Approuvé le : 17 mars 2015

**14 octobre 2014**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beauchemin Marc | Direction de la logistique sociosanitaire | Non |
| 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. | Non |
| Cohen Linda | Représentante de la Table régionale de la Montérégie | Non |
| Fortin Anne | Représentante de l’INSPQ | Oui (Matinée) |
| 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 |
| Marcil Claude | Direction biovigilance DGSSMU | Non |
| Morin Guylaine | Présidente de CHICA Montréal | Non |
| Nicol Julie | Table régionale région Côte Nord (en remplacement de Geneviève Anctil) | Oui (C.T.) |
| Savard Patrice | Représentant de l’AMMIQ | Oui |
| Savery Sandra | Table régionale des Laurentides | Oui |
| Renée Paré | Représentante de la DSP de Montréal (en remplacement 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 (en P.M./ visio) |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Oui |
| Villeneuve Jasmin | Représentant de l’INSPQ | Oui |
| Invités : |  |  |
| Auger Danielle | Maladies infectieuses DPSP/ MSSS | Oui (37.8) |
| De Serres Gaston | INSPQ | Oui (37.8) |
| Turmel Bruno | Maladies infectieuses DPSP/ MSSS | Oui (37.8) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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)**

37.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h45

37.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition des Drs L.A. Galarneau et P. Savard après l’ajout du point 37.4.1 :

«Évolution des travaux de l’INSPQ et de leurs comités CINQ et SPIN».

37.3 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue le 17 juin 2014

Le compte rendu est adopté suite à l’ajout suivant : Dre Danielle Auger annonce qu’elle 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 remerciée chaleureusement pour son indéfectible soutien au cours des 2 années où elle a occupé la fonction.

37.3.1 Avis sur les cas et éclosions de bactéries multirésistantes :

À la demande de la Table, les cas et les éclosions sont listés non plus seulement par régions mais aussi par établissements pour faciliter le repérage de ces derniers. Par ailleurs, il est convenu de conserver dans l’avis le nom des établissements touchés par une éclosion, jusqu’à un an après la fin de cette dernière.

De plus, on réitère l’importance que le LSPQ puisse poursuivre le projet amorcé sur la surveillance de laboratoire des entérobactéries à résistances multiples aux antibiotiques. À cet effet, la DGSP accordera une nouvelle subvention au LSPQ, ce qui lui permettra de poursuivre la surveillance jusqu’au 31 mars 2015. Il y aura lieu dans les prochains mois d’impliquer la DGSSMU afin de pérenniser le financement de cette activité.

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

Une note a été acheminée aux coordonnateurs en maladies infectieuses à l’effet que la recommandation de limiter la température de l’eau à 430 Celsius à la sortie des robinets ne s’appliquait qu’aux douches et aux baignoires et excluait les lavabos.

**37.3.3 Campagne québécoise des Soins sécuritaires (A. Fortin)**

Les capsules de formation à l’intention des intervenants sont déposées sur le site de l’INSPQ à l’adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/soins-securitaires>

# Pour ce qui est des questionnements de certains CHSLD, il est précisé que les deux ensembles de pratiques exemplaires suivants sont à privilégier soit «L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes» et «La prévention des infections des voies urinaires associées aux cathéters».

Par ailleurs, certaines régions dont la Montérégie ont un directeur de campagne responsable dans chacun des établissements.

**37.3.4 Antibiorésistance**

Le groupe de travail est fonctionnel et a tenu deux rencontres jusqu’à maintenant :

4 et 30 septembre.

Les cliniciens présents réitèrent l’importance d’adresser les volets suivants :

1. la surveillance des bactéries multirésistantes et des gènes de résistance impliqués dans les infections urinaires;
2. l’antibioprophylaxie chirurgicale;
3. les bonnes pratiques au regard des bactériuries asymptomatiques ;
4. la durée de traitement selon l’évolution clinique.

Par ailleurs les enjeux informationnels sont à nouveau soulevés :

-soutien informatique pour assurer un suivi local et régional de la résistance et de la consommation des antibiotiques;

-envisager l’utilisation d’une application informatique capable de répondre aux besoins de la pharmacie, du labo et de la PCI.

À ce sujet, en lien avec les recommandations du CERA sur la surveillance de la résistance aux antibiotiques, l’INSPQ a amorcé des discussions avec Nosotech, Cie québécoise qui a développé l’application informatique utilisée pour la surveillance des infections nosocomiales afin de voir si leur technologie permettrait de collecter et d'analyser les résultats de résistance aux antimicrobiens réalisés dans les laboratoires des CH qui utilisent leur application en PCI. À suivre...

La Table recommande :

- étayer les coûts‑bénéfices de la mise en place d’une antibiogouvernance efficiente ;

- valoriser les petits projets concrets et inciter les initiateurs à les partager avec le réseau;

- utiliser la campagne québécoise sur les soins sécuritaires pour renforcer la mise en œuvre de l’antibiogouvernance.

37.3.5 Plan de gestion des éclosions de grippe et de gastro-entérite

Les mêmes mesures que l’année dernière seront maintenues pour la saison hivernale, dont la nécessité d’obtenir l’accord du PDG de l’Agence pour la fermeture aux admissions des unités en éclosion.

37.4 Indicateurs retenus dans la Planification stratégique 2015-2020

Les indicateurs retenus par le MSSS sont :

* les diarrhées associées au C. difficile;
* les bactériémies à SARM;
* les bactériémies sur accès veineux en hémodialyse.

Un indicateur de processus a aussi été retenu soit le taux de conformité à l’hygiène des mains par catégorie de professionnels (médecins, infirmières, préposés aux bénéficiaires, autres professionnels) selon les critères de la campagne québécoise des soins sécuritaires.

37.4 .1 Évolution des travaux de l’INSPQ et de leurs comités CINQ et SPIN

Surveillance : publication des résultats de surveillance seront disponibles à la fin juin en vue d’une publication en juillet.

La publication des faits saillants est prévue en septembre

**Formation** : « *Programme de formation en ligne prévention et contrôle des infections pour les établissements de santé* 2014-2015  a été diffusé dans le réseau.

Le programme englobe les formations portant sur la PCI et sur le retraitement des dispositifs médicaux (RDM).

Il y a 2 options possibles pour l’inscription, soit un programme court (RDM seulement) ou un programme long (RDM et PCI). L’inscription au programme permet l’obtention de 0,1 crédit de formation continue par heure de formation.

Formation :

Bien que certaines équipes de PCI aient évoqué les difficultés à obtenir un remboursement des frais d’inscription, les membres soutiennent la nouvelle façon de faire de l’INSPQ d’autant plus que ces frais s’appliquent pour obtenir les crédits de formation. L’enregistrement de cette formation est disponible gracieusement sur le web pour tout intervenant qui n’effectue pas de demande de crédits de formation.

Lignes directrices à venir :

ERV: mesures de prévention et de contrôle en CHSLD : seront présentées au CINQ en décembre pour une publication au printemps ;

Bacilles Gram négatif multirésistants : mesures de prévention et contrôle dans les milieux de soins aigus : publication attendue au printemps.

Maladie à virus Ebola : le CINQ a émis ses premières recommandations en août dernier dans le document *Maladie à virus Ebola : mesures de prévention et de contrôle pour les hôpitaux* suivi d’une mise à jour en septembre.

De son côté, le LSPQ a émis des recommandations pour les services de laboratoire dès le 31 juillet dans le document *Maladie à virus Ebola (MVE) – Guide pratique pour la gestion des demandes d’analyses provenant de patients chez qui une MVE est suspectée*. Des mises à jour ont suivies. Dre Tremblay nous informe qu’un test sera disponible au LSPQ ce qui permettra d’obtenir les résultats dans un délai de 4 heures après la réception du spécimen. Elle précise que les laboratoires locaux sont en mesure de prendre en charge certaines analyses de base notamment en microbiologie et en hématologie. La situation est plus problématique en biochimie.

Dans ce dossier, plusieurs travaux pour le volet PCI ont été effectués du côté du ministère notamment l’élaboration de procédures préhospitalière de triage et de prise en charge, l’élaboration de procédures en hygiène et salubrité et le choix de normes pour les équipements de protection individuelle. Ce dernier volet nous a amené à travailler étroitement avec la CSST afin de mieux définir les caractéristiques des équipements pour assurer une sécurité optimale des travailleurs de la santé. Cependant les exigences de la CSST d’opter pour l’équipement répondant aux normes européennes a compliqué l’approvisionnement puisque le marché est actuellement incapable de répondre à la demande. Des vêtements de protection conformes aux normes américaines ont toutefois pu être achetés pour répondre aux besoins à court terme.

Dr Patrice Savard, microbiologiste-infectiologue au CHUM, centre désigné pour la MVE le 2 septembre, dresse un court bilan de la mobilisation et des travaux réalisés pour être en mesure d’assurer une prise en charge d’un cas de MVE confirmé. Plusieurs outils pour la formation du personnel ont été élaborés (procédure d’habillage et de déshabillage, affiches, vidéos) au cours des 2 derniers mois. Ces outils seront déposés sur le site web de l’INSPQ afin d’être accessibles au réseau.

Par ailleurs, quelques membres de la Table questionnent l’orientation du ministère à l’effet d’exiger que tous les CH de la province soient en mesure de prendre en charge un cas suspect de MVE durant un minimum de 24 heures. Malgré la lourdeur de cette décision pour le réseau, elle est maintenue.

On souligne l’importance d’effectuer des exercices de simulation afin de mieux évaluer le niveau de préparation des établissements.

En terminant, Dr Lamothe et Mme Tremblay adresse des remerciements aux experts de l’INSPQ, du LSPQ, du CHUM et de l’hôpital Ste-Justine ainsi qu’aux équipes ministérielles, locales et régionales qui assurent la préparation du réseau et de ses établissements.

SI-SPIN :

En suivi de la diminution du nombre de bactériémies observées dans les données de la dernière année de surveillance, divers travaux de validation ont été faits afin de s’assurer qu’elle n’est pas due à un problème informatique ou de saisie. Une meilleure compréhension et application des définitions des hémocultures pourrait expliquer une partie de la diminution mais il s’agit tout de même d’une baisse réelle.

37.5 Projet de loi 10 et impacts anticipés pour la PCI

Actuellement, il est très difficile d’anticiper les impacts de la réorganisation sur la PCI. Cependant suite aux discussions, il est convenu d’être vigilant sur les points suivants :

* les ressources : maintien des ratios en PCI et du personnel en H&S;
* favoriser une organisation qui permet de garder une «indépendance» entre les services de la PCI et la direction de santé publique;
* maintenir la PCI comme un service de proximité : l’équipe locale doit être présente physiquement dans chacune des installations du CISSS.

Il y aura lieu lors de la prochaine rencontre d’évaluer la pertinence d’élaborer un énoncé de position à l’intention des décideurs ministériels.

37.6 Maladie à virus Ebola (MVE) : Enjeux

Aux éléments traités au point 37.4.1 s’ajoute le point suivant :

Y aurait-il lieu d’envisager à moyen et long terme, qu’un ou 2 établissements soient désignés de façon permanente pour faire face aux pathogènes émergents et aux urgences infectieuses? Le niveau de préparation requis pour faire face à de telles situations est extrêmement exigeant et ne peut être maintenu adéquatement par l’ensemble des établissements. Ceci devra éventuellement faire l’objet d’une proposition aux gestionnaires des plus hauts niveaux.

37.7 Plan d’action sur les infections nosocomiales 2015-2020 :

Dre Alejandra Irace-Cima nous informe qu’au moins 80 % des travaux sont complétés avec les différentes directions ministérielles et l’INSPQ. Cependant, la réorganisation du réseau à venir aura certainement un impact sur la finalisation du plan, notamment sur les structures en place telles que les tables régionales, les comités de PCI etc. Une présentation détaillée du plan est prévue en décembre.

37.8 Vaccination obligatoire des travailleurs de la santé (TS) et son effet bénéfique sur les patients  Dr Gaston De Serres, INSPQ (Cf. fichier P.P.)

Dans sa présentation, Dr De Serres fait ressortir qu’actuellement :

* la preuve scientifique mise de l’avant pour justifier la vaccination obligatoire est très faible;
* il n’y a aucune quantification du fardeau de la maladie chez les patients attribuable aux travailleurs de la santé non vaccinés;
* la quantification de l’efficacité de l’intervention soulève des doutes sérieux et reste à être mieux documentée.

Devant l’absence de données scientifiques suffisantes pour soutenir une approche de vaccination obligatoire pour les TS, il serait difficile d’imposer une politique « mur à mur». La DGSP a demandé un avis au CIQ (comité d’immunisation du Québec) sur le sujet.

Par ailleurs, le contexte politique ayant beaucoup changé dans le courant de la dernière année, la DPSP privilégie une approche étapiste d’implantation des meilleures stratégies pour favoriser la vaccination des TS. À cet effet, elle a mis à jour la grille d’auto-évaluation de l’implantation des stratégies à l’intention des établissements. Ces derniers seront invités à la compléter sur le web ce qui permettra d’obtenir un portrait de la situation. Un rapport suivra au printemps.

Et enfin, on nous informe que l’outil pour standardiser le calcul des couvertures vaccinales est complété.

En conclusion, les membres sont d’avis qu’il faut poursuivre l’encouragement à la vaccination contre la grippe sur une base volontaire et ce, par le déploiement de stratégies prouvées efficaces.

**37.9 Hygiène et salubrité.**

En l’absence de M. Beauchemin, le point n’est pas abordé.

**37.10 Questions diverses**

Aucune question diverse n’est abordée.

37.11 Levée de la rencontre : 16h29