Approuvé le : 14 octobre 2015

**9 juin 2015**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anctil Geneviève | Représentante de la table régionale de la Côte Nord | Oui (visio) |
| Arruda Horacio | DPSP | Oui (A.M.) Qc |
| Beauchemin Marc | Direction de la logistique sociosanitaire et de l’équipement | Oui (A.M.) Qc |
| Beaudreau Lucie | INSPQ | Oui |
| Blain Pierre | RPCU | Non |
| 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 |
| 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 de la biovigilance et de la biologie médicale / DGSSMU | Oui (Qc) |
| Lamothe François | Président | Oui |
| Lampron-Goulet Éric | Représentant des DSP, Région 08 | Oui (visio) |
| Laperrière Isabelle | Présidente de l’AIPI 2012-2015 sortante | Oui |
| Longtin Jean | Répresentant LSPQ | Non |
| Maranda Catherine | Direction de l’éthique et de la qualité | Oui (P.M.) (Qc) |
| Morin Guylaine | Présidente de APIC Montréal | Non |
| Paré Renée | Représentante de la DSP de Montréal | Oui |
| Pigeon Nathalie | Présidente de l’AIPI 2015 | Oui |
| Savard Patrice | Représentant de l’AMMIQ | Oui |
| Savery Sandra | Représentante de la table régionale des Laurentides | Oui |
| Titeica Georgiana | Prévention des infections nosocomiales DPSP (MSSS) | Oui |
| Tremblay Claude | Présidente de SPIN | Oui (Qc) |
| Tremblay Madeleine | Coordonnatrice du dossier /DPSP (MSSS) | Oui |
| Villeneuve Jasmin | Représentant de l’INSPQ | Oui |
|  |  |  |
| Invités : |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Commentaires de révision reçus de: Anctil Geneviève, Alejandra Irace-Cima, Marc Beauchemin

Claude Tremblay, Patrice Savard, Jasmin Villeneuve, Christophe Lair, Daniel Bolduc

**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)**

39.1 Ouverture de la réunion

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

- Mme Georgiana Titeica, Prévention des infections nosocomiales DPSP (MSSS) ;

- Mme Nathalie Pigeon , présidente de l’AIPI 2015.

39.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition de Dr. Patrice Savard

39.3 Adoption et suivi du compte-rendu de la rencontre tenue 17 mars 2015

Suite à la suppression du commentaire de la page 2, le compte rendu est adopté sur la proposition de M. Daniel Bolduc.

39.3.1 Suivi au regard du programme de PCI de l’Université de Sherbrooke (L.Beaudreau)

L’université de Sherbrooke accepte de recevoir les demandes d’étudiants qui désirent faire un stage dans leur milieu de travail. Ces demandes seront étudiées individuellement et l’autorisation sera accordée en tenant compte de critères spécifiques. M . Bolduc souligne que l’ouverture du comité de programme de l’université est très appréciée ainsi que la possibilité de suivre le programme à distance. Sans cette accessibilité, les infirmières du Bas-Saint-Laurent ne pourraient pas suivre le programme de formation afin de devenir infirmières cliniciennes spécialisées en PCI

Mme Anctil demande si des bourses ministérielles sont disponibles pour ce programme outre celles offertes par l’AIPI ou l’OIIQ. Un suivi sera fait à la DSI de la DGSSMU ainsi qu’à la direction générale du personnel réseau et ministériel Par ailleurs, tout le dossier de la spécialité devra faire l’objet d’une attention spéciale au cours de la prochaine année afin d’assurer sa viabilité. Celle-ci a énormément de difficulté à prendre son envol d’autant plus qu’elle est peu recherchée dans les milieux de soins comme en témoigne l’affichage de poste ainsi que la rémunération accordée à ces spécialistes (échelle salariale).

39.3.2 Maladie à virus Ebola(MVE)

Rappel épidémiologique

 Le 9 mai 2015, l’OMS a officiellement déclaré la fin de la transmission au Libéria.

En date du 28 mai 2015, l’OMS signale un total de 27 075 cas avec 11 155 décès. La transmission se poursuit en Sierra Leone et en Guinée.

**Voyageurs**

**En date de 26 mai, 833 voyageurs ont été suivis au Québec dont 814 à faible risque et 19 à risque moyen. Aucun voyageur à haut risque n’a été signalé. Plus de la moitié de ces voyageurs ont été suivis par la Direction de santé publique de Montréal.**

**Travaux**

* **Un document sur les orientations du directeur national de santé publique pour l’évaluation de l’exposition et la gestion des contacts de cas confirmés a été élaboré. Il sera entériné par le DNSP dans les prochaines semaines.**
* **Le document « Acquisition des compétences chez les travailleurs de la santé : orientations générales» a été publié sur le site web du MSSS en avril 2015. Le document a été élaboré à partir d’un outil de formation réalisé par le CHUM.**
* **Un document sur la gestion des dépouilles en milieu extrahospitalier est en élaboration et sera présenté sous peu au ministre.**
* **L’entreprise de nettoyage Qualinet a accepté d’offrir le service de décontamination à domicile.**
* **La procédure pour les voyageurs à faible risque qui ont des rendez-vous pour un suivi de santé a été allégée suite à la consultation du CINQ. Les voyageurs ne sont plus tenus d’aviser les professionnels de la santé ni de reporter un rendez-vous s’ils sont asymptomatiques le matin du rendez-vous. Cependant, il doit contacter la DRSP le jour du rendez-vous afin de l’informer de son état de santé**.

Centres désignés

* Le mandat pour les centres désignés (CHUM, CHUSte-Justine) est présentement en révision par la DGSSMU. La DPSP a été consulté à cet effet. Pour le moment, le mandat n’est pas élargi à l’ensemble des fièvres hémorragiques.
* En lien avec la cible 20 du Plan d’action 2015-2020, une réflexion s’amorce sur la faisabilité de mettre en place une unité de bioconfinement au Québec. Ceci n’étant pas prévu dans le plan fonctionnel et technique du nouveau CHUM, la réalisation d’une telle unité dans le nouveau site du CHUM semble très difficile. D’autres établissements pourraient-ils accueillir une telle unité?
* Mme Beaudreau réitère l’importance des exercices de mise en situation qui doivent se faire régulièrement par les équipes de soins afin de maintenir leurs compétences à jour. Dr. Savard confirme que ce type d’exercice est prévu de manière répétitive au CHUM. Par ailleurs, un des moyens de s’assurer qu’une installation puisse dispenser en toute sécurité les soins à un cas de MVE, serait de mettre en place une équipe dédiée (25-30 personnes ?) dont la formation serait mise à jour de façon régulière.
* Dre Galarneau suggère à nouveau que le modèle utilisé aux États-Unis soit retenu à savoir :

- tous les hôpitaux doivent être en mesure de recevoir et d’effectuer le questionnaire initial pour tout voyageur qui se présenterait fortuitement à l’urgence;

- si suspicion de MVE au triage ou au questionnaire médical, le malade est transféré dans un centre «intermédiaire» pour l’investigation et l’attente des résultats;

- si confirmation du diagnostic, le malade est transféré à l’un des deux centres désignés pour le traitement;

- tous les voyageurs en contact avec la DSP et présentant des symptômes évocateurs d’une MVE devraient d’emblée être référé au centre «intermédiaire» pour l’investigation.

Une réflexion doit se poursuivre au niveau du MSSS sur la nécessité d’avoir des centres «intermédiaires» pour l’investigation initiale d’un voyageur présentant des symptômes compatibles avec la MVE. Suite à la confirmation d’un cas, le transfert dans l’un des deux centres désignés est requis pour recevoir les soins et traitements appropriés.

Équipement de protection individuelle (EPI)

* **L’équipement transitoire est disponible dans tous les hôpitaux du Québec. Un tablier imperméable est porté par-dessus la blouse transitoire afin d’assurer la sécurité du personnel. Certains équipements permanents sont déjà disponibles dans les hôpitaux du Québec (masques N95, gants, visières etc.). Des démarches sont en cours pour trouver d’autres équipements permanents.**
* **Un 2e banc d’essai a eu lieu le 10 juillet 2015 pour tester et essayer les équipements disponibles.**
* Étant donné l’évolution de la situation, il y a un questionnement sur la stratégie d’approvisionnement pour les équipements permanents. Serait-il plus adéquat d’approvisionner les CISSS qui distribueraient par la suite l’équipement permanent à leurs installations sur demande ? Ceci sera porté à l’attention des directeurs concernés.
* Il est souligné que certains équipements reçus sont considérés inadéquats par les certains établissements et en quantité insuffisante pour la formation du personnel.

**39.3.3 MERS-CoV (Dr. Lamothe)**

Un appel à la vigilance a été diffusé par le MSSS le 8 juin 2015, concernant l’éclosion de MERS-CoV en Corée du Sud. En date du 6 juin 2015, on comptait 41 cas et quatre décès. Le cas primaire, confirmé le 21 mai 2015, a acquis l’infection vraisemblablement lors d’un voyage dans la péninsule arabique. Les premiers cas secondaires ont été observés chez des contacts en milieux de soins (cas nosocomiaux) ou chez des contacts étroits du cas index (patients, personnel, famille proche). Plus de 2000 contacts font l’objet de surveillance en Corée et sont placés en quarantaine (en fonction des procédures de ce pays) ou en isolement. Dans son ensemble, la situation en Corée du Sud n’est pas sans rappeler les débuts de l’éclosion de SRAS à Toronto en 2003. Il est important de s’assurer qu’au Québec les questions concernant les voyages soient posées lors du triage. Dre Bourgault suggère que les services de santé de l’Ontario soient contactés afin de se renseigner sur les mesures prises lors de la crise du SRAS.

Un suivi sera fait auprès de la Direction des soins urgents, de traumatologie et du continuum clinique afin qu’il renforce auprès des services d’urgence l’importance d’inclure en tout temps au triage une question sur les voyages récents.

Cette voie de communication permettrait de faire porter le message par d’autres intervenants que la PCI.

**39.4 Plan d’action ministériel 2015-2020 (A. Irace-Cima )**

Le plan a été accepté au CODIR le 4 mai et au CGR le 21 mai 2015. Il a été présenté au congrès de l’Association des Infirmières en PCI (AIPI). Le Ministre de la santé et la Ministre déléguée à la santé publique ont signé conjointement un message afin de démontrer leur soutien aux cibles et moyens proposés dans ce plan d’action.. Il est à noter que chaque direction du MSSS est responsable de la mise en œuvre des actions qui relèvent de son domaine.

Mme Madeleine Tremblay souligne le travail exceptionnel de Dre Irace-Cima, la rédactrice et la coordinatrice des travaux.

Le plan a été déposé sur le site web du MSSS le 16 juin 2015.

**39.5 Plan stratégiques (M.Tremblay)**

Cette année il y a eu des difficultés dans le processus de saisie des données et des mesures seront prises pour que l’année prochaine les données soient rentrées pour le 30 avril.

Les résultats de l’indicateur «  Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d’infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis » ont été reçus. Le document a été envoyé dans le réseau le 29 mai 2015.

Les résultats sont les suivants :

1. DACD : 81% des installations sont conformes au seuil établi (3 installations de plus que l’année précédente)
2. SARM : 94% des installations conformes au seuil établi (une installation de moins que l’année précédente)
3. BACC : 100% sont conformes au seuil établi. Cet indicateur ne sera pas reconduit.

Pour 2015-2020 la cible sera de 95% pour les trois indicateurs d’infection  :

1. Taux d'infections à *Clostridium difficile* (DACD);
2. Bactériémies à SARM ;
3. Bactériémies sur accès vasculaires en hémodialyse(nouvel indicateur).

Pour ce qui est de l’indicateur de conformité à l'hygiène des mains (HDM) la cible est de 80% tel qu’exigé dans la campagne québécoise des soins sécuritaires(nouvel indicateur).

Les membres de la TNPIN considèrent que des nouvelles approches doivent être essayées pour rencontrer la cible de 95% pour les taux d’infections. Dre. Galarneau donne l’exemple du dépistage du *C. dificile*. à l’urgence, avec isolement au lit pour les personnes asymptomatique ayant un résultat de laboratoire positif. Les membres sont d’avis d’attendre la publication de l’étude réalisée par Dr Yves Longtin à ce sujet avant d’entreprendre un projet pilote. Par ailleurs, Dre Tremblay réitère l’importance d’un programme d’antibiogouvernance pour diminuer le risque de DACD et mieux contrôler les éclosions. À ce sujet, l’expérience démontre que l’usage des quinolones a un impact important sur les taux d'infections par le C. difficile.

Un suivi sera fait auprès de l’INESSS afin que cette information soit prise en compte dans la révision des guides cliniques sur l’antibiothérapie, une révision qui devrait s’amorcer dans les prochains mois. (Suivi fait auprès d’Alain Prémont le 22 juin)

Dr. Lamothe note à nouveau la difficulté d’impliquer les pharmaciens dans le programme d’antibiogouvernance (ressources limitées).

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

* Zones grises : la mesure de cet indicateur en est à sa 3e année. La cible est de 100% mais la moyenne provinciale est, pour l’instant, de 70%. La compilation des données poursuit.
* Des travaux ont été faits pour la classification du poste de préposé en hygiène et salubrité afin de combiner les travaux légers avec les travaux lourds. Le dossier progresse : l’état de situation est fait et les discussions avec le Conseil du trésor sont en cours.
* Guide sur la gestion des déchets : complété à 80%. Lancement prévu pour l’automne 2015.
* Projet pilote sur le papier antibactérien de Cascades : ralentissement dû au départ d’un chargé de projet chez Cascades. Sandra Boivin collabore comme personne ressources en PCI.
* Désinfection par rayons ultra-violets : l’utilité et la performance de cette nouvelle technologie devront être évaluées. Elle a été en expérimentation au CUSM mais pas assez longtemps pour obtenir des résultats probants. . On évoque la méthode de désinfection par aérosolisation avec H2O2 et on questionne la pertinence de la garder dans les choix. On précise que de façon générale, il importe, dans un premier temps, de référer aux recommandations des organismes reconnus afin d’éviter la multiplication de projets pilotes.
* Les équipes d’hygiène/salubrité sont fragilisées dans le contexte actuel tant au niveau des ressources terrain que de l’encadrement (des postes de gestionnaires ont été abolis). Les membres soulignent l’importance de l’encadrement pour soutenir les bonnes pratiques en hygiène et salubrité.

Il est essentiel de maintenir les acquis en H&S et à cet effet, il est demandé qu’un état de situation sur l’évolution des ressources soit fait dans le courant de l’automne.

* M. Beauchemin précise que le groupe de travail en hygiène/salubrité tient 4-5 rencontres par année afin de soutenir l’avancement des dossiers.

**39.7 Équipements MVE** **(Marc Beauchemin)**

Tous les hôpitaux ont reçus l’équipement transitoire et certains équipements permanents. D’autres équipements permanents ont déjà été commandés et devrait être reçus dans les prochaines semaines. Certains items manquent, notamment, les pantalons.

À ce chapitre, il est convenu de refaire un banc d’essai dans les prochaines semaines afin de s’assurer de la conformité de chacun des items et faire le point sur l’ensemble des EPI. La DPSP et la direction de la logistique et des équipements effectueront les arrangements nécessaires.

Suite à cet échange un banc d’essai est prévu pour le 10 juillet afin de s’assurer que les équipements peuvent être utilisés de façon sécuritaire afin d’assurer une protection optimale aux travailleurs qui auront à dispenser des soins à un cas de MVE.

**39.8 Réorganisation dans le cadre de la loi 10 et impacts et orientations PCI ( Dr. Arruda)**

**39.9 Mot du directeur de la DGSP (Dr Arruda)**

Ces 2 points ont été regroupés pour la discussion en présence de Dr Arruda.

D’entrée de jeux Dr. Arruda précise que dans le cadre de la réorganisation, les attentes vers la santé publique sont importantes et qu’un travail harmonieux entre plusieurs acteurs doit se concrétiser (DSP, MSSS, CISSS/CIUSSS etc.) afin de maintenir la PCI à un plus haut niveau stratégique. Dans ce contexte, il est nécessaire de réfléchir au meilleur modèle de fonctionnement. Les enjeux importants sont : maintenir un rôle d’autorité fonctionnelle, avoir un rattachement stratégique du comité (le plus proche possible de la haute direction), réitérer que la responsabilité première de la PCI revient à l’établissement, maintenir l’indépendance entre le service PCI et la Direction de santé publique, etc.

Suite à l’invitation de Dr. Arruda, les membres de la TNPIN ont ressorti les principaux éléments qui sont répertoriés dans un énoncé de position intitulé « La prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI) dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé, printemps 2015» (document joint au présent C.R.)

* La PCI est un service de proximité.
* Le service de PCI doit être rattaché à une direction qui assure un leadership fort ( DSI ? Direction des services professionnels ?). Cependant, plusieurs anecdotes font ressortir des difficultés d’être rattaché à la DSI pour un service transversal comme la PCI. Il est souligné que la Direction de services professionnels assure un meilleur lien pour obtenir la collaboration des médecins.
* Le comité de PCI, idéalement devrait être rattaché au plus haut niveau administratif de l’établissement soit au PDG ou PDGA. On rappelle qu’un rattachement au DG était recommandé dans le rapport Aucoin.
* Un sous-comité PCI devrait être maintenu par installation (notamment dans les centres hospitaliers) ou par mission selon la taille de ces dernières.
* Un officier de PCI (médecin microbiologiste) devrait être désigné dans chaque établissement.
* L’encadrement du service doit se faire au niveau de l’établissement mais une supervision clinique est nécessaire dans chaque installation.
* Les ratios des infirmières dédiées à la PCI devraient être maintenus par mission.
* Dans chaque région une communauté de pratique en PCI devrait être gardée pour s’assurer de l’harmonisation des pratiques.
* Le service de PCI doit disposer des leviers et mécanismes rapides pour avoir accès aux décideurs. Le comité PCI devrait être un de ces leviers et, à cet effet, bénéficier d’un rattachement stratégique à la haute direction.
* La mise en place de l’infirmière clinicienne spécialisée en PCI est un sujet d’inquiétude car les ratios suggérés par la TNPIN dans le document produit en avril 2010 sont très loin d’être atteints.

En terminant, Dre. Anne-Marie Bourgault propose une résolution qui est entériné par les membres :

Considérant que la TNPIN a accompli beaucoup d’activités ayant un impact pratique dans l’organisation des soins et services au Québec, il est proposé que cette structure soit maintenue.

Et enfin, les membres sont invités à commenter dans un délai de 48 h, l’énoncé de position mentionné précédemment et dont ils ont reçu copie. Ce document sera transmis rapidement au Dr Arruda.

**39.10 Travaux de l’INSPQ ( L.A. Galarneau, J Villeneuve )**

* Réorganisation au sein de la Direction des risques biologiques et santé au travail : en l’absence de Dre. Anne Fortin, Dr. Marc Dionne assurera la coordination du dossier des infections nosocomiales. Il sera soutenu par Dr. Jasmin Villeneuve à titre de responsable médical. Ce dernier assurera le lien avec le MSSS, le SPIN la TNPIN et le CINQ.
* Activités de transfert de connaissances afin de présenter la fiche technique sur le «ERV en CHSLD est prévue le 10 juin; l’activité relative à la fiche technique BGNMR est à venir;
* BMR : organisation de l’information générale en un tronc commun. Des fiches techniques spécifiques à chaque BMR complèteront l’information.
* ERV : la définition d’éclosion est revue et proposée au comité sur les définitions nosologiques. Il est retenu qu’une éclosion nécessite la présence de deux nouveaux cas nosocomiaux liés épidémiologiquement.
* Légionnelle : revue de la littérature et recommandations faites. Un document sur la gestion de la légionelle dans les systèmes d’eau chaude des établissements de santé sera publié par l’INSPQ dans les prochains mois.
* Bioaérosols : les travaux vont commencer dans les prochains mois. Enjeux sur la composition du groupe ce qui a retardé les travaux.
* ERV : Il y a un questionnement, notamment du président de l’AMMIQ, sur la pertinence et l’efficience des recommandations émises par le CINQ en 2012. Il questionne la nécessité de maintenir les recommandations au regard du dépistage et de l’isolement.

Dre Galarneau apporte les précisions suivantes :

* Le taux de résistance se situe à environ 4-5 % comparativement à 35% aux USA;
* En Ontario, on constate que les hôpitaux qui ont maintenu les mesures de prévention observent moins d’infections que les hôpitaux qui ont renoncé aux mesures;
* la même observation a été faite à l’Hôpital Général Juif . Ce dernier a dénombré un plus grand nombre d’infections après le relâchement des mesures de PCI.
* Une analyse couts/bénéfices sur les mesures de prévention sera à prévoir afin de prendre une décision au niveau provincial.

Le CINQ maintient l’adhésion aux *Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec* publiées en 2012.Cependant, il réitère **l’importance que les différentes installations analysent leur épidémiologie locale et effectuent le dépistage et l’isolement des cas en fonction de ce**tte analyse. À cet effet, un soutien aux établissements serait à envisager.

* Site web de l’INSPQ :  la façon dont les documents du CINQ et SPIN sont regroupés est à revoir dans le but de faciliter leur consultation.
* Campagne québécoise des soins sécuritaires : l’évaluation de l’implantation est prévue à l’automne 2015. La réorganisation du réseau et la MVE ont possiblement ralenti l’implantation des stratégies dans les établissements.
* JAPI (Journées annuelles de la prévention des infections) sont prévues le 8 et le 9 décembre 2015. Le thème de cette année porte sur la gestion des risques. Le programme final est soumis au comité organisateur pour son approbation . Le défi est d’obtenir la participation des professionnels car le budget pour la formation (1% de la masse salariale) pour l’année en cours est utilisé en grande partie pour la réaffectation du personnel.

SPIN. (**C Tremblay, présidente)**

* Dr. Villeneuve assure la liaison entre le dossier surveillance et le CINQ.
* L’accès aux données SPIN par les établissements est présentement possible via l’Infocentre. Les données sont disponibles en temps réel. Une formation sera offerte aux DRSP en juin et aux équipes locales de PCI à l’automne. Afin de mieux répondre aux besoins, il serait utile d’ajouter, pour les DACD, une courbe des seuils attendus par installation ainsi que les taux périodiques.
* Protocoles et définitions relatifs aux programmes seront révisés d’ici l’automne pour les harmoniser entre eux de même qu’avec le NHSN et clarifier certains points.
* Résultats 2014-15 des programmes de surveillance : données extraites le 20 mai avec un retard car 20% des installations avaient des données manquantes (tableau de confirmation de saisie des données non complété malgré des avis répétés). ). Les rapports de chacun des programmes de surveillance ont été transmis à tous les groupes SPIN le 29 mai et par la suite aux membres du CINQ. Ils seront distribués aux équipes locales de PCI et déposés sur le site de l’INSPQ en juillet
* **Résultats 2014-2015 pour les DACD**  :

Taux à 6.8 par 10 000 jours-présence., significativement en baisse comparativement à 2013-14. Dans l’analyse par période, le seuil d’excès de cas établi au 75ème percentile n’a jamais été dépassé. Le taux est significativement plus élevé dans les installations de plus de 100 lits, et encore plus dans celles de 250 lits, quelle que soit la proportion de clientèle de plus de 65 ans. Les installations ayant une mission universitaire présentent un taux légèrement plus élevé mais de façon moindre qu’antérieurement (rapport de taux univarié de 1.2).

14.7% des DACD ne sont pas reliées aux milieux de soins.

Complications :

* + 18.6% décès
  + 1.2% colectomies

Coûts reliés à ces infections : environ 50M $ (5004 cas x 10 000$/ cas).

Tel que précisé au point 39.5, l’antibiogouvernance est l’élément faible dans les mesures de prévention et contrôle des DACD.

* **Résultats 2014-2015 du programme ERV.**

Stabilisation du nombre de colonisation à 5317 cas pour un taux d’incidence de 11 par 10,000 jp. Taux plus élevé dans la région de Montréal. On a dénombré 103 infections (2%) dont 34 bactériémies (33%) et 15.5% décès parmi les patients infectés. Toujours beaucoup de dépistage, en moyenne 1.16 par admission Les taux d’infections nosocomiales sont plus élevés dans les milieux où il se fait moins de dépistage.

* **Résultats 2014-2015 du programme BGNPC**.

Premier rapport de ce programme qui, bien qu’il ne soit pas obligatoire, obtient la participation de 62 installations sur 89. On observe 67 colonisations dont 14 infections d’origine diverses dont 2 bactériémies. De façon étonnante, 90% des cas sont nosocomiaux. dont le lien est difficile à établir. Le taux de dépistage de 0,092 par admission est insuffisant mais un protocole de laboratoire à venir de l’AMMIQ influencera certainement le nombre de dépistage (augmentation).

Le protocole du programme est à réévaluer car il compte peu de questions sur les aspects de la transmission nosocomiale et les éclosions.

On souligne à nouveau la duplication de saisie d’information pour répondre aux besoins de vigie des DSP. Les régions 06 et 03 ont élaboré un questionnaire qui doit être complété par l’équipe de PCI. Une réflexion est en cours pour résoudre la situation et évaluer la faisabilité d’obtenir les données via l’Infocentre.

Surveillance de laboratoire des EPC effectué par le LSPQ : jusqu’à maintenant le financement de cette activité est lié à l’obtention d’une subvention octroyé par la DGSP pour des périodes de 6 mois. Des discussions avec l’INSPQ, la DGSSMU et la DGSP doivent être entreprises à court terme pour pérenniser ce projet, qui de l’avis des différents comités d’experts, est essentiel.

* + **Résultats 2014-2015 du programme sur les bactériémies à SARM**.

Depuis les débuts du programme en 2006, on note une baisse constante jusqu’en 2011 -12 suivie d’ un plateau puis d’une baisse l’an dernier (2013-14) , attribuée au changement de définition d’acquisition nosocomiale. Le taux de bactériémies nosocomiales à SARM est stable cette année à 0,20 par 10, 000 jours-présence.

dont 33% sont associées à un cathéter.

* + - 48% des bactériémies sont d’origine communautaire bien que la souche puisse être d’acquisition hospitalière
    - 17.8% des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* sont à SARM
    - 14% des bactériémies à *S. aureus* acquises en communauté sont à SARM
* **Résultats 2014-2015 du programme sur les bactériémies panhospitalières (**BACTOT). Baisse significative comparativement à 2010-14 avec un taux de 5.3 par 10,000JP.

Les CH universitaires présentent principalement des bactériémies primaires non associées à un cathéter, suivent de près les bactériémies sur cathéter et urinaires.

Les CH non universitaires  présentent principalement des bactériémies avec foyer urinaire ce qui laisse voir l’importance de mettre en place l’ensemble de pratiques exemplaires (EPE) sur la prévention des infections urinaires de la Campagne québécoise sur les soins sécuritaires.

* **Résultats 2014-2015 du programme sur lesbactériémies associées aux cathéters centraux aux soins intensifs**

Les taux d’incidence continuent de baisser de façon significative dans les USI universitaires adultes et néonatales comparativement à 2010-14.

On observe une tendance à la baisse non significative statistiquement dans les établissements non universitaires et les établissements pédiatriques . Un projet pilote de ce programme à l’extérieur des soins intensifs est-il envisageable et pertinent?

* **Résultats 2014-2015 du programme sur les bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse**.

Les taux sont globalement diminués en raison d’une baisse significative des bactériémiémies associées aux cathéters permanents (valeur p moins de 0.01). Est-ce le résultat de l’application de l’EPE de la campagne québécoise sur les soins sécuritaires?

Le taux d’incidence sur FAV est 3,6 fois plus élevé en présence de la technique du «trou de bouton», Les résultats de ce programme seront envoyés aux néphrologues , aux chirurgiens vasculaires et au regroupement des infirmières en néphrologie

Par ailleurs, un suivi a été fait le 23 juin auprès de Mme Anne-Claire Marcotte de l’équipe sur la suppléance rénale à la DGSSMU. On lui a rapporté que bien que le taux de bactériémies soit plus élevé lors d'accès par cathéter plutôt que par fistule, l'utilisation de cette dernière diminue légèrement comparativement aux années antérieures. Dans le cadre de leurs travaux ont-ils été en mesure d'identifier les raisons qui expliquent cette diminution du % de fistules dans les services de suppléance rénale? Quelles sont les orientations à venir au regard de l'organisation des services permettant un meilleur accès à la fistule artérioveineuse? Mme Marcotte a été invitée à contacter les présidentes du CINQ et de SPIN pour obtenir des précisions additionnelles.

**39.11 Retraitement des dispositifs médicaux ( Christophe Lair)**

M. Lair présente les tableaux suivants(les tableaux ont été reçus par les membres avant

la rencontre):

1) Le nombre de demandes d’analyses enregistrées selon l’année, la catégorie des demandes (accidents , incidents et expertises) et le type de dispositif impliqué et ce depuis le début du programme en 2007-2008. On constate que le nombre de demande ne cesse d’augmenter ce qui traduit très certainement un meilleur accès au CERDM et une reconnaissance de son expertise.

2) Le délais de traitement des demandes : ce dernier diminue bien que le nombre de demandes augmente ce qui démontre l’efficience du CERDM.

On souligne que c’est la première année que les accidents et incidents sont répertoriés dans le CISSS.

Par ailleurs, on nous informe que la nécessité d’avoir des répondants en RDM dans les CISSS, les CIUSSS et les établissements non fusionnés demeurent.

Par ailleurs, Dr Savard porte à l’attention de M. Lair un questionnement au regard du risque d’infection lié aux entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (ERC) associé à l’utilisation des duodénoscopes. L’ÉCRI Institute recommande de mettre en place un programme de surveillance de l’ERC en effectuant des prélèvements sur les duodénoscopes. Considérant l’impact d’une telle recommandation au niveau de la dispensation de soins aux usagers, ainsi que les coûts qui y sont rattachés, l’INSPQ mettra en place au cours des prochaines semaines un comité d’experts afin d’évaluer l’ampleur de la problématique au Québec. Cependant, elle a rappelé dès le 10 avril dernier les recommandations qui sont disponibles à l’adresse suivante: https://www.inspq.qc.ca/cerdm/documentation-et-outils

Et enfin, Dre Anne-Marie Bourgault souligne l’importance de la traçabilité qui s’applique à l’ensemble de la pratique tant clinique que pour les équipements. La traçabilité fait l’objet d’une grande préoccupation pour le Groupe vigilance pour la sécurité des soins qui en fait un enjeu majeur. Comme le groupe sera dissout à l’automne prochain, il émettra une dernière recommandation à l’effet de mettre en place les processus nécessaires à la traçabilité.

**39.12 Indicateur sur l’hygiène des mains (M Tremblay)**

La fiche indicateur sur le taux de conformité à l’hygiène des mains des soignants des établissements de santé et le formulaire Gestred sont présentés aux membres.

Ce nouvel indicateur intégré au plan stratégique 2015-2020, est basé sur l’ensemble de pratiques exemplaires «L’Hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes) de la Campagne québécoise sur les soins sécuritaires. Les paramètres d’échantillonnage sont ceux décrits dans la campagne québécoise. La ventilation sera faite par installation et par catégories de personnel (médecins, infirmières et infirmières auxiliaires et préposés aux soins). Un formulaire Gestred sera proposé à l’équipe responsable des ententes de gestion et d’imputabilité.

**39.13 Correspondance**

Dr. Lamothe, en qualité de président de la TNPIN, a été interpelé par la région du Bas-Saint-Laurent afin d’offrir son appui pour l’utilisation des tests TAAN au lieu des tests EIA dans le cadre du dépistage de l’influenza. L’utilisation du test EIA (sensibilité d’environ 50%) implique des coûts et de délais importants. Suite aux discussions, les membres de la Table sont d’avis que les tests TAAN doivent être accessibles dans les établissements. Les coûts générés seront vite absorbés par l’accessibilité aux lits et la diminution des cas d’isolement. Des contrats provinciaux pourraient permettre l’acquisition d’appareils à un meilleur prix. Cette problématique sera adressée à la DGSSMU.

**39.14 Questions diverses (Dr. Lamothe)**

Dr. Lamothe remercie tous les membres de la TNPIN pour leur travail et leur générosité professionnelle et exprime le souhait que la TNPIN ne soit pas abolie.

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.

Dr. Lamothe tiens à souligner l’ensemble du travail accompli par Mme Madeleine Tremblay depuis plus de 10 ans. Son professionnalisme, sa rigueur, sa compétence et son dévouement pour la PCI ont été appréciés par les membres de la table. Il a mis en évidence, également, son enthousiasme à monter, développer et finaliser des dossiers importants pour l’avancement de la PCI. Pour terminer, Dr. Lamothe remercie Mme Tremblay en lui faisant savoir que de travailler avec elle, fut un plaisir et un honneur.

**39.15 Levée de la rencontre : 16h00.**

**Prochaine rencontre : 14 octobre 2015**