’implication des tables régionales. Cependant, les avis sont partagés à savoir si c’est la meilleure porte d’entrée.

Par ailleurs, Dre Fortin nous informe que l’entente entre l’ICSP et l’Hôpital général Juif est caduque. De plus, une entente sur la propriété intellectuelle devra être conclue avec l’ICSP pour le contenu des trousses d’information.

En terminant, on réitère l’importance de s’assurer que la promotion du projet soit réalisée à tous les niveaux cliniques et de gestion.

**SI-SPIN** : déployé en avril dernier.

**Antibiorésistance**:

Ce dossier a été soutenu financièrement par l’INSPQ dans le cadre d’un projet innovation qui vient à échéance sous peu. Dans le cadre de ce projet, le Comité d’experts scientifiques sur la résistance aux antibiotiques (CERA) a été mis en place au printemps 2011. Un bilan du projet ainsi qu’une ébauche de programme de surveillance intégré de la résistance aux antibiotiques ont été élaborés. La mise en place d’une structure qui permet de recueillir l’information générée par les laboratoires locaux et régionaux apparaît incontournable et ce, avec le support du LSPQ.

Le développement de ce dossier ne pourra se poursuivre sans l’appui financier du ministère.

Dre Anne-Marie Bourgault, présidente du CERA, offre la possibilité de présenter les résultats des travaux du comité à la prochaine rencontre.

Une journée sur la résistance microbienne aux antibiotiques est prévue dans le cadre des JASP (27 nov).

**Formation des infirmières en PCI :** Le cours d’introduction à la PCI à l’intention des nouvelles conseillères sera répété par l’Université de Sherbrooke en janvier.

**Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)**

On salue le départ de Dr.Frenette comme président du comité SPIN exécutif et on souligne ses contributions. Dre Claude Tremblay succèdera au Dr Frenette et sera assistée par Dre Caroline Quash.

**CINQ/ SPIN**

* GT-BGNMR (bactéries gram négatif multirésistantes) : les travaux vont bon train.
* Document complémentaire aux guides d’intervention concernant la grippe et les gastro-entérites : travaux en cours comme précisé au point 33.4.1.
* Outils pour soutenir la gestion d’une éclosion de diarrhées à Clostridium difficile en milieu hospitalier : l’outil est quasi complété. Pour les recommandations touchant l’hygiène et la salubrité, un arrimage sera fait avec le groupe de travail de ce domaine par l’intermédiaire des DRS Pichette et Marchand, microbiologiste-infectiologue.
* Campagne québécoise *«Soins de santé plus sécuritaires maintenant*» : la révision et l’adaptation des trousses est en cours.
* Mesures de prévention et de contrôle de l’entérocoque résistant à la vancomycine dans les centres d’hébergement et de soins de longue durée du Québec et les centres de réadaptation : travaux en cours.
* Rapports des programmes de surveillance des infections. Une revue en profondeur de la structure des rapports a été effectuée  pour obtenir des rapports plus utiles aux participants (établissements). Des rapports annuels succincts qui, dorénavant, seront accessibles dès le 30 mai. Ces rapports seront suivis d’un fichier «Power point» adaptable et ce, afin de faciliter le travail des équipes locales pour la présentation des résultats aux unités de soins participantes, aux comités de direction et au conseil d’administration. Une traduction anglaise des rapports est prévue pour 2014.
* On réitère l’importance d’informer les DG d’établissements que les données sont nominales, ce qui est déjà fait pour le *C. difficile et* les bactériémies à SARM depuis le début du programme. Dans les autres rapports, les taux sont présentés par numéro d’établissement.

**33.6 Modifications du calcul des ratios d’infirmières en PCI (cf fiche )**

La nouvelle proposition de l’indicateur est la suivante :

Nombre d’établissements dont le nombre ETP d’infirmières en PCI atteint 90 %

Nombre d’établissements

Les centres privés-conventionnés devraient répondre à l’indicateur puisque l’orientation est qu’ils se conforment aux mêmes recommandations que le réseau public. On rappelle l’importance que les établissements calculent avec le nombre de lits dressés. Ces précisions seront clarifiées dans GESTRED. Aussi on tentera de suivre la progression des postes d’infirmière clinicienne spécialisée par ce même formulaire. Par ailleurs, il est mentionné que certains établissements refusent de reconnaître la spécialité d’une personne qui a obtenu le titre. L’association et le MSSS feront des représentations auprès des personnes concernées.

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

**Zones grises :**

Présentation des résultats 2012-2013 (voir fichier .xls) : la moyenne provinciale de l’atteinte est de 76 %. Six régions n’ont pas atteint les objectifs et pour celles-ci M. Bruno Dubreuil donnera une formation.

**Taux d’encadrement** (voir tableau/graphique)

Ce taux est déficient par rapport aux autres secteurs du réseau. Il est inférieur à 2 % alors qu’il est aux environs de 4 % dans les services alimentaires et de 5 % pour l’ensemble du personnel. Un état de situation à l’intention des décideurs sera élaboré afin de les sensibiliser à ces faits.

Les membres émettent plusieurs suggestions à savoir :

- Y a-t-il des éléments dans la littérature pour établir des standards d’encadrement?

- Est-il possible d’analyser les données en fonction de la vocation hospitalière?

- Est-il possible d’analyser selon les taux de C. difficile? Selon l’évolution du dossier des zones grises? etc.

De plus, on suggère de bonifier l’état de situation, à la lumière de l’article publié récemment par William A. Rutala qui compare l’efficacité de méthodes d’assurance qualité telle la fluorescence versus la supervision des équipes.

**Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité**

Il sera lancé d’ici quelques semaines (diffusion faite le 31 octobre).

**33.8 Retraitement des dispositifs médicaux (M. T. pour Claude Marcil)**

* Mécanisme décisionnel suite à un événement indésirable relié au retraitement des dispositifs médicaux : le document précise les responsabilités des paliers local, régional et provincial et la procédure à suivre lors d’événement indésirable. La publication est attendue avant la fin du mois d’octobre. Titre du document : Guide à l’intention des établissements : Responsabilités et gestion d’un événement lié au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables
* RARDM : ce dossier reprend de l’importance. La mise à jour du formulaire et de la version web AH-223 est prévue en avril 2014 ainsi que le formulaire papier du RARDM dont une version web fonctionnelle est prévue en juillet 2014.
* Lignes directrices sur le retraitement des dispositifs médicaux : en voie d’être finalisées sous peu.
* Protocole de transport des dispositifs médicaux : l’élaboration du document est en cours. Des liens avec la DLSS, Mme Imbeau et son équipe, permettront de finaliser le document.
* Développement d’une formation en ligne sur le retraitement des endoscopes flexibles. L’utilisation des différents types d’unités de retraitement automatisé des endoscopes (URAE) y seront également traités.

**33.9 Correspondance**

* **Nouvelle réglementation sur le contrôle de la température de l’eau chaude à la sortie du robinet à un maximum de 43°C**: correspondance des co-présidents de la TRPIN des Laurentides.

Cette nouvelle règlementation présente-t-elle un risque infectieux (ex. : légionnellose)? Serait-il possible d’obtenir un avis intérimaire vu que les établissements ont jusqu’au 31 décembre de l’année en cours? Cette réglementation doit-elle s’appliquer aux douches et baignoires seulement?

La correspondance été acheminée à Mme Fortin de l’INSPQ le 14 août dernier afin qu’elle soit portée à l’attention du groupe de travail sur l’eau de L’INSPQ. La correspondance a aussi été acheminée à la direction de l’expertise et de la normalisation du ministère.

**33.10 Questions diverses**

**33.10.1 Approvisionnement en fournitures médicales et de soins** : représentant de la PCI sur les regroupements régionaux

La structure des groupes des achats a changée. On sent l’importance qu’une personne de PCI soit présente sur le groupe. Il s’agit de comités régionaux. Il a été recommandé aux représentants de contacter les agences.

**33.10.2. Affiches sur les mesures spécifiques de PCI/ CH pour personnes âgées-CLSC-Domicile**

On ne peut plus imprimer les affiches donc, un fichier électronique a été transféré aux coordonnateurs en maladies infectieuses qui pourront imprimer ou le rendre accessible aux établissements.

**33.10.3 Infection prevention and control Canada (IPAC Canada)**

Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada). Ce changement de nom de CHICA-Canada est porté à l’attention des membres.

**33.10.4 Système «provincial» d’affichage en PCI pour les pratiques de base et les précautions additionnelles**

On rappelle au demandeur que le sujet a déjà été traité et que la décision du comité était de procéder avec une uniformité régionale.

**33.12 Levée de la rencontre : 15h25**

**Prochaine rencontre**

**11 décembre 2013**

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

**Québec : 1075 Chemin Ste-Foy, salle 579**