Approuvé le : 20 janvier 2016

**14 octobre 2015**

**Montréal**

**Présence des membres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anctil Geneviève | Représentante de la table régionale de la Côte Nord | Oui (visio) |
| Arruda Horacio | DPSP | Oui |
| Beauchemin Marc | Direction de l’expertise et de la normalisation | Oui (P.M.) |
| Beaudreau Lucie | INSPQ, | Oui |
| Blain Pierre | RPCU | Non |
| Bolduc Daniel | DPSP (MSSS) | Oui |
| Bourgault, Anne-Marie | Membre invité | Non |
| Cohen Linda | Représentante de la Table régionale de la Montérégie | Oui |
| Galarneau Lise-Andrée | Présidente du CINQ | Non |
| Healy Chloé | Représentante DSP de Montréal | Oui |
| Hudson Patricia | Représentante de la TCNMI | Oui (P.M.) |
| Lair Christophe | Direction de la biovigilance et de la biologie médicale / DGSSMU | Non (Qc) |
| Lamothe François | Président | Oui |
| Longtin Jean | Répresentant LSPQ | Non |
| Maranda Catherine | Direction de l’éthique et de la qualité | Non |
| Morin Guylaine | Présidente de l’APIC Montréal | Oui |
| Paré Renée | Représentante de la DSP de Montréal | Oui |
| Pigeon Nathalie | Présidente de l’AIPI | Oui |
| Rodriguez Ramona | Représentante établissement santé, | Oui |
| Savard Patrice | Représentant de l’AMMIQ | Oui |
| Savery Sandra | Représentante de la table régionale des Laurentides | Oui |
| Titeica Georgiana | Secrétaire TNPIN- DPSP (MSSS) | Oui |
| Tremblay Claude | Présidente de SPIN | Oui (Qc- P.M .) |
| Valiquette Louise | Représentante Direction de la protection de la santé publique - DPSP (MSSS) | Oui |
| Villeneuve Jasmin | Représentant de l’INSPQ | Oui |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Invités : |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Commentaires de révision reçus de: Marc Beauchemin, Sandra Savery, Jasmin Villeneuve, Patrice Savard

**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)**

40.1 Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte à 9h40. Les nouveaux membres sont présentés par Dr. Lamothe:

- Mme Ramona Rodriguez, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections (ICS-PCI), représentante établissement santé

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

- Dre. Louise Valiquette, Coordonnatrice dossier infections nosocomiales/DPSP (MSSS)

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

Dr. Lamothe remercie le Dr. Arruda pour son implication dans le dossier des infections nosocomiales ainsi que pour les représentations faites afin que la TNPIN soit maintenue.

40.2 Adoption de l’ordre du jour

L’ordre du jour est adopté sur la proposition de M Daniel Bolduc

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

Changement dans le titre du point 39.3 au regard de la date de la rencontre (2014 changé pour 2015). L’ordre du jour est adopté sur la proposition de Dr. Patrice Savard

40.3.1 Suivi sur les centres «intermédiaires» pour l’investigation initiale d’un voyageur présentant des symptômes compatibles avec la MVE PCI (L. Valiquette)

Le MSSS poursuit la réflexion concernant lescentres «intermédiaires». Présentement le MSSS se concentre sur la consolidation du mandat au regard de la MVE pour les centres désignés : CHUM et Ste-Justine. Une conférence téléphonique (CT) entre CHUM et MSSS (DGSP et DGSSMU) est prévue à cet effet, le 23 octobre 2015. Les centres intermédiaires pourront représenter une alternative dans le but de mieux concentrer les ressources et assurer une prise en charge adéquate à partir de l’urgence.

Un suivi sera fait lors de la CT du 23 octobre 2015

40.3.2 Suivi sur les mesures à prendre au triage afin d’assurer le continuum clinique dans le cas des voyageurs

Suivi réalisé auprès de la Direction des soins urgents, de traumatologie et du continuum clinique afin de renforcer auprès des services d’urgence l’importance d’inclure en tout temps au triage une question sur les voyages récents. Le 30 juin dernier une lettre signée par Dr. Arruda et Dr. Couture a été envoyé à l’attention des PDG (président directeur général) et des PDGA (président directeur général adjoint), dans le but de souligner l’importance d’identifier l’historique de voyage lors du triage à l’urgence. Mme Rodriguez amène l’importance de la communication entre les équipes de soins en faisant référence aux dysfonctions du système de santé lors du cas d’MVE au Texas Health Presbyterian Hospital de Dallas.

40.3.3 Suivi auprès de l’INESS

Le 22 juin 2015 un suivi a été fait auprès de M Alain Prémont concernant l’ordre de présentation de classes d’antibiotiques dans les guides cliniques sur l’antibiothérapie (révision prévue dans les prochains mois). Une relance à ce sujet a été effectuée le 28 octobre 2015 lors du Comité ministériel sur les infections nosocomiales. INESS participera également au comité ministériel sur l’antibiogouvernance (12 novembre 2015) et sera interpelé afin de refléter dans ses travaux les recommandation du Plan d’action ministériel sur la lutte à la résistance aux antibiotiques

Attente réponse de la part d’INESS.

40.3.4. Suivi ressources en hygiène et salubrité

Pour l’instant nous n’avons pas des données au sujet des ressources en hygiène et salubrité

40.3.5 Équipement de protection individuelle contre la maladie à virus Ebola (EPI MVE)

La lettre avec les EPI MVE disponibles et recommandés suite au banc d’essai qui a eu lieu le 10 juillet 2015 au CHUM, a été envoyée dans le réseau le 25 septembre 2015. Selon Mme Pigeon la formation disponible sur le site du CHUM , sous la forme d’un vidéo, devrait être revue afin de correspondre aux nouveaux EPI MVE. Il est suggéré qu’une formation sous la forme de diapositives soit envisagée car il est plus facile d’ajuster l’information lorsque nécessaire.

40.3.6 Mesures de prévention et contrôle pour l’ERV (entérocoque résistant à la vancomycine)

Le CINQ a décidé de maintenir les mesures de prévention et contrôle pour l’ERV malgré certains questionnements soulevés par quelques établissements aux prises avec une situation endémique.

Ila été observé qu’un hôpital qui a décidé de renoncer à ces mesures a eu un taux plus élevé d’infections à ERV par la suite.

40.3.7 Tests Influenza de type TAAN

La TNPIN a soutenu la demande de la région 01, Bas Saint-Laurent, pour avoir accès aux tests Influenza de type TAAN. Une correspondance à cet effet a été également envoyée par Dr. Arruda à Dr. Couture. Présentement il y a un appel d’offre au niveau provincial afin d’équiper 11 laboratoires avec ce type de test.

40.3.8 ICS-PCI (Infirmières cliniciennes spécialisées en prévention et control des infections)

Un état de situation a été réalisé et envoyé à Mme Danielle Fleury et également à Mme Sylvie Hains, la nouvelle DSI du MSSS. Par ailleurs, une rencontre avec les DSI du réseau a eu lieu le 23 novembre 2015 afin de présenter le dossier ICS-PCI et leur demander de soutenir les infirmières qui désirent poursuivre la formation de 2e cycle en PCI.

40.4 Nouvelle composition de la TNPIN

Suite à la Loi 10, certaines représentations devenaient caduques donc un ajustement des représentations s’imposait:

* un représentant des CISSS/CIUSSS (PDG ou PDGA) s’ajoutera en remplacement du PDG représentant l’ASSSS (instance abolie par la Loi 10). Dr. Arruda sollicitera le CGR le 20 octobre prochain pour la nomination du PDG. Deux PDG ont déjà exprimé leur intérêt pour siéger à la TNPIN
* départ de Dr Éric Lampron, qui sera remplacé par un directeur de santé publique; À cet effet, Dr. Arruda fera des démarches auprès de la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP)
* arrivée de Ramona Rodriguez qui représente les établissements de santé
* arrivée de Dr.Louise Valiquette pour la DPSP
* arivée de Dr Jean Longtin représentant du LSPQ (intérimaire) qui remplace Dr. Tremblay
* Dre Anne-Marie Bourgeault sera présente à la TNPIN comme membre invité

**40.5 Documents TNPIN**

Le procédurier de la TNPIN sera déposé lors de la prochaine rencontre pour discussion car des changements sont nécessaires suite à la réorganisation du réseau de la santé. Les membres de la TNPIN sont également invités à signer le formulaire d’engagement à la confidentialité ainsi que la déclaration relative aux conflits d’intérêt potentiels et les remettre à la secrétaire de la TNPIN.

* 1. **Réorganisation du réseau**

40.6.1 Orientations PCI au regard de la réorganisation du réseau – suivi du document proposé par la TNPIN

Les membres sont concernés par le risque de perdre des infirmières en PCI ayant beaucoup d’expertise suite à la diminution du nombre de cadres. Une autre problématique observée touche la diminution du nombre de lits afin de diminuer les coûts des services ce qui amène un risque de fractionner les postes en PCI. Les membres s’inquiètent également du fait que le ratio des infirmières dédiées à la PCI, établi par le MSSS, ne soit pas respecté dans certains cas.

Dr. Arruda fait valoir qu’il soutiendra le dossier PCI et qu’il mettra en valeur la spécificité et l’expertise associées à ce service. Par contre, il faut tenir compte de contraintes au sujet du nombre des cadres et trouver des modèles de fonctionnement efficaces et adaptables à des réalités différentes. Par ailleurs, Dr. Arruda assure les membres que le ratio des infirmières en PCI ne changera pas et qu’il sera suivi par le MSSS afin de s’assurer qu’il est respecté.

Changements administratifs – dossier PCI au MSSS

Suite au départ à la retraite de Mme Madeleine Tremblay, le dossier des infections nosocomiales sera sous la coordination de Dr. Louise Valiquette, avec le support de Georgiana Titeica en tant que professionnelle assignée au dossier.

**40.7 Enjeux PCI au niveau des régions**

L’instance de concertation régionale (TRPIN) n’est plus en vigueur mais une instance régionale devrait être maintenue surtout dans les régions comportant plusieurs établissements. Dans ce contexte, le rôle des Directions de santé publique régionales (DSPu) devrait être redéfini car les DSPu ne pourront plus remplir les fonctions régionales qui leur revenaient avant la restructuration. Puisque les Cadres de référence à l’intention des établissements et à l’intention des DSPu du MSSS ne répondent plus à la réalité du réseau de santé, en attendant leur mise à jour, des directives seront nécessaires afin de permettre une bonne fonctionnalité de la PCI.

Plusieurs enjeux sont signalés :

* Perte des expertises à la santé publique, avec responsabilités qui relèvent de chaque PDG d’établissements
* Le rôle versus la légitimité de la DSPu, à l’intérieur du CIUSSS dont elle fait partie ainsi que la légitimité au niveau régional vis-à-vis des autres établissements (R 03, 06, 11 et 16). Il est nécessaire de clarifier également le mandat de la DSPu au regard des IN.
* Besoin de maintenir une instance régionale en PCI (anciennement TRPIN) car il est nécessaire de tendre vers une harmonisation des pratiques et un partage de l’expertise entre les établissements qui se trouvent dans la même région. Ce besoin a été exprimé par plusieurs équipes de PCI des établissements. Cependant, il sera nécessaire d’obtenir la participation des établissements à cette instance régionale ainsi que de déterminer son rôle et son rattachement à une autre instance (ex : table des PDG ou PDGA). Ceci nécessitera également une reconnaissance de la légitimité des actions de cette instance régionale.
* La santé publique n’a aucun levier pour la réalisation de l’ensemble des cibles du plan d’action ministériel 2015-2020 sur les infections nosocomiales
* Puisque les DSPu font partie d’un CISSS/CIUSSS elles ne reçoivent pas toujours certaines informations car les canaux de communication entre le MSSS et les établissements ont changé.
* Suite à la réorganisation certains établissements ne sont pas rattachés à un CISSS/CIUSSS du point de vue administratif et la DSPu envisage des difficultés à faire acheminer des directives concernant la PCI dans ces établissements.

Plusieurs modèles de fonctionnement d’une instance régionale en PCI sont discutés par les membres :

* Instance régionale ayant un rôle de communauté de pratiques (Ex regroupement CHSLD à Montréal) mais sans responsabilité rattachée
* Regroupement participatif des établissements relevant de la DSPu (modèle États-Unis)
* Instance régionale de concertation dont le rattachement sera à établir

Dr. Lamothe précise que la TNPIN peut appuyer le maintien d’une instance régionale qui aura un rôle de concertation entre les établissements nouvellement formés.

Dr. Valiquette amène une clarification au sujet du rôle des DSPu qui ont encore le pouvoir d’intervenir lors d’une menace populationnelle. Un travail de réflexion devrait se poursuivre afin de bien définir le rôle des DSPu dans un contexte PCI.

Par ailleurs, Dr. Arruda rappelle aux membres que les établissements sont imputables de la PCI et que les PDG détiennent les leviers nécessaires afin d’opérationnaliser le plan d’action en PCI. Dans ce contexte, il est nécessaire de revoir le rôle de la DSPu et s’assurer en même temps de la sensibilisation et l’implication de ceux qui sont à la fois responsables et imputables de la PCI.

**40.8 Réorganisation dans le cadre du projet de loi 10**

La présidente de l’Association des infirmières en PCI, Mme Nathalie Pigeon présente les enjeux reliés aux infirmières en PCI.

D’entrée de jeux, Mme Pigeon nous fait part du questionnement au sujet de la position du service PCI et son rattachement. Le service PCI est loin de la direction générale dans les nouveaux organigrammes et il serait possible qu’il manque de leviers afin d’agir rapidement lorsque nécessaire. Le service PCI a difficilement accès aux décideurs dans les structures actuelles.

L’AIPI s’inquiète du recul du rôle de la PCI, de la perte des postes d’encadrement, de la perte du leadership de proximité, et aussi de la perte de l’autorité fonctionnelle des conseillères en PCI, qui d’ailleurs est essentielle afin que les mesures PCI soient respectées. La diminution du nombre de cadres, amène aussi une perte d’expertise car les cadres en PCI risquent de postuler sur d’autres types de postes d’encadrement pour préserver leurs acquis. Cette situation entraine également un enjeu de communication, laquelle est essentielle au travail des conseillères en PCI.

Le ratio d’infirmières en PCI ne serait plus adéquat car des demandes de couverture en CLSC sont formulées de plus en plus souvent suite à la mise en place des nouveaux établissements. Présentement il n’y a pas de ratio d’infirmières en PCI pour la mission CLSC.

La formation spécialisée et la formation continue des infirmières en PCI pourraient être compromises étant donné les restrictions budgétaires.

Mme. Beaudreau souligne l’importance d’avoir une expertise au niveau de la PCI et la nécessité de soutenir la spécialité infirmière en PCI car les ICS-PCI pourront assumer le leadership fonctionnel par leur expertise.

Les membres de la TNPIN sont d’accord qu’il sera important que les gestionnaires délèguent une partie de leurs responsabilités à des acteurs adjoints, et que ces acteurs aient une autorité fonctionnelle reconnue dans l’établissement pour appliquer les mesures de PCI. Ils reconnaissent également qu’une de solutions serait de soutenir la formation et l’intégration des ICS-PCI .

* 1. **Rapport visite agrément Canada 2013**

Un résumé de l’aperçu des résultats des visites de l’agrément Canada de 2013 a été réalisé par Mme. Titeica. Le résumé fait référence seulement à l’ensemble des normes PCI. En 2013, 116 organisme s de 15 régions du Québec ont participé à une visite d’agrément. Le taux de conformité pour toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) concernant la PCI était de 92% au Québec versus 95% au Canada. Les résultats pour chaque POR sont les suivants :

* Administration du vaccin antipneumococique : 100% au Québec vs. 99% au Canada
* Formation et perfectionnement sur l’hygiène des mains : 89% au Québec vs. 92% au Canada
* Évaluer la conformité aux pratiques liées à l’hygiène des mains : 74% au Québec vs. 80% au Canada
* Processus de retraitement de l’équipement : 86% au Québec vs. 91% au Canada
* Recueillir et partager l’information sur les taux d’infections : 81% au Québec vs. 86% au Canada

Il est important de préciser que la méthodologie au regard de l’évaluation de la conformité aux pratiques liées à l’hygiène des mains est parfois différente d’une province à l’autre ce qui nous amène à regarder ces chiffres avec une certaine réserve.

* 1. **Retraitement des dispositifs médicaux**

Non-abordé. Absence imprévue du représentant du MSSS .

**40.11 Hygiène et salubrité *Préoccupations concernant les services d’hygiène et de salubrité dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé***

M. Beauchemin informe les membres qu’un document a été rédigé par le MSSS afin de présenter les inquiétudes relatives à plusieurs aspects entourant l’hygiène et la salubrité : l’encadrement des ressources, les structures de coordination, les budgets etc. (voir document joint). Ce document s’inspire de la prise de position élaborée par la TNPIN au regard de la réorganisation du réseau de la santé.

Le documente aborde entre autres les aspects suivants :

* Ratio d’encadrement en HS de 2% comparativement à 4% aux services alimentaires et à 5% dans le réseau en général
* Indicateur des zones grises : le contexte actuel d’austérité dans le réseau risque de nuire à cette gestion, car les responsables en hygiène et salubrité pourraient être tentés de ne gérer que les urgences, en laissant en suspens le nettoyage et la désinfection de certains items dont la responsabilité n’a pas été bien définie
* Proposition de créer des tables suprarégionales qui pourraient regrouper certaines régions ayant des préoccupations similaires. M.Bruno Dubreuil serait le coordonnateur des tables suprarégionales.

Après consultation avec différentes groupes dont la TNPIN, le document sera présenté aux instances décisionnelles du MSSS.

M. Beauchemin ferait un suivi à ce sujet lors de la prochaine rencontre de la TNPIN.

* 1. **Équipements MVE**

Suite aux recommandations issues du 2e banc d’essai tenu le 10 juillet 2015 (cliniciens PCI du CHUM et Ste-Justine), le MSSS a réalisé une nouvelle liste avec des équipements de protection individuelle jugés adéquats au regard de la protection des travailleurs ainsi que de leur facilité d’utilisation. La correspondance accompagnant cette liste a été envoyée dans le réseau le 25 septembre 2015. À partir de cette date les établissements ont pu reprendre le processus habituel d’approvisionnement afin qu’ils couvrent les besoins en EPI de chaque installation.

* 1. **Travaux de l’INSPQ**

Dre. Claude Tremblay présente certains aspects au sujet de programmes de surveillance des infections nosocomiales :

BGNPC (bactéries gram négatives productrices de carbapénémases)

1ere année de surveillance. La surveillance n’est pas obligatoire.

Problématique émergeante. Les enjeux seront discutés lors d’une prochaine rencontre entre MSSS, CINQ et SPIN.

Bactériémies en hémodialyse

Diminution significative entre 2013 au 2014 (0.40 à 0.28 bactériémies/100patients)

Diminution globale du taux de bactériémies mais au Québec nous avons un taux de fistules moins élevé comparé aux taux retrouvés ailleurs, notamment en France (43% versus 68%)

ERV

Les taux d’ERV se sont stabilisés pour 2014-2015.

Il a été constaté qu’un hôpital de la région de Montréal qui avait délaissé les mesures de prévention au regard de l’ERV a enregistré un nombre importants des bactériémies à ERV . L’hôpital à repris par la suite les mesures ce qui démontre la nécessité de respecter les mesures de prévention ERV.

*Clostridium difficile*

Dr. Lamothe questionne Dr. Tremblay sur le type de test utilisé pour le dépistage du *C.difficile .* Dr. Tremblay informe les membres de la TNPIN que les installations qui utilisent les tests TAAN ont augmenté de 12 à 34 entre 2013 et 2014.

Dr. Paré souligne que les porteurs de *C. difficile* asymptomatiques ne sont pas connus et lorsqu’ils reçoivent des antibiotiques lors d’une hospitalisation ils développent des symptômes et sont considérés des cas nosocomiaux. La littérature actuelle sur le dépistage des porteurs asymptômatiques est alors discutée par les membres présents. Il est à noter que la suggestion de dépister les patients asymptomatiques ne fait pas consensus dans la littérature présentement.

Mme Pigeon amène une information très récente au sujet de la saisie des données de surveillance. Le Syndicat incite les infirmières en PCI de ne plus faire la collecte et la saisie des données comme moyen de pression dans le cadre des négociations. Il faudrait tenir compte de cet enjeu dans l’analyse des données de la surveillance 2015-2016.

Les membres de la TNPIN considèrent que la collecte et la saisie des données sont des services essentiels qui devront être assurés compte tenu de leur impact sur la santé.

**Les travaux du CINQ sont présentés par Dr. Villeneuve**:

* Le processus de diffusion de faits saillants au sujet des programmes de surveillance est en cours.
* Réalisation de plusieurs activités de transfert de connaissance : les mesures de PCI au regard de l’ERVen soins de longue durée, la fiche BGNMR pour les soins de courte durée
* Des travaux importants sont en cours pour la réalisation d’un document appelée *Tronc commun*. Ce document, à l’intention des infirmières en PCI, sera constitué d’un ensemble de fiches portant sur des sujets de base en PCI. Un document sera réalisé également sur la gestion de bio aérosols et la protection des travailleurs. Des recommandations concernant la Légionellose seront publiées dans un document qui est en processus de finalisation.
* L’INSPQ pourrait traduire en anglais 3 documents avec des fonds de l’Agence de la santé publique du Canada : Gestion des éclosions de *C.difficile*, Mesures de prévention et contrôle des BGNMR et les faits saillants des programmes de surveillance.
* Les JAPI auront lieu en décembre 2015. Cette année, le défi sera d’atteindre un nombre satisfaisant d’inscriptions.

Dr. Arruda va encourager les PDG à soutenir la participation des infirmières en PCI et en Santé au travail aux JAPI.

* Deux programmes de formation ont été lancés : un programme avec 11 formations créditées portant sur différents sujets et un programme avec 3-4 formations sur des sujets spécifiques (RDM, Hygiène et salubrité). Spécifiquement pour les infirmières en PCI, 3 modules portant sur la surveillance des infections nosocomiales seront également disponibles.
* Campagne québécoise de soins sécuritaires. Le nouveau comité directeur aura sa première rencontre le 22 octobre 2015.
  1. **Varia**

Dre. L. Valiquette fait un survol de la situation épidémiologique de la MVE et du MERS Co-V.

* Lettre au sujet du MERS Co-V transmise aux PDG des CISSS/CIUSSS pour la mise en place des mesures de triage appropriées dans les milieux de soins lorsqu’il y a présence des personnes ayant des symptômes respiratoires et histoire de voyage.
* La fiche technique du MSSS au regard du MERS Co-V sera publiée prochainement
* Rapport OMS sur MVE : le 14 octobre on était à la 2e semaine sans nouveaux cas de MVE en Afrique (Guinée Conakry et Sierra Leone).

**40.15 Levée de la rencontre : 15h30**

**Prochaine rencontre : 20 janvier 2016**