Approuvé le :

**17 mars 2015**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anctil Geneviève | Représentante de la table régionale de la Côte Nord | Oui (visio) |
| Arruda Horacio | DPSP | Non |
| Beauchemin Marc | Direction de la logistique sociosanitaire | Oui (P.M.) Qc |
| Beaudreau Lucie | INSPQ | Oui |
| Blain Pierre | RPCU | Oui |
| Bolduc Daniel | DPSP (MSSS) | Oui |
| Bourgault, Anne-Marie | Représentante du groupe vigilance pour la sécurité des soins. | Oui |
| Cohen Linda | Représentante de la Table régionale de la Montérégie | Oui |
| Fortin Anne | Représentante de l’INSPQ | Non |
| 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 |
| Lair Christophe | Direction biovigilance DGSSMU | Oui (Qc) |
| 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 | Oui |
| Maranda Catherine | Direction de l’éthique et de la qualité | Oui (Qc) |
| Morin Guylaine | Présidente de APIC Montréal | Oui |
| Savard Patrice | Représentant de l’AMMIQ | Oui |
| Savery Sandra | Représentante de la table régionale des Laurentides | Oui |
| Renée Paré | Représentante de la DSP de Montréal | Oui |
| Tremblay Cécile | Représentante du LSPQ | Oui (P.M.) |
| Tremblay Claude | Représentante de l’AMMIQ | Non |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Ulysse Marie-Andrée | Représentante de l’AQESSS | Oui |
| Villeneuve Jasmin | Représentante de l’INSPQ | Oui (Qc) |
| Invités : |  |  |
| Drolet Céline | Direction expertise et normalisation | Point 38.8 |
| Piette Lise-Anne | Direction expertise et normalisation | Point 38.8 |
| Reem Zewail | Résidente |  |

Commentaires de révision reçus de: P. Hudson, Renée Paré, I. Laperrière, Jasmin Villeneuve, P. Savard, G. Anctil, C. Maranda, M. Beauchemin, D. Bolduc, Claude Marcil,

**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)**

38.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h40 . Les nouveaux membres sont invités à se présenter :

-Mme Geneviève Anctil, représentante de la table régionale de la Côte Nord ;

- Mme Lucie Beaudreau, INSPQ ;

- M. Christophe Lair, Retraitement des dispositifs médicaux, Direction biovigilance DGSSMU.

38.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition de Dr P. Savard et de M. Claude Marcil.

38.3 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue 14 octobre 2014

Le compte rendu est adopté sur la proposition de P. Savard et Mme Sandra Savery.

Tous les suivis seront effectués dans le cadre de l’ODJ de la présente rencontre à l’exception du suivi sur Ebola.

38.3.1 Maladie à virus Ebola(MVE)

Rappel épidémiologique

* Diminution du nombre de nouveaux cas dans le dernier mois  (100 à 130 cas /semaine comparativement à 600 / semaine en novembre). Aucun nouveau cas signalé au Libéria dans les 2 dernières semaines.
* 2 cas suspects investigués au Québec depuis le 21 février. Le nombre de tests effectués depuis avril 2014 s’élève à 15 pour le Québec. Tous les résultats sont négatifs.
* Voyageurs : 66 sont suivis actuellement dans 9 régions du Qc, dont 46 à Montréal. Un total de 519 voyageurs, provenant majoritairement de la Guinée, ont fait l’objet d’un suivi par la santé publique depuis le mois de novembre.

Coordination

Il a été convenu lors du comité de direction du MSSS (CODIR) du 9 mars que la coordination ministérielle du dossier de la MVE retourne à ses canaux habituels à compter du 13 mars. Le niveau de préparation étant avancé et les principaux enjeux dans le dossier étant traités, un retour aux canaux habituels de communication et à une coordination sous la Direction générale de la santé publique est souhaité par le CODIR.

Au niveau régional, le choix de la structure de coordination est laissé à la discrétion des structures décisionnelles en place.

Outils

* Les outils élaborés par le CHUM ont été déposés sur le site de l’INSPQ au fur et à mesure de leur production.
* Plusieurs outils en soutien à l’intervention communautaire ont été élaborés par la DPSP et seraient disponibles au besoin.

Décès à domicile d’un homme suspecté d’être atteint de la MVE en Montérégie

Cet événement a pu servir d’exercice pour évaluer les mesures en place et dégager les volets qu’il reste à préciser notamment la gestion des cadavres. L’importance d’informer les DSP sur les travaux réalisés au regard de la gestion des dépouilles est souligné. Par ailleurs, Dre Hudson et Dr Savard font ressortir le besoin d’un debriefing entre le MSSS, les centres désignés et la région. (suivi fait à la DPSP lemars)

Centres désignés

* On réitère l’importance de préciser le mandat.

Équipement de protection individuelle

* Approvisionnement : écarts observés entre qui est indiqué comme étant distribué par le MSSS et ce qui est livré aux établissements, pour quelques régions (particulièrement dans la région 16)
* Pertinence de différencier clairement les EPI lors de la livraison selon qu’ils sont qualifiés de permanents vs transitoires.
* Enjeux concernant l’identification des colis livrés dans les CSSS, qui ne mentionnent pas que ce sont des EPI pour le dossier MVE.

Laboratoire :

* Il est suggéré de réviser les recommandations émises par le LSPQ. Il semblerait qu’un besoin de précision persiste sur l’application des mesures et les équipements nécessaires pour effectuer les analyses de base dans les laboratoires d’hôpitaux; (ex. : avant l’obtention du résultat du PCR MVE);
* Dre Galarneau fait ressortir l’efficience de partager l’utilisation de certains appareils dont le i-STAT (Abbott)
* Discussions sur l’urgence de procéder aux analyses de base en fonction de l’état du patient : l’importance de respecter le jugement du clinicien.
* On réitère l’importance que l’organisation des services de labo, comme pour bien d’autres aspects de l’intervention, dépasse le cadre de la MVE pour être en mesure de répondre à l’ensemble des urgences infectieuses.

Informations et précisions obtenues auprès de M. Sanschagrin(DGSSMU) suite à la rencontre soit le 19 mars

* Les interrogations soulevées, notamment sur l’application des mesures et l’équipement, sont répondus dans le *Guide pratique pour les demandes d’analyse de labo pour des patients chez qui une MVE est suspectée* ;
* l’utilisation généralisée des i-STAT n’a pas été recommandée par le groupe de travail car une utilisation peu fréquente de ce type d’équipement peut présenter des risques. Cet équipement doit être utilisé de façon régulière afin de :
  + développer l’habileté à effectuer les manipulations de façon sécuritaire et prévenir la contamination du personnel ;
  + maintenir la compétence à effectuer la calibration de l’équipement.

38.4 Plan d’action ministériel 2015-2020 (A. Irace-Cima /60 min.) (cf présentation P.P. )

La structure du plan est précisée. On y retrouve 10 chapitres ou volets incluant 22 cibles auxquelles se rattachent 69 actions.

Quelques commentaires sur chacun des chapitres

* Cadres de références : à revoir en fonction des nouvelles structures (Projet de Loi 10).
* Surveillance : pas de nouveaux programmes prévus pour les établissements.
* Lutte à l’antibiorésistance :
  + travaux en cours et élaboration d’un plan spécifique à cette problématique sous la responsabilité de la DPSP (Dre Nadine Sicard, professionnelle attachée au dossier);
  + circulaire ministérielle pour la surveillance de l’utilisation optimale des antibiotiques est toujours valide. Des travaux de suivis sont en cours pour améliorer l’implantation;
  + discussions sur les besoins pour améliorer la situation, notamment l’accessibilité à des outils informationnels et à des ressources humaines : établir un ratio de pharmaciens, favoriser la mise en place d’incitatifs pour intéresser les médecins à ce volet de pratique, etc .
  + effet mobilisateur des exigences d’accréditation est reconnu (POR Agrément Canada).
* Développement informationnel : on questionne la pertinence que le dossier soit traité de façon individuelle par chaque établissement. On demande d’explorer la possibilité de se doter d’une application provinciale (déjà présentée au MSSS mais n’avait pas été retenue). Cette application devrait être en mesure de permettre la surveillance locale des infections et soutenir le suivi de l’antibiorésistance et de l’utilisation optimale des antibiotiques.
* Pratiques exemplaires :
  + soutenir la nécessité pour l’employeur d’avoir un registre de l’état de vaccination des employés;
  + favoriser la mise en œuvre de la campagne québécoise des soins sécuritaires
  + élaborer un cadre harmonisé pour la diffusion des données locales en s’inspirant de ce qui est déjà fait dans certains établissements dont l’HGJ.
* Hygiène et salubrité : préoccupation par rapport aux ressources humaines; aller au-delà de la notion de zones grises (mais maintenir l’indicateur)
* Immobilier : faire évoluer les projets (PFT) en fonction de l’évolution des normes
* Émergences infectieuses : faire valoir la pertinence d’avoir un réseau d’expertise et une capacité de réponse en tout temps par l’intermédiaire de centre désignés sur une base permanente.
* Évaluation et recherche : l’évaluation de l’impact clinique et économique des infections nosocomiales devrait se concentrer dans un premier temps sur la courte durée et la réasdaptation.
* Communication : y intégrer l’usager.
* Impacts financiers soins de courte durée et réadaptation.

En conclusion, on comprend que la finalité du plan d’action est d’améliorer la prévention et le contrôle des infections nosocomiales chez les usagers et que les actions du plan visent principalement les gestionnaires, employés et travailleurs du réseau. Cependant des actions pourraient aussi être dédiées pour impliquer et permettre aux patients, aux proches et aux familles de mieux comprendre les mesures pour se protéger des infections nosocomiales et les moyens mis à leur disposition pour obtenir leur collaboration à la PCI.

38.5 Campagne québécoise des soins sécuritaires : cibles d’évaluation. (D. Bolduc.)

Présentation du sujet : cf fiche synthèse

Proposition : Recommander la production de cibles provinciales (taux d’acquisition ou taux d’incidence), par catégories d’établissements, afin d’évaluer l’application des pratiques exemplaires de soins de santé. Ces cibles seraient des valeurs de référence pour supporter les établissements dans l’analyse de leurs résultats. Elles seraient utilisées à la discrétion des établissements, sans obligation de s’y conformer.

Cette proposition n’a pas été retenue pour le moment.

Par ailleurs les précisions suivantes sont apportées pour les infections de sites opératoires (ISO) :

* se référer au document du CINQ Surveillance des infections du site opératoire : outils et méthodologies pour les milieux de soins
  + n’ayant pas de programme provincial de surveillance de ces infections, il n’y a pas de recension des données québécoises donc il serait difficile de proposer une cible. Il est important pour ce type d’infection, de suivre l’évolution locale et de se comparer à ses propres résultats. Il est noté que des données américaines sont disponibles.
  + Et enfin, une évaluation de la campagne par l’INSPQ  est prévue à l’automne 2015. On précise qu’il s’agit d’une évaluation de l’implantation à savoir le nombre d’établissements qui y ont adhérée, les «Ensemble de pratiques exemplaires» choisis, la direction ou le service qui a pris le leadership de la campagne etc.

38.6 Travaux de l’INSPQ  (J. Villeneuve, LA Galarneau / 30 min.)

Présentation de l’état des travaux du CINQ et du SPIN

* Campagne québécoise des soins sécuritaires : Documents synthèses et présentations narrées sont disponibles sur le site http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/soins-securitaires
* documents du CINQ :

2014 : Maladie à virus Ebola : mesures de prévention et de contrôle pour les hôpitaux ;

2015 : à venir dans les prochaines semaines

Lignes directrices sur la prévention et le contrôle de la transmission des BGN-MR ;

Outil de gestion des éclosions de DACD ;

Prévention de la transmission de l’ERV en CHSLD.

Afin de limiter la lourdeur des documents (fiches techniques), un argumentaire ou un résumé de preuves pourront être élaborés et publiés au besoin.

* Travaux prévus en 2015-2018 :
* Un document sur les Principes généraux de prévention et contrôle des infections et sur les Pratiques de base et précautions additionnelles ;
* Principes généraux de contrôle des éclosions en milieux de soins ;
* Prévention et contrôle de l’ERV en milieu de réadaptation ;
* Planification structurée de la révision des guides, recommandations et des lignes directrices.
* Programme de formation en ligne de prévention et contrôle des infections pour les établissements de santé 2014-2015 avec crédits de formation offerts par INSPQ en collaboration avec ESPUM
* Pour plus d’information sur les formations offertes, consulter ce site : <http://www.inspq.qc.ca/formation-prevention-controle-infections-etablissements-sante>
* Cours d’introduction à la PCI (cours 601) offert par l’Université de Sherbrooke : Mme Beaudreau, nous informe que pour la présente session plus d’une cinquantaine d’étudiants y sont inscrits. Par ailleurs, une quinzaine d’étudiantes termineront leur micro-programme cette année.
* JASP-JAPI : prévues les 8 et 9 décembre à Montréal. La première rencontre du comité scientifique se tiendra le 31 mars.
* SI-SPIN : On précise que l’extraction des données sera effectuée au début du mois de mai. La publication des résultats prévue en juin sera suivie de celle sur les faits saillants à l’automne.
* Les données des programmes de surveillance seront accessibles à l’infocentre d’ici l’été.

Et enfin, Dr Villeneuve nous informe de la nomination de Dre Nicole Damestoy pour succéder au Dr Luc Boileau à titre de PDG de l’INSPQ. Dr Boileau est quant à lui nommé PDG de l’INESSS.

38.7 Formation des spécialistes en PCI (D. Bolduc)

cf fiche synthèse.

Présentation des contraintes imposées pour la réalisation de leurs stages de 385 heures (environ 48 jours) à réaliser à l’extérieur de leur milieu de travail habituel : distance, libération par les milieux, désorganisation des services de PCI principalement lorsqu’il y a qu’une seule infirmière en poste, absence de rémunération etc. Il est probable que les infirmières et l’infirmier de PCI du Bas-Saint-Laurent s’abstiendront de compléter leurs études de deuxième cycle et éventuellement de devenir spécialistes en PCI si le critère de réalisation du volet pratique dans un autre établissement n’est pas modifié.

Mme Beaudreau, enseignante au programme menant à la spécialité en PCI, apportera de nouveau le point au «Comité de programme» de l’Université de Sherbrooke.

Par ailleurs, les éléments suivants sont ressortis au cours de la discussion :

* Les stages à l’extérieur du milieu de travail habituel permettent de connaître d’autres milieux, d’autres réalités et d’autres expertises et facilitent le réseautage, etc.
* la pertinence de mettre en place un programme de bourse : bien que l’AIPI et l’OIIQ en offrent, n’y aurait-il pas lieu de solliciterla direction des soins infirmiers du ministère à cet effet. Un suivi sera effectué par M. Tremblay.

Et enfin, on souligne qu’actuellement l’expertise développée par l’infirmière au cours de sa formation n’est pas ou peu reconnue tant lors de l’affichage de poste que pour la rémunération accordée à ces spécialistes (échelle salariale).

38.8 Projet de loi 10 et impacts anticipés pour la PCI

Les membres de la Table sont préoccupés par la priorisation qui sera accordée au dossier des infections nosocomiales et le risque de perdre des acquis dans le contexte de la réorganisation du réseau. En suivi des commentaires reçus des membres, un document présentant des propositions ainsi que les justifications et enjeux est présenté. Les points suivants y sont abordés :

* le rattachement administratif du service et du comité, l’encadrement du service de PCI, les rôles et responsabilités de la DSP, le suivi des ententes de gestion et d’imputabilité, la Table régionale, les ressources infirmières et en hygiène et salubrité, l’accessibilité aux services de laboratoire (dépistage), le soutien aux établissements privés, etc.
* Mme Maranda, de la Direction de l’éthique et de la qualité, mentionne que des réflexions sont en cours et portent sur des enjeux similaires pour le comité de gestion des risques. Elle demeure disponible pour en discuter avec les porteurs du dossier des infections nosocomiales afin de s’assurer d’une approche cohérente.

Le document sera revu à la lumière des discussions et retourné aux membres pour commentaires avant d’être acheminé au directeur national de santé publique.

38.9 Retraitement des dispositifs médicaux (Claude Marcil )

M. Marcil présente M. Christophe Lair qui assumera progressivement la prise en charge du dossier du RDM au ministère.

* Présentation du calendrier de formation, printemps 2015 offert par le CEGEP St-Laurent. (cf document transmis aux membres)
* *Avis aux intervenants- Approche règlementaire de Santé canada concernant le retraitement commercial des instruments médicaux originalement étiquetés à usage unique.* (5 février 2015)
* Santé Canada a conclu qu’il détient les pouvoirs d’exiger que les instruments retraités commercialement respectent les normes actuelles de sécurité, d’efficacité et d’étiquetage. Les entreprises de retraitement doivent répondre aux mêmes exigences que celles imposées aux fabricants. Chaque instrument retraité  devra être homologué ce qui aura très certainement un impact sur les coûts de retraitement.
* Une période de transition de 18 mois est prévue pour la mise en place de cette nouvelle règlementation (1er septembre 2016)
* Rapport d’analyse des incidents et accidents en RDM sera amorcé sous peu, l’année se terminant le 31 mars.

38.10 Hygiène et salubrité (Marc Beauchemin/ 15 min.)

* Travaux en cours :
  + Révision du guide Mesures d’hygiène et de salubrité au regard du *Clostridium difficile* ;
  + Rédaction d’un guide sur la gestion des déchets;
  + Préparation d’un sondage sur les logiciels en H&S.

Par ailleurs, dans le contexte de réorganisation du réseau, le maintien des structures et des acquis est préoccupant notamment pour les postes d’encadrement. Cependant,   il est convenu de maintenir le rôle et le mandat de la ressource provinciale, M. Bruno Dubreuil.

38.11 Questions diverses

Dr Lamothe transmet nos remerciements à Mme Marie-Andrée Ulysse pour sa participation aux travaux de la Table depuis 2011 à titre de représentante de l’AQESSS. Dans le cadre de la réorganisation du réseau, cette instance est abolie.

38.12 Levée de la rencontre : 16h05.

**Prochaine rencontre**

**9juin 2015**

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

**Québec : 1005 Chemin Ste-Foy, salle SS-50**

**Baie-Comeau : salle 3**

**Rouyn –Noranda : salle 417**