Approuvé le :18 mars 2014

**10 décembre 2013**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auger Danielle | Directrice de la protection de la santé publique/MSSS | Oui |
| 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) | Oui |
| Fortin Anne | Représentante de l’INSPQ | Oui – A.M. |
| 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 | Non |
| Lamothe François | Président | Oui |
| Lampron-Goulet Éric | Région 08 | Oui |
| Laperrière Isabelle | Présidente de l’AIPI 2012-2014 | Oui |
| Marcil Claude | DGSSMU | Non |
| Mercier Denis | Table régionale Abitibi Témiscaminque | Non |
| 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 (A.M.) |
| Tremblay Claude | Représentante de l’AMMIQ | Oui |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Oui |
| Invitée | Barkati, Sapha | Oui |
| Invitée | Belzile, Nathalye | Non |
|  |  |  |

**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)**

34.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h35

34.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition de Monsieur Daniel Bolduc, secondé par Monsieur Pierre Blain.

34.3 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue le 8 octobre 2013

On suggère d’ajouter la référence complète de l’article publié par Dr Rutala sur l’efficacité des méthodes d’assurance qualité en hygiène et salubrité (page 7 du C.R).

Le compte-rendu est adopté sur la proposition de Dr.Patrice Savard secondé par Mme Sandra Savery.

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

Les deux documents seront acheminés au CINQ comme convenu précédemment.

Deux des auteurs ayant participé à l’élaboration des documents, un pour la région de Montréal et l’autre pour la région de Québec, sont membres du CINQ ce qui facilitera l’harmonisation souhaitée pour obtenir un document provincial de référence.

**34.3.2 Bulletin web sur le *C.difficile* : nouveau format (Daniel Bolduc)**

M. Daniel Bolduc rappelle les motifs qui ont mené à la révision du bulletin notamment l’exigence de souscrire aux critères d’accessibilité Web pour les personnes présentant des handicaps. La nouvelle version sera éditée annuellement plutôt qu’aux trois mois et les taux présentés sont annuels plutôt que périodiques et ce, pour les trois dernières années administratives complétées. Une des nouveautés comprend la comparaison des taux de la dernière année aux deux années antérieures pour établir la variation de ces derniers. Cette méthode permettant de visualiser davantage les variations que la comparaison à une seule année antérieure a été discuté avec le président de SPIN-CD, Dr Yves Longtin et l’épidémiologiste de l’INSPQ, M. Christophe Garenc.

Les figures présentent les résultats selon les regroupements

* la taille des établissements (Nombre de lits :< 100 lits, 100-249 lits, 250 lits et plus)
* le statut (universitaire, non universitaire, réadaptation, pédiatrique)
* la proportion de personnes aînées qui sont âgées de 65 ans et plus (< 35 %, 35-49 %, ≥ 50 %

M. Bolduc présente le bulletin, un exemplaire ayant été distribué préalablement aux participants. Il devrait être en ligne d’ici deux semaines (fin décembre).

Le bulletin a été envoyé sous embargo à la direction des communications des agences la semaine dernière afin de permettre aux agences de procéder à la validation des données et ainsi se préparer aux questions qui pourraient subvenir suite à cette publication «publique». Bien que le processus de diffusion sous embargo soit sous la responsabilité de la direction des communications du MSSS et qu’il a été fait selon le mode usuel, des questionnements surviennent chez les membres de la Table puisque plusieurs responsables de la PCI dans les DSP n’ont pas été informés et sollicités pour le processus de validation. Il est donc demandé que le processus soit revu pour la prochaine publication afin qu’un envoi aux coordonnateurs en maladies infectieuses soit fait simultanément à celui des responsables de la direction des communications des agences.

On s’interroge sur la pertinence de rendre le bulletin accessible en langue anglaise. Le suivi sera effectué auprès de la direction des communications du MSSS.

Quant à l’accessibilité des données aux professionnels hors Québec, on rappelle que la meilleure approche pour rejoindre cette clientèle est la publication d’articles scientifiques.

Des remerciements et commentaires sur la qualité du travail sont adressés à M. Bolduc, maître d’œuvre dans ce dossier. De plus, on souligne qu’il sera en congé par traitement différé jusqu’en septembre prochain.

**34.3.3 Modifications du calcul des ratios d’infirmières en PCI**

Un formulaire Gestred ne peut être modifié en cours d’année mais nous tenterons tout de même son utilisation pour la cueillette d’information en P 13, ce qui serait une excellente étape de validation. On réitère l’importance de circonscrire dans le formulaire les activités pour lesquelles les infirmières en PCI peuvent agir comme consultante sans être responsable de la mise en œuvre. Il faut que les équipes demeurent vigilantes face à l’ajout de tâches connexes notamment dans certains dossiers d’hygiène et salubrité et de retraitement. Par exemple, elles peuvent répondre aux questions relatives aux procédures en lien aux zones grises, mais elles ne peuvent prendre en charge le dossier au complet.

Autre sujet abordé dans ce point : visites ministérielles d’appréciation de la qualité.

Une grille élaborée par la DGSS est utilisée lors de ces visites. Certains membres rapportent que l’approche «milieu de vie» qui est valorisée et évaluée lors de ces visites n’est pas toujours «recevable» dans un contexte de PCI. Un suivi sera fait auprès de la DGSS.

**34.4. Vaccination des travailleurs de la santé contre la grippe : évolution des travaux (invité : B. Turmel).**

On nous informe que :

* *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 diffusé dans le réseau accompagné d’une lettre co-signée par les sous-ministres adjoints à la DGSSMU, DGPRM, DGSP;
* La lettre aux travailleurs de la santé signée par le ministre a été distribuée via les DRH : un questionnement demeure à savoir si les destinataires l’ont bien reçu Cette correspondance a aussi été transmise à la fédération des préposés aux bénéficiaires(PAB);
* Le groupe de travail sur la mesure de la couverture vaccinale (C.V.) tente d’établir des balises pour mieux estimer les numérateurs et dénominateurs;
* Un indicateur de gestion sur la mesure de la couverture vaccinale des travailleurs de la santé oeuvrant en établissement sera proposé en 2015-16.
* Projet pilote «Vacciné ou masqué» mis en place par le CSSS de Laval pendant la présente saison. Ce projet est suivi de près par la Direction de la protection. Le CSSS et la DSP de Laval prévoient faire une étude descriptive de l’implantation ce qui devrait permettre de dégager un certain savoir-faire dans l’application d’une telle politique.

Vacciné ou masqué : on discute la pertinence et l’acceptabilité d’une telle approche dans l’ensemble du réseau de santé québécois. A-t-on mis toute l’emphase requise pour la promotion et l’accessibilité à la vaccination à l’intérieur de nos milieux de santé? A-t-on utilisé de façon optimale toutes les mesures pour inciter le travailleur à opter pour une vaccination volontaire?

Vacciné ou masqué :

Tenant compte des nombreux questionnements et de la méconnaissance des impacts d’une telle politique sur le travailleur, une approche régionale progressive qui inciterait la mise en place d’un projet dans un ou plusieurs établissements semble plus positive qu’une approche imposée à l’ensemble des établissements. Cette orientation serait à privilégier à court terme. À moyen terme, il y aura peut-être lieu d’avoir une approche plus ferme encadrée par une politique.

Par ailleurs, Dr Turmel nous informe que la rencontre entre le MSSS et les représentants syndicaux s’est bien déroulée. Ces derniers désirent collaborer mais dans un contexte où la vaccination n’est pas obligatoire

On rappelle aux membres les rencontres et actions tenues avec les partenaires afin de les sensibiliser au plan de gestion des éclosions et aux enjeux de santé publique notamment au regard de la vaccination et de la PCI (cf. C.R. de la rencontre du 8 octobre 2013).

**34.5 Alerte provinciale des cas d’entérobactéries productrices de carbapénémases et autres situation de bactéries multirésistantes (N. Sicard)**

La TNPIN recommande que le projet porte sur les entérobactéries résistantes aux carbapénémases et l'acinetobacter baumanii.

Pour les EPC. les mécanismes de résistance suivants seraient inclus: KPC, NDM-1, OXA-48 et VIM.

La Table ne recommande pas l'inclusion des ESBL dans ce projet vu le volume de tests impliqués et le peu d'intervention qui pourrait en résulter.

L'objectif principal serait que les établissements soient en mesure d'appliquer les recommandations du CINQ pour les patients porteurs ou infectés par ces bactéries.

Les cas résultant de transmission nosocomiale seraient diffusés par les alertes. La surveillance plus générale des bactéries multirésistantes est déjà publiée et accessible via le bulletin STAT-LABO.

La proposition d'acheminement des résultats positifs est secondée, toutefois la TNPIN souligne que cela ne remplace pas l'échange de renseignements qui doit avoir lieu lors des transferts de patients.

Pour ce qui est de la fréquence d'analyse des résultats par le LSPQ, la notion de temps utile est amenée par les membres, c'est à dire une fréquence assez élevée pour permettre les interventions pertinentes, sans toutefois effectuer les tests à fréquence très rapprochée ce qui occasionnerait des coûts plus élevés au laboratoire. Une suggestion est apportée d’évaluer la faisabilité de rapprocher la fréquence des «poolings» plutôt que de faire les tests en temps réel.

On suggère qu'une définition d'endémicité basée sur les recommandations des CDC soit établie afin de catégoriser les établissements aux prises avec une fréquence accrue de cas. Ainsi, les établissements rapportant plus de 5 à 10 cas par année (à déterminer après consultation) d'Acinetobacter baumannii multi résistant ou d'entérobactéries productrices de l'une ou l'autre des carbapénémases rapportées précédemment pourraient être rapportés au réseau par souci d'accroître la vigilance des autres milieux.

Le MSSS indique l'importance de l'information sur les décès associés à ces bactéries toutefois des enjeux de qualité des données sont exposés. Les membres de la Table considèrent qu'il serait important de ne pas dupliquer la saisie d'information effectuée par les services de PCI dans le cadre des programmes SPIN.

La TNPIN recommande au MSSS d'assurer un financement récurrent pour soutenir les activités du laboratoire provincial relatives aux BGNMR en continuité avec le projet déjà amorcé dans la région de Montréal.

On mentionne que ce projet d’Alerte, bien que principalement un processus de communication, soulève des enjeux à différents niveaux, par exemple, les infections communautaires ou les enquêtes de santé publique.

Malgré certaines questions qui demeurent en suspens, on réitère l'importance de la problématique et l'urgence d'agir pour mettre sur pied ce système d'alertes. Il y aura toujours lieu après l'implantation de faire des ajustements. Dans l'intérim de l'implantation de ce projet, il est suggéré que la DSP 06 puisse partager ses alertes à l'échelle de la province vu la mission tertiaire de la plupart des établissements de santé dans cette région.

Lors d'une prochaine rencontre, la DSP 06 propose de présenter les résultats d'un sondage sur les pratiques en établissement qu'ils ont réalisé.

**34.6 Hygiène et salubrité (Marc Beauchemin/ cf. Fiches déposées sur le forum)**

**Le guide sur la gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité** a été diffusé en octobre dernier. M. Beauchemin présente brièvement le guide et ses objectifs  (cf fiche déposée sur le Forum).

Les commentaires au regard de cette production sont très positifs. L’activité de transfert de connaissance devrait se réaliser dans le courant de l’hiver. Certains membres font ressortir l’importance d’assurer un suivi de l’implantation des recommandations du guide au cours des prochaines années par un sondage ou autre moyens.

Des remerciements et des félicitations sont adressés à M. Beauchemin et son groupe de travail pour cette dernière publication.

Par ailleurs, la Table suggère qu’une réflexion s’amorce afin qu’un indicateur sur la qualité en H et S. soit introduit dans les ententes de gestion. À titre d’exemple, l’indicateur pourrait être le nombre d’audits réalisés dans une année dans un établissement de soins.

Afin de mieux connaître les échos du réseau dans ce domaine, il est convenu d’inviter M. Bruno Dubreuil à la rencontre de juin.**Taux d’encadrement** (cf. état de situation déposé sur le forum)

Entre 2003 – 2004 et 2011 – 2012, le taux d’encadrement en hygiène et salubrité s’est situé entre 1.25 et 1.93 %. Ce taux laisse voir un écart avec d’autres services notamment le service alimentaire dont le taux se situe aux environs de 4 %. Le taux global du personnel réseau est d’environ 5%.

Plusieurs éléments justifient un meilleur encadrement dans ce secteur notamment le fait que la plupart des employés ne possèdent pas une formation initiale spécifique à l’emploi, la complexité des produits à utiliser, les exigences relatives au plateau technique dans les différents secteurs d’activités, la continuité des services 24h/24h, répartition du personnel dans l’ensemble de l’installation plutôt que dans un secteur bien délimité, l’évaluation de l’assurance qualité, etc. À des fins de comparaison, on invite M. Beauchemin à s’enquérir du taux d’encadrement accordé dans un hôtel.

Un état de situation sur l’encadrement en hygiène et salubrité sera présenté au sous-ministre adjoint afin de le sensibiliser à la situation et aux avantages de le bonifier dans ce secteur d’activités.

Les membres partagent les préoccupations au regard de l’encadrement mais sont encore plus soucieux quant à l’affectation d’un nombre suffisant de préposés pour l’exécution des tâches. On réitère l’importance d’une analyse plus fine des données présentées précédemment afin qu’elles soient analysées en fonction de l’achalandage, transferts etc.(cf.c.r. mars 2013).

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

Les **JAPI** ont eu lieu les 25 et 26 novembre et ont connu un succès selon les premiers échos. Il en est de même pour la journée sur l’antibiorésistance qui s’est tenue le lendemain dans le cadre des JASP.

**Formation** : une nouvelle cohorte de 30 étudiants pour le cours d’introduction à la PCI devrait démarrer à l’Université de Sherbrooke pour la session hivernale.

**Rapports de surveillance** : nouveau format plus simple et plus accessible (brochures). Des discussions sont en cours avec l’Agence de santé publique afin que ces publications (ou leurs abrégés) soient disponibles en anglais.

**SI-SPIN** : les demandes de changements relatives au canevas de saisie et d’analyse doivent être soumises au fournisseur à la mi-décembre.

**Surveillance des BGNMR** : on va de l’avant avec la surveillance des BGNMR mais pas avec la surveillance du SARM-C. Le programme devrait débuter en avril 2014.

**Plan de gestion des éclosions de grippe et de gastro-entérite :** l’addenda attendu de l’INSPQ et son comité CINQ pour préciser les critères de fermeture et de réouverture des admissions et des transferts dans un milieu de soins en éclosion de grippe a été reçu par la DPSP et diffusé au réseau le 25 octobre. L’addenda spécifique aux éclosions de gastro-entérite sera diffusé en version document de travail le 20 décembre par le MSSS. La version finale sera disponible en janvier. Par ailleurs, on souligne que dorénavant la décision de fermer des lits dans un établissement doit impliquer le PDG de l’agence concernée. Et enfin, on questionne la pertinence d’interpeller les DSP  pour la fermeture «unitaire» de lits. Dre Auger est sensibilisée à la situation.

**Campagne québécoise: «Soins de santé plus sécuritaires maintenant».** Dr Galarneau rappelle les 6 stratégies ou ensembles de pratiques exemplaires de la campagne :

* les hygiènes: mains et environnement (hygiène et salubrité) et bactéries multirésistantes
  + - ISO (infection de site opératoire)
    - infections urinaires
    - PAV (pneumonies associées à la ventilation)
    - Bactériémies sur cathéter central
    - Bactériémies associées aux voies d’accès en hémodialyse

Des trousses (outils) seront disponibles pour les établissements. Bien que le contenu ait été adapté pour mieux correspondre à la réalité québécoise, il demeure conforme à la campagne canadienne à plus de 80 %.

Concernant le choix de stratégies à appliquer par un établissement, le CINQ a émis l’orientation suivante :

* la stratégie sur les hygiènes devrait être appliquée par l’ensemble des établissements (un incontournable);
* un 2e ensemble de pratiques devrait être priorisé par l’établissement en tenant compte de ses problématiques, son intérêt et ses ressources.

L’actualisation de la campagne nécessite

1er La diffusion des bonnes pratiques

2e  une surveillance de l’application par des audits : le CINQ suggère 25 observations/période, 3 périodes/année

3e une surveillance des taux d’infection (surveillance de résultats) pour lequel plusieurs programmes provinciaux sont déjà en place.

**Stratégies de déploiement et d’implantation: quelques-uns des éléments apportés**

* Présentation du contenu de la campagne aux JAPI;
* publication d’un article dans le magazine «Le Spécialiste»;
* présentation du projet à la rencontre des présidents des TRPIN prévue le 23 janvier : cette instance consultative pourra collaborer et orienter le plan de diffusion au niveau régional qui devra se réaliser en partenariat avec les instances cliniques;
* présentation de la campagne à l’équipe régionale «élargie» par l’infirmière affectée au projet à l’INSPQ. Cette dernière visitera chacune des régions dans le courant de2014; le soutien à l’implantation par l’équipe de l’INSPQ devrait se prolonger sur une période de 2 ans;
* l’INSPQ prévoit la remise d’un prix d’innovation dans 2 ans.

On souligne qu’une mobilisation importante des TRPIN est un impératif. Le projet est en discussion depuis 5 ans avec peu d’implantation malgré un soutien financier au niveau provincial (INSPQ). On questionne l’implication de la direction de la qualité du MSSS pour ce projet qui s’inscrit dans une culture de qualité et de sécurité des soins. On précise que cette dernière a soutenu les travaux préliminaires mais elle s’est peu manifestée au cours des deux dernières années.

En terminant, Madeleine Tremblay réitère l’importance que des orientations et des actions concrètes au regard de l’implantation soient discutées à la rencontre des présidents de tables régionales et que des outils très simples pour guider la stratégie de déploiement soient présentés et discutés comme par exemple une liste des activités et responsabilités tant au niveau des agences que des établissements. Un des leviers importants pour assurer le suivi de l’implantation est l’intégration d’un indicateur dans le tableau de bord de l’établissement et celui de l’agence bien qu’une reddition de compte ministérielle ne soit pas envisagée.

Le Comité de gestion du réseau (CGR) devra être informé sur ce projet afin d’obtenir son appui.

**Rapport de surveillance** : nouveau format plus simple et plus accessible. En principe les résultats seront disponibles dès le mois de juin suivant la fin de l’année financière. L’analyse et les recommandations suivront à l’automne.

**Avis scientifiques :** une nouvelle façon de faire est en préparation.

* Un document sur les mesures communes à l’ensemble des problématiques sera produit;
* des feuillets seront élaborés pour les mesures spécifiques aux problématiques comme par exemple un «feuillet sur les mesures spécifiques à appliquer sur les BGNMR»
* Aussi il est demandé de réduire le nombre de recommandations en les regroupant et en évitant que chaque mesure soit considérée comme une recommandation. Le fait de recevoir des documents contenant plus de 100 ou 150 recommandations peut être moins bien reçu par les gestionnaires et les équipes.
* Le feuillet sur les BGNMR, premier document élaboré selon le nouveau format, pourrait être diffusé comme document de travail afin qu’il soit disponible aux équipes de PCI en temps opportun pour le début de la mise en place du programme de surveillance.

SI-SPIN : Dr Frenette nous informe que le nouveau système présente des difficultés techniques. Cependant certaines d,entre-elles sont inhérentes à l’application informatique utilisée localement. Aucune donnée de bactériémies n’a été analysée à date. On anticipe un important travail de validation.

ERV – SPIN : le rapport annuel est complété.

SPIN-CD**:** la version finale de *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* sera disponible bientôt.

Typage des souches de *C. difficile* : une réflexion est en cours mais on maintient le programme selon le premier devis appliqué lors des 5 ou 6 premières années d’étude dans lequel le recueil des souches était effectué durant la période hivernale et non durant toute l’année. La répartition de l’étude des souches sur l’ensemble de l’année n’a pas ajouté d’information pertinente à l’étude.

Présentation des données de «août à août» laisse voir une année avec une moyenne moins mauvaise que la moyenne observée selon l’année administrative.

SPIN-SARM : La mise en place de la surveillance de la colonisation est reportée à une date ultérieure étant donné l’urgence de connaître la situation au regard des BGNMR et le surcroît de travail apporté aux équipes par la mise en place d’un nouveau programme.

**SPIN-BacTot** : l’obligation de participation des installations ciblées est reportée en avril.

En terminant, le président de la Table, Dr François Lamothe, souligne la contribution exceptionnelle de Charles Frenette à titre de président du SPIN. Dre Claude Tremblay lui succèdera à ce titre. Dr Frenette fait figure de pionnier pour la surveillance des infections nosocomiales au Québec et on le remercie chaleureusement.

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

**34.8.1 Formation des intervenants du réseau (M.Tremblay)**

La première formation en novembre, a attiré plus de 100 participants. Des remerciements sont adressés à la région 16 qui a fourni des commentaires utiles à la préparation de la 2e séance qui aura lieu le 11 décembre.

Cette séance sera enregistrée et disponible en ligne sur le campus virtuel de l’INSPQ.

**34.8.2** **Formations de formateurs à l’intention des intervenants des résidences privées pour aînés (RPA) (D. Bolduc/ cf fiche)**

Suite à la publication du Guide de prévention des infections dans les RPA, la DSP 01 s’est impliquée dans la formation du personnel des RPA et S.A.D et ce, avec la collaboration des équipes de PCI et des intervenants en soins à domicile. L’objectif était de développer un réseau d’intervention en prévention des infections afin de réduire l’incidence des infections dans les RPA. De plus, une meilleure connaissance de la PCI devrait permettre une plus grande autonomie des RPA. et améliorer les processus d’admissions en milieux de soins (CH et CHSLD) et les retours des résidents en RPA.

Suite à cette formation, les RPA de la région 01 ont maintenant une personne ressource en PCI. Les infirmières des S.A.D. assurent la réponse en première ligne. La 2e ligne est assurée par les ressources en PCI des CSSS.

Cette formation a été fort appréciée par les intervenants et a grandement contribué à créer un réseau en PCI pour soutenir adéquatement les RPA et maintenir le continuum de services entre les résidences privés et les milieux de soins.

On nous informe que le comité vigilance des établissements sur lesquels siègent un membre des comités des usagers doit avoir une préoccupation au regard des services offerts par l'établissement dans ces résidences. Il doit, par ce fait, s’intéresser à la prestation de soins et la satisfaction de cette clientèle. Dans ce contexte, y aurait-il lieu d’intégrer la clientèle des RPA? Le comité des usagers d’un établissement est responsabilisé à cet égard dans le cadre de son mandat légal. Mais comment réaliser cette activité. La réflexion se poursuit au niveau des comités provinciaux directement concernés.

Et enfin, on rappelle que les ententes-types de services entre les CSSS et les RPA sont à venir. Ces ententes sont sous la responsabilité de la DGSS.

Par ailleurs, on rappelle que la formation des PAB des RPA sera assurée par la Formarez.

**34.9 Évolution des travaux du comité CIPIN (Céline Drolet)**

**Guides de planification immobilière** : les guides sur l’aménagement des blocs opératoires, les laboratoires médicaux, l’imagerie médicale et les centres locaux de services communautaires seront disponibles dans le courant du premier semestre de 2014. Une 2e édition des guides traitant des aires de préparation stériles ainsi que des unités de courte durée de médecine et de chirurgie est prévue, pour tenir compte du document de l’OPQ dans le cas du premier, et pour y intégrer les unités d’hospitalisation brève dans le cas du second.

Depuis 2011, plusieurs guides ont été entérinés par le CODIR. Ces derniers visent à harmoniser l’infrastructure et sont considérés comme des orientations vers lesquelles le réseau doit tendre sans obligation formelle d’y souscrire. Un processus d’accompagnement pour l’élaboration des programmes fonctionnels et techniques a été mis en place par le MSSS; il s’applique aux projets de plus de 5 millions $.

* **Plan d’action pour éliminer les chambres multiples**: une rencontre avec les responsables du dossier dans les agences s’est tenue dans le courant de l’automne. La demande d’information auprès de ces dernières sera amorcée au début de 2014 suite à la mise en place de l’outil de collecte et de saisie des données.
  + **Température de l’eau à la sortie des robinets dans les établissements de santé** :

Depuis 2006, une mise à niveau a été faite dans tous les CHSLD afin que l’eau à la sortie des robinets réponde à l’exigence d’atteindre une température maximale de 430 C. Aussi, le système de distribution de l’eau doit permettre d’effectuer un «choc thermique» pour éliminer un risque infectieux. Pour les autres établissements de soins et résidences privées pour aînés qui ne seraient pas conformes à cette exigence, ils ont jusqu’au 27 décembre 2013 pour installer le dispositif de limitation de la température tel que prescrit dans la réglementation.

Cette réglementation s’applique exclusivement à la robinetterie des bains & douches et fait partie intégrante du code de construction (à l’intention des entrepreneurs) et du code de sécurité (obligations du propriétaire).

On précise que le comité qui a travaillé sur ces recommandations était formé d’experts de l’INSPQ et du réseau et de représentants du MSSS. Selon ce comité, la T0 à430 C était adéquate pour contrôler le risque de prolifération de la bactérie Légionella.

Cependant, les microbiologistes infectioloques demeurent préoccupés par ce risque infectieux à cause du nombre croissant de personnes hospitalisées soumises à des traitements d’immunosuppression. Face à cette dernière préoccupation, y a-t-il lieu de demander à l’INSPQ si l’avis *Prévention des cas de brûlures et de légionelloses associés à l’eau chaude du robinet dans les résidences privées* émis en 2003 est toujours adéquat d’autant plus que la température ciblée dans ce dernier se situe à 490 C? Une mise à jour est-elle indiquée?

Par ailleurs, après discussion avec Madame Drolet suite à la présente rencontre, nous convenons de faire part à la Régie du bâtiment des difficultés et risques en lien avec cette réglementation, notamment au regard des risques de contamination par la Légionnella et des difficultés relatives à la circulation de l’information au sein du réseau.

**34.10 Retraitement des dispositifs médicaux (M. Tremblay pour Claude Marcil)**

Bien qu’absent, M. Marcil a transmis par courriel les informations suivantes:

* + «Guide à l'intention des établissements Responsabilités et gestion d'un événement indésirable lié au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables» : le document a été diffusé au réseau.
* RARDM  les travaux pour l'intégration du rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) dans le SISSS vont bon train. La mise à jour du formulaire et le développement technologique sont en cours.

**34.11 Correspondance**

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

**34.12 Questions diverses**

**34.12.1** Prochaine rencontre des présidents des tables régionales aura lieu le 23 janvier 2014 et sera présidée par les docteurs Arruda et Auger.

Les présidents des différents comités (TNPIN, CINQ, SPIN) ainsi que les représentants des directions ministérielles et des partenaires (INSPQ, INESSS) seront présents pour présenter l’évolution des travaux au regard du Plan d’action 2010-2015.

**34.12.2** Le Spécialiste, magazine de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, vol.15, No 4, décembre 2013 a présenté un dossier intitulé ***Combattre l’ennemi invisible.*** La contribution de la présidente du CINQ, Dre Galarneau ainsi que celle des médecins microbiologistes infectiologues notamment les Drs Frenette. Weiss et Gourdeau est souligné.

.

**34.12.3** Édition d’un numéro thématique sur la PCI par «Le Point» en administration de la santé et des services sociaux. Une subvention est demandée pour une publication en 2014.

Plusieurs sujets ont été proposés à l’éditeur notamment la hiérarchie des mesures, l’infirmière clinicienne spécialisée en prévention des infections, l’assurance qualité en hygiène et salubrité, les ensembles de pratiques exemplaires, la vaccination contre la grippe pour les travailleurs de la santé, etc. L’éditeur est invité à prendre contact avec l’OIIQ, l’AIPI, l’INSPQ, les responsables des comités CIPIN et en hygiène et salubrité.

**34.13 Levée de la rencontre : 16h30**

**Prochaine rencontre**

**18 mars 2014**

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

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