Approuvé le : 14 octobre 2015

**17 juin 2014**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auger Danielle | Directrice de la protection de la santé publique/MSSS | P.M. (Fin de la rencontre) |
| Beauchemin Marc | Direction de la logistique sociosanitaire | Oui (visio- QC) |
| Blain Pierre | RPCU | Oui/ A.M. |
| Bolduc Daniel | DPSP (MSSS/ congé différé) | 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 | Non |
| Fortin Anne | Représentante de l’INSPQ | Oui (ad 14h) |
| Galarneau Lise-Andrée | Présidente du CINQ | Oui |
| Healy Chloé | Représentante DSP de Montréal | Oui |
| Hudson Patricia | Représentante de la TCNMI | Oui |
| Irace-Cima Alejandra | DPSP du MSSS (Chargée de projet Plan d’action) | Oui |
| Lamothe François | Président | Oui |
| Lampron-Goulet Éric | Région 08 | Oui |
| Lamy Gaétan | Représentant des PDG d’agence (région 04) | Non |
| Laperrière Isabelle | Présidente de l’AIPI 2012-2015 | Oui |
| Lévesque Jean-Michel | Direction biovigilance DGSSMU | Oui (visio- QC) |
| Marcil Claude | Direction biovigilance DGSSMU | Non |
| Morin Guylaine | Présidente de CHICA Montréal | Oui |
| Nicol Julie | Table régionale région Côte Nord (en remplacement de Geneviève Anctil) |  |
| Savard Patrice | Représentant de l’AMMIQ | Oui |
| Savery Sandra | Table régionale des Laurentides | Oui |
| Renée Paré | Représentante de la DSP de Montréal (en rempl.acement de Dre Tannenbaum) | Oui |
| Sicard Nadine | DPSP (MSSS) | Non |
| Tremblay Cécile | Représentante du LSPQ (remplacée Simon Lévesque) | Non |
| Tremblay Claude | Représentante de l’AMMIQ | Oui (visio- QC) |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Oui |
| **Invitées** |  | Oui |
| Lepage-Savary Dolorès | DAPM | Oui |
| Maranda Catherine | D. de l’éthique et qualité | Oui |
| Zewail Reem | Résidente | Oui |
| Piette Lise-anne | Direction de l'expertise et de la normalisation | Oui |

**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)**

36.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h45

36.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition des Drs L.A. Galarneau et P. Savard.

36.3 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue le 18 mars 2014

Le C.R. est adopté suite aux corrections apportées à la liste des présences.

36.3.1 Vaccination des travailleurs de la santé (T.S.)

On rappelle la position ministérielle avant le changement de gouvernement (C.R. 18 mars). Pour la prochaine saison de vaccination contre la grippe, il est convenu à la DPSP de :

* poursuivre la mobilisation au regard de l’implantation des stratégies reconnues efficaces (Outil d’auto-évaluation/Application des pratiques exemplaires dans les établissements de santé);
* laisser place aux initiatives locales de la mise en place d’une politique «Vacciné ou port de masque obligatoire);
* envisager à l’automne une consultation étendue à l’ensemble des différents niveaux d’intervenants (T.S., experts, syndicats, associations professionnelles, gestionnnaires, etc.).

Par ailleurs pour le projet réalisé au CSSS de Laval, les résultats obtenus au cours de la dernière saison grippale d’une politique révisée sont encourageants. En effet, en 2013-2014, des taux inégalés de couverture vaccinale (C.V.)  ont été obtenus avec 58,2 % des intervenants salariés qui ont été vaccinés (données cumulées pour l’Hôpital de la Cité-de-la-Santé et les cinq CHSLD publics de la région). Ceci représente un écart allant de 21 à 28 % par rapport aux taux de couverture vaccinale des années 2010-2011 à 2012-2013. Il est aussi souligné qu’il faut interpréter avec prudence l’augmentation de la CV car plus d’efforts ont été investis pour la documenter (nouvelle application informatique, etc.). Les participants intéressés à obtenir plus d’information sont invités à communiquer avec le CSSS de Laval.

Les membres de la Table ont évoqué plusieurs voies à explorer pour atteindre les objectifs dans ce domaine :

* sensibiliser et obtenir la collaboration de l’AQESSS
* poursuivre les approches syndicales auprès de leurs dirigeants nationaux ; discuter entre autres, la possibilité d’obtenir un engagement à la vaccination à l’embauche de l’employé;
* s’associer à un neurologue pour la campagne de promotion afin de mieux informer les TS sur les risques du Guillain-Barré ;
* poursuivre le travail sur la mesure de la couverture vaccinale ;
* Prendre connaissance des travaux du comité international auquel participent Dr G De Serre de l’INSPQ sur les approches à privilégier et l’efficacité de l’immunisation des travailleurs à prévenir la transmission contre la grippe.
* etc.

En conclusion, il est suggéré de poursuivre l’intéressement des établissements aux stratégies prouvées efficaces pour augmenter la couverture vaccinale et poursuivre les travaux pour baliser l’approche pour les T.S. non vaccinés.

36.3.2 Avis sur les cas et éclosions de bactéries multirésistantes

La nouvelle procédure a été acheminée au réseau le 17 avril dernier.

Par ailleurs, le questionnement sur l’endémicité a été posé, et les membres sont d’avis qu’il est plus adéquat de la définir par rapport à l’établissement plutôt qu’à la région même si la quasi-totalité des établissements d’une même région sont touchés. On souligne aussi l’importance de clarifier la terminologie et de réfléchir aux mesures à appliquer en fonction du statut d’un établissement.

Quant aux éclosions d’entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC), les membres proposent d’enlever les cas sporadiques de la liste puisqu’ils n’ont pas d’utilité en PCI. Cependant le transfert de cette information doit être maintenu des CH vers les DSP et des DSP vers le MSSS.

Par ailleurs, il est aussi demandé de bâtir l’Avis sur les cas et éclosions de bactéries multirésistantes par établissements plutôt que par microorganismes.

**36.3.3 Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales en soins de longue durée (INSPQ)**

Le document a été entériné par le CINQ en avril dernier. La publication est attendue en août sur le web de l’INSPQ.

**36.3.4 Température de l’eau à la sortie des robinets des établissements de santé et risque de légionnellose**

Les membres sont informés que le rapport d’investigation du coroner suite au décès d’un résident en CHSLD en juin 2013, précisait d’appliquer la recommandation visant à limiter la température de l’eau à 430 Celsius non seulement aux douches et aux baignoires mais aussi aux lavabos.

Cette recommandation n’a pas été retenue par le RBQ suite aux travaux effectués avec la collaboration d’experts. La coroner en chef, Dre Louise Nolet en a été informée le 18 septembre 2013. L’information sera transmise aux coordonnateurs en maladies infectieuses.

**36.3.5Campagne québécoise «Soins de santé plus sécuritaires maintenant» (A.Fortin)**

Le lancement a été fait le 13 juin par l’intermédiaire d’une correspondance adressée aux PDG d’agence et signée par les sous-ministres adjoints à la direction générale de la santé publique, la Direction générale de Planification, performance et qualité et la Direction générale de Services de santé et de médecine universitaire.

La campagne s’adresse à l’ensemble des établissements de santé tel que défini dans la LSSSS.

Les outils sur les stratégies sont disponibles sur le site web de l’INSPQ à l’exception des outils sur la prévention des infections urinaires associées aux sondes et la prévention des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse qui le seront d’ici la fin du mois de juillet. Des webinaires sont prévus en septembre.

Afin de répondre aux demandes d’information du réseau, il est demandé à l’INSPQ d’élaborer un outil «Questions-Réponses».

Dans un premier temps, l’évaluation consisterait à suivre le nombre d’adhérents aux différentes stratégies de la campagne et le taux de satisfaction.

**36.3.6 Antibiorésistance**

Cette problématique est retenue comme une priorité aux niveaux international, national et provincial. Au provincial, la sous-ministre Mme Verrault a donné son aval pour former un GT dont le mandat est l’élaboration d’un plan d’action sur 5 ans. Les travaux du groupe débuteront dès le début de septembre. Nadine Sicard est responsable de ce groupe.

Dre Auger souligne que le contexte budgétaire impose de centrer nos actions sur les préoccupations et les données probantes. Il faut documenter le retour d’un tel plan sur les investissements.

**36.4 Rapport annuel de gestion : présentation des résultats**

**Objectif 4.1.3 : Maintenir les taux d’infections nosocomiales faisant l’objet d’une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Résultats**  **2012-2013** | **Résultats**  **2013-2014** | **Cibles** |
| Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d’infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis :   * Diarrhées associées au *Clostridium difficile* | 84 % | 78% | 90 % des CHSGS d’ici 2015 |
| * Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline | 85 % | 97% | 90 % des CHSGS d’ici 2015 |
| * Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs | 96 % | 96% | 90 % des CHSGS d’ici 2015 |

On note que les objectifs sont atteints pour les bactériémies. Cependant ce n’est pas le cas pour les taux de diarrhées à *Clostridium difficile.*  En 2013-2014, 69 installations ont un taux annuel d’incidence inférieur ou égal au seuil établi, soit six installations de moins qu’en 2012‑2013. L’utilisation grandissante d’un test de laboratoire plus sensible pourrait expliquer, en partie, le dépassement du seuil établi par un plus grand nombre d’installations.

**36.5 Ressources infirmières en PCI** (cf fiche)

Mme Laperrière et Mme Tremblay ont rencontré les répondants régionaux et des directrices des soins infirmiers d’établissements le 4 juin afin d’obtenir leur soutien à la formation et au développement de l’expertise des conseillères et infirmières cliniciennes spécialisées en PCI. Les moyens mis sur la table sont les suivants :

1. Pour la conseillère :

* prendre les dispositions nécessaires afin que les conseillères nouvellement affectées au programme de la PCI soient incitées à suivre le cours d’introduction à la PCI dans la première année de titularisation (selon les disponibilités offertes par les universités).

1. Pour l’infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections :

L’objectif étant que d’ici 3 à 5 ans chaque établissement du Québec puisse compter sur une telle expertise

* envisager la mise en œuvre d’un programme d’intéressement à la spécialité au niveau local et régional. À l’exemple du programme de relève des cadres, la mise en place d’incitatifs est souhaitée (remboursement des frais de scolarité, journées de libération pour études, etc)
* pour les infirmières déjà promues au titre de spécialiste, s’assurer que chaque établissement reconnaisse ce titre.

Mme Danielle Fleury, direction des soins infirmiers à la DGSSMU nous a assurés qu’un suivi régulier de l’évolution du dossier serait fait dans le cadre des rencontres des répondants DSI dans le courant de la prochaine année. À suivre.

Par ailleurs, les membres soulignent que le cours d’introduction à la PCI est très exigeant et demande que l’attribution des crédits pour ce cours soit majorée. Le suivi est fait auprès de Mme Lucie Beaudreau, chargée de cours à l’Université de Sherbrooke, qui apportera la demande au comité de programme. De plus, des contacts ont été établis avec l’université de Sherbrooke pour s’assurer de la disponibilité du cours qui, pour le moment est offert une seule fois /année à la session hivernale.

**36.6 Plan d’action sur les infections nosocomiales 2015-2020 : discussion (document joint)**

- **Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament**, Dolorès Lepage-Savary: surveillance de l’utilisation optimale des antibiotiques, (doc. p. 13)

Mme Lepage-Savary résume la circulaire ministérielle 2011-021 émise en juin 2011 ainsi que le bilan de la situation élaboré suite au sondage effectué en janvier 2014 dans les établissements du Québec.

1- De façon générale, les agences régionales n'ont pas désigné, de façon formelle, une entité responsable du programme de surveillance de l'usage optimal des antibiotiques en établissement de santé. Cependant, selon l’information colligée, un suivi du programme serait assuré par l'entremise des tables régionales de prévention des infections nosocomiales (TRPIN).

2- les établissements de santé ne transmettent pas aux agences régionales, de façon systématique, les résultats de leur programme de surveillance de l'usage des antibiotiques.

3- un peu moins du 1/3 des établissements concernés ont implanté toutes les mesures contenues dans la circulaire, représentant ainsi 20 établissements sur 64. La majeure partie des établissements de santé n'ont donné suite que partiellement ou pas du tout à la circulaire 2011-021 soit 36 établissements sur 64.

Les causes évoquées pour cette application mitigée de la circulaire seraient :

* manque d’outil informatique
* pénurie de pharmaciens

Dans le prochain plan d’action, il faudrait favoriser des mesures structurantes :

1. une mobilisation concertée entre les établissements et les agences;
   1. mobiliser les DRAMU
   2. comité régional des affaires pharmaceutiques
   3. avoir un répondant régional
   4. avoir un répondant local (comité, professionnel)
2. rehausser les systèmes d’information, notamment fixer un objectif d’implantation de ces systèmes afin qu’en 2020, 90% des établissements ciblés puissent produire des données de suivi incluant les DDD; des interfaces avec le laboratoire sont à privilégier.
3. s’arrimer avec le POR (pratique organisationnelle requise) d’Agrément Canada en lien avec ce dossier afin de consolider l’ensemble de la démarche;
4. élaborer un plan d’effectifs pharmaciens avec la DGPRM pour assurer une couverture des activités relatives à l’utilisation optimale des antibiotiques (pénurie de pharmaciens en établissements);
5. faire connaître à tous les paliers décisionnels (CODIR, CGR, Comité de direction des établissements, départements de pharmacie, etc.), les projets réalisés au cours des dernières années qui ont démontré qu’un tel programme est rentable financièrement.
6. Opter pour des objectifs annuels qui assureront un cheminement progressif vers les résultats attendus pour 2020.

On rappelle que :

* les antibiotiques arrivent au 2e rang dans l’échelle de coûts des médicaments;
* les normes et lignes directrices existent. Un cadre de référence a été publié par le Conseil du médicament et, récemment, l’INSPQ en a déposé un sur le Programme intégré de la résistance aux antibiotiques.
* **Direction de l’expertise et de la normalisation**, Lise-Anne Piette: présentation des actions 15 et 16 (document page 2 et 3)

M. Blain nous rappelle l’importance de faire ressortir tous les avantages de l’hébergement en chambre individuelle particulièrement dans la conjoncture actuelle. Un court document lui sera acheminé en vue de sa rencontre avec le ministre le 9 juillet prochain.

* Et enfin, on souligne que l’ouverture du CUSM et du CHUM avec des chambres individuelle est une occasion d’évaluer l’impact de l’hébergement sur les transferts, l’hygiène et salubrité, les infections nosocomiales etc. À retenir pour l’action 18.
* **Direction de la recherche de l’innovation et du transfert des connaissances,** Francis Dubois : action 18 (document page 1)

M. Dubois a décliné l’invitation puisqu’une démarche de concertation à l’interne du MSSS est nécessaire pour mieux circonscrire les moyens et modalités d’évaluation à privilégier pour la période 2015-2020.

Cependant deux points d’information sont apportés aux membres :

* la DRITC ne peut pas prendre sous sa responsabilité des engagements en matière d’évaluation, car ce n’est pas dans ses fonctions.  Elle peut néanmoins seconder, ou entretenir des liens privilégiés, avec le responsable désigné;
* la DRITC est responsable de coordonner la liaison et la gestion des demandes entre le MSSS et l’INESSS. Le responsable de ce dossier est M. Éric St-Gelais.
* **DGSSMU-Retraitement des dispositifs médicaux (RDM),** Jean-Michel Lévesque**:** présentation desactions 13,14, 20 (document p.4 et 5)

Des commentaires sont apportés à l’effet que le regroupement des services de RDM dans un site annexé ou non n’aurait pas d’impact sur la PCI. Aussi, on questionne la pertinence de mettre en place un système de traçabilité pour l’ensemble des instruments médicaux. Y aurait-il lieu d’introduire un tel système que dans les secteurs d’endoscopie qui sont généralement impliqués lors d’événements à risque de transmission d’infections à diffusion hématogène nécessitant un rappel de patients?

Pour le retraitement et la réutilisation du MMUU, il n’y a pas de cadre législatif au Canada. Advenant la venue d’un tel cadre, le MSSS devra revoir sa position.

Par ailleurs, M. Lévesque nous informe que suite à la rencontre d’experts sur l’évaluation du risque infectieux lié au bris de retraitement des dispositifs médicaux tenue en mars dernier, une proposition quant au seuil du risque acceptable de transmission d’infections hématogènes et les critères à prendre en compte dans l’évaluation d’un tel risque a fait l’objet d’un consensus d’experts. Un rapport est à venir.

* **Direction de la logistique et des équipements,** Marc Beauchemin, présentation des actions 12, 20, 21 (document pages 8 et 9)

Des actions en réponse aux préoccupations au regard des besoins de lignes directrices, d’évaluation de la qualité, de l’allocation des ressources et de la formation initiale sont à inclure au plan 2015-2020.

* **Direction des soins infirmiers,** aucun représentant. Cependant la discussion a eu lieu au point 36.5.
* **Direction de la qualité et de l’Éthique,** Catherine Maranda

Cette direction est en soutien à l’ensemble du plan.

Par ailleurs le bilan détaillé des visites d’agrément 2013-2014 sera probablement disponible en septembre. En bref, 10 des 24 établissements visités soit 42%, se sont conformés au QMentum PCI.

Pour ce qui est du POR d’Agrément canada sur les activités de la pharmacie hospitalière, il est suggéré de mettre en lien ces exigences avec l’action relative à l’utilisation optimale des antibiotiques notamment les paramètres pour assurer le suivi des DDD.

Pour ce qui est du rapport sur les accidents-incidents produit par cette direction, elle nous informe qu’actuellement il vise à consolider la déclaration. Les infections nosocomiales ne sont pas incluses dans ce rapport puisque les données sont disponibles dans les rapports de surveillance produits par l’INSPQ.

**INSPQ, Anne Fortin** (document pages 10,11 et 12)

Elle présente l’ensemble des propositions. Une proposition des actions dont la responsabilité principale revient à l’INSPQ est attendue dans les prochaines semaines.

Par ailleurs, Dre Fortin nous informe des enjeux liés à une publication rapide des résultats des programmes de surveillance qui ont été transmis aux établissements le 5 juin. Par exemple, pour l’année 2013-2014, on a noté une baisse importante des bactériémies : diminution globale de 4,5% , diminution de 17,9%pour les BACC. Bien que des processus de validation additionnels soient requis, il a été convenu de publier les données puisqu’une partie de la baisse est imputable à un changement dans la définition et possiblement à la rigueur apporté par la nouvelle application SI-SPIN. La Table soutient cette orientation et précise l’importance d’accompagner les résultats d’une note d’interprétation dans une perspective d’assurance qualité. Une mise à jour sera effectuée au besoin.

Par ailleurs les faits saillants et recommandations découlant de l’analyse des données de surveillance seront publiés à l’automne.

Et enfin, une Procédure de relance auprès établissements de soins afin d’obtenir les données périodiques et annuelles des programmes de surveillance des infections nosocomiales en temps opportun est en préparation. Cette procédure vise à préciser pour les établissements le calendrier des relances ainsi que les rôles des instances locales, régionales et provinciales.

**Direction des communications,** Dominique Bédard, action 25 (document page 15)

Une nouvelle position est attendue à la mi-juillet afin de préciser les moyens.

**36.7  Questions diverses :**

**Plan de gestion des éclosions de grippe et de gastro-entérite  (Chloé Healy):** les membres de la Table avaient manifesté un intérêt d’évaluer les effets des recommandations publiées par le CINQ sur les fermetures de lits. Des données collectées par l’ASSS de la région 06 dans un but administratif sont présentées.

Brièvement :

* 100% des demandes de suspension rencontraient les critères;
* aucune demande n’a été refusée par la PDG de l’Agence;
* la durée moyenne du processus est de 2 h 23 min (norme de service de 90 minutes)
* au moins 7 personnes sont interpellées lors de l’opérationnalisation de la marche à suivre actuelle (lourdeur administrative)
* l’achalandage et le débordement ne pouvaient s’expliquer par les éclosions majeures requérant la suspension des admissions
* la TRPIN de Montréal recommande de ne pas reconduire la marche à suivre pour la suspension des admissions à la saison 2014-2015 donc approbation d’emblée par la PDG de l’Agence de Montréal d’une demande de suspension des admissions
* Une procédure plus spécifique concernant le traitement d’une demande de suspension des admissions serait à considérer dans les cas suivants :
  + - plus d’une unité de soins touchées et plusieurs lits bloqués
    - toute l’installation touchée, ou
    - unité critique touchée (urgence, soins intensifs, néonatologie

Annonce du Dre Danielle Auger : Dre Auger ne renouvellera pas son mandat à titre de directrice de la protection de santé publique en août prochain. Dr Lamothe et les membres l’ont remercié chaleureusement pour son indéfectible soutien au cours des 2 années où elle a occupé la fonction.

**36.8 Levée de la rencontre : 17h**

**Prochaine rencontre**

**octobre 2014**

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

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