

Prévention et contrôle de l'infection dans les foyers de soins de longue durée

Contexte

Les foyers de soins de longue durée (les foyers) de l'Ontario fournissent des soins, des services et de l'hébergement aux personnes qui sont incapables de vivre indépendamment et qui ont besoin jour et nuit de soins infirmiers et de surveillance dans un milieu sécuritaire. L'Ontario compte plus de 600 foyers, habités par quelque 75 000 pensionnaires, dont la plupart sont âgés de plus de 65 ans. Les foyers deviennent en substance le « domicile » de la plupart de leurs clients. Tous les foyers entrent dans l'une de quatre catégories : maisons de soins infirmiers à but lucratif ou non lucratif, établissements de bienfaisance, foyers municipaux pour personnes âgées, comme l'illustre la Figure 1.

Figure 1 : Foyers de soins de longue durée de l'Ontario, par type, novembre 2008

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Type	N ^{bre} de foyers	N ^{bre} de lits
Foyers de soins infirmiers (à but lucratif)	353	40 100
Foyers de soins infirmiers (sans but lucratif)	95	11 200
Foyers de bienfaisance (sans but lucratif)	54	7 500
Foyers municipaux (sans but lucratif)	103	16 400
Total	605	75 200

Les pensionnaires des foyers risquent fortement de contracter des maladies infectieuses, car bon nombre partagent une chambre et, en général, ils mangent et participent à des activités en groupe. De plus, leurs risques à cet égard sont généralement plus importants que ceux du grand public à cause de leur âge et de leur vulnérabilité à la maladie. Par ailleurs, les pensionnaires qui ont une déficience cognitive ne mentionnent pas toujours leurs symptômes au personnel lorsqu'ils apparaissent, et ils ont parfois tendance à errer, deux facteurs qui augmentent la probabilité de propagation des maladies infectieuses.

Lorsqu'un pensionnaire attrape une infection, celle-ci est considérée comme une infection associée aux soins de santé (IASS), appelée également « infection nosocomiale ». Les IASS ont une forte incidence tant sur les pensionnaires que sur le système de soins de santé provincial. La gravité des effets des infections de cette catégorie sur les pensionnaires peut varier d'un malaise qui dure quelques jours à une affection qui doit être traitée aux antibiotiques ou qui nécessite même l'hospitalisation. Dans les cas les plus graves, les IASS peuvent provoquer la mort. Bien qu'il n'existe pas de renseignements sur le nombre total de cas d'IASS qui se déclarent chaque année dans les foyers de l'Ontario, des études indiquent que l'infection est l'une des raisons les plus répandues de l'hospitalisation des pensionnaires. De fait, une étude américaine a montré que l'infection était la

Figure 2 : Quatre maladies/organismes infectieux contractés dans des foyers de soins de longue durée

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Cause	Source de l'infection initiale	Effets possibles	Transmission	Traitements possibles	Autres préoccupations
Bactérie <i>Clostridium difficile</i> (<i>C. difficile</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Le pensionnaire prend des antibiotiques qui réduisent les taux normaux de bonnes bactéries dans l'intestin et le côlon. La bactérie <i>C. difficile</i> peut donc croître et produire des toxines. 	<ul style="list-style-type: none"> Diarrhées Maladies intestinales graves (p. ex. colite) pouvant nécessiter une chirurgie Décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> Contact¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Les cas bénins peuvent ne nécessiter aucun traitement. Les cas graves sont traités aux antibiotiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut entraîner des éclosions parce que de nombreux pensionnaires de foyers de soins de longue durée prennent des antibiotiques. Les spores du <i>C. difficile</i> sont difficiles à détruire parce qu'elles résistent à certains produits chimiques. Les désinfectants pour les mains à base d'alcool pourraient ne pas être aussi efficaces que le savon et l'eau.
Maladies respiratoires fébriles (MRF) (p. ex. rhumes, grippe, pneumonie)	<ul style="list-style-type: none"> Une personne tousse ou éternue et expulse des gouttelettes contenant des organismes pathogènes qui entrent en contact avec la bouche, le nez ou les yeux d'un pensionnaire. Le pensionnaire touche les gouttelettes puis porte la main à la bouche, au nez ou aux yeux. 	<ul style="list-style-type: none"> Fièvre de plus de 38 °C Apparition ou aggravation d'une toux Essoufflement Décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> « Gouttelettes »² Contact¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiotiques, si la situation s'y prête Immunisation préalable à l'exposition à certaines MRF (comme mesure préventive) 	<ul style="list-style-type: none"> Les organismes pathogènes contenus dans des gouttelettes peuvent survivre sur des surfaces pendant des heures, mais ils sont faciles à tuer avec des désinfectants et une bonne hygiène des mains.
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	<ul style="list-style-type: none"> Des bactéries <i>Staphylococcus aureus</i> (<i>S. aureus</i>) vivant sur la peau, dans le nez ou le bas intestin provoquent une infection et résistent à une catégorie commune d'antibiotiques (de nombreuses personnes porteuses n'ont pas de symptômes). 	<ul style="list-style-type: none"> Des infections cutanées qui peuvent se transformer rapidement en abcès profonds qui nécessitent un drainage chirurgical Infections des os, des articulations, des plaies opératoires, des vaisseaux sanguins, des valvules cardiaques et des poumons Décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> Contact¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Les cas bénins peuvent ne nécessiter aucun traitement. Les cas graves sont traités aux antibiotiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Les infections au SARM ne sont sans doute pas plus graves que les infections au <i>S. aureus</i>, mais il y a moins d'antibiotiques disponibles pour traiter les premières. La bactérie peut vivre sur certaines surfaces pendant des mois.
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	<ul style="list-style-type: none"> Des entérocoques dans le bas intestin et/ou ailleurs (p. ex. dans l'urine ou sur la peau) provoquent une infection et résistent à l'antibiotique vancomycine (de nombreuses personnes porteuses n'ont pas de symptômes). 	<ul style="list-style-type: none"> Infection urinaire ou infection cutanée Décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> Contact¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Autres antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> Les bactéries peuvent vivre sur certaines surfaces pendant 5 jours ou plusieurs semaines et sur les mains pendant plusieurs heures. Les bactéries sont relativement faciles à tuer avec des désinfectants (à condition que le contact soit suffisamment long) et une bonne hygiène des mains.

1. Il y a contact si deux personnes se touchent ou si une personne touche une surface contaminée sur laquelle se trouvent des spores, des gouttelettes ou des bactéries. Une personne qui contracte une infection par le contact ne tombera pas malade nécessairement (p. ex. une personne peut contracter la bactérie *C. difficile* d'un pensionnaire mais avoir un taux suffisamment élevé de bonnes bactéries pour la combattre).

2. Il y a transmission par « gouttelettes » si une personne infectée tousse ou éternue et expulse des gouttelettes qui entrent en contact direct avec une autre personne.

principale cause médicale de 27 % environ des cas d'hospitalisation de pensionnaires.

Certaines IASS sont des maladies infectieuses susceptibles de se répandre à l'ensemble d'un foyer. La Figure 2 offre des renseignements de base sur quatre IASS graves : le *Clostridium difficile* (*C. difficile*), les maladies respiratoires fébriles (MRF), le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Les quatre sont transmissibles par contact, c'est-à-dire qu'elles peuvent être contractées au toucher d'une personne infectée ou d'une surface sur laquelle vivent des bactéries. Il est donc essentiel de se laver les mains et de nettoyer et de désinfecter les surfaces avec lesquelles les pensionnaires et le personnel entrent en contact. Selon les données du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), l'incidence du SARM a à peu près doublé et celle de l'ERV a plus que triplé entre 1999 et 2006. Bien que, dans la plupart des cas, les infections aient été contractées à l'hôpital (pour autant que le point de

transmission ait été connu), 8 % des cas de SARM et 3 % des cas d'ERV se sont déclarés dans des foyers. L'augmentation du nombre d'organismes résistants aux antibiotiques est inquiétante, car elle donne à penser que ces derniers sont de moins en moins efficaces contre certaines maladies.

S'ajoutent aux IASS de la catégorie des maladies infectieuses, d'autres infections que les pensionnaires sont susceptibles de contracter, y compris des infections cutanées par suite de la rupture de l'épiderme, par exemple des plaies de lit infectées et des infections urinaires. La Figure 3 met ces infections en contexte.

En 2008-2009, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a accordé un financement de 2,8 milliards de dollars aux foyers par l'intermédiaire des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Comme le montant versé par le Ministère ne couvre qu'une partie des coûts totaux, les pensionnaires payent entre 1 600 \$ et 2 200 \$ par mois pour être logés, selon qu'ils occupent une chambre de base, à deux

Figure 3 : Deux types d'infections que les pensionnaires de foyers de soins de longue durée risquent de contracter

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Type	Description	Facteurs de risque choisis	Effets possibles	Pratiques exemplaires choisies de prévention
Infections cutanées consécutives à la rupture de l'épiderme ou à des plaies de pression (telles plaies de lit infectées)	<ul style="list-style-type: none"> L'épiderme est rompu ou une plaie vive apparaît à cause, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> de pression prolongée; de frottement. Des bactéries sur la peau infectent la plaie vive. 	<ul style="list-style-type: none"> Le pensionnaire est alité. L'épiderme est détérioré à cause de l'âge. 	<ul style="list-style-type: none"> Douleur, pus et rougeurs dans la zone infectée Sepsie (L'infection s'étend au sang et les symptômes comprennent fièvre, frissons, hypotension et changement de l'état mental.) Décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> Déplacement de la personne pour réduire la pression continue sur une partie du corps en particulier Examen de l'épiderme (à l'admission et tous les trois mois par la suite) Bonne nutrition pour limiter la détérioration de l'épiderme causée par l'âge
Infections urinaires	<ul style="list-style-type: none"> Des bactéries provenant du tube digestif pénètrent dans l'urètre (le canal qui conduit l'urine de la vessie à l'extérieur du corps), se multiplient et infectent les voies urinaires (y compris les reins et la vessie). 	<ul style="list-style-type: none"> Le pensionnaire est incontinent. Le pensionnaire a reçu un cathéter qui évacue l'urine de la vessie. 	<ul style="list-style-type: none"> Forte envie d'uriner Douleur vive ou brûlure pendant la miction Sepsie (L'infection s'étend au sang et les symptômes comprennent fièvre, frissons, hypotension et changements de l'état mental.) Décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser le moins possible les cathéters Utiliser correctement les cathéters

lits ou individuelle. Les frais demandés par les résidences privées pour personnes âgées, par exemple les maisons pour retraités, sont parfois plus élevés, et ces établissements ne reçoivent pas de financement public. Puisque les activités de prévention et de contrôle des infections doivent être entièrement intégrées à l'ensemble des activités des foyers, il peut être difficile d'en cerner les coûts précis. Aucun des foyers que nous avons visités ne consignait le coût total de la prévention et de la lutte contre les infections.

Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à déterminer si les foyers de soins de longue durée (les foyers) appliquaient des politiques et des procédures efficaces de prévention et de contrôle des infections.

Nos travaux de vérification ont été menés principalement auprès de trois foyers de taille et de type différents, offrant des services à des collectivités variées : Extencare York (une maison de soins infirmiers à but lucratif de 288 places à Sudbury), Nisbet Lodge (un établissement de bienfaisance de 103 places à Toronto), Regency Manor (une maison de soins infirmiers à but lucratif de 60 places à Port Hope). Les trois établissements respectent les exigences structurelles fixées par le Ministère en 1972 pour ce qui est des critères tels la dimension des chambres et le nombre de lits par chambre. Les travaux effectués ont exclu les foyers municipaux de soins de longue durée, étant donné que la *Loi sur le vérificateur général* ne s'applique pas aux subventions consenties à des administrations municipales (si ce n'est que pour l'examen des livres comptables d'une municipalité dans l'intention de déterminer qu'une subvention a été dépensée aux fins escomptées).

Au cours de notre vérification, nous avons examiné des dossiers pertinents et des politiques et

procédures administratives, et nous avons rencontré le personnel compétent de foyers et du Ministère. Nous avons aussi recueilli les vues de l'Ontario Long-Term Care Association et de l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, qui à elles deux représentent la majorité des foyers de l'Ontario. Nous avons discuté de la prévention et du contrôle des IASS avec les réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRCLI), les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les bureaux locaux de santé publique associés aux trois foyers que nous avons visités. Nous avons examiné les résultats de recherches pertinentes effectuées par d'autres administrations, y compris des pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des IASS, telles celles qu'ont fait paraître la Society for Healthcare Epidemiology of America et l'Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. En outre, nous nous sommes adjoints deux consultants indépendants spécialisés dans la prévention et le contrôle des IASS dans les foyers.

Nous avons examiné les rapports du Ministère, notamment ses rapports d'inspection, en ce qu'ils ont trait à la prévention et au contrôle des infections dans les foyers que nous avons visités, mais nous n'avons pas analysé en profondeur sa méthode d'inspection, car le Bureau de l'ombudsman de l'Ontario se penchait sur la méthode utilisée au moment de notre vérification, et le Ministère était en voie de la remanier.

Nous avons comparé les processus de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans les foyers que nous avons visités aux pratiques exemplaires en la matière établies à l'intention des foyers par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Les documents sur les pratiques exemplaires que le CCPMI a publiés tiennent compte des recommandations formulées par divers organismes, notamment l'Agence de la santé publique du Canada et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, aussi bien que d'autres pratiques exemplaires. De plus, nous avons discuté directement avec des membres du CCPMI de la

gestion de la prévention et du contrôle des infections dans les foyers, et nous avons considéré les exigences des lois en vigueur et des politiques du Ministère.

Notre vérification a ciblé le *C. difficile*, les MRF, le SARM, l'ERV de même que la prévention des infections urinaires et des ruptures de l'épiderme (telles plaies de lit) susceptibles de s'infecter. Nous avons choisi les IASS précitées principalement en raison de leur effet négatif potentiel sur la santé des pensionnaires. Nous avons porté notre choix particulièrement sur le SARM et l'ERV : parce que ce sont des organismes résistants aux antibiotiques, il peut se révéler difficile de les traiter lorsqu'ils provoquent des infections (comme ils réagissent à peu d'antibiotiques dont nous disposons) et ils se sont beaucoup répandus ces dernières années. En outre, nous nous sommes attachés au *C. difficile* en raison de l'usage répandu des antibiotiques dans les foyers, situation qui augmente le risque de contraction de la bactérie.

Nous n'avons pas utilisé les travaux de l'équipe de vérification du Ministère pour réduire l'ampleur de notre vérification, car elle ne s'était pas intéressée récemment à la prévention et au contrôle des infections dans les foyers. Si aucun des foyers que nous avons visités ne possédait de fonction de vérification interne, tous appliquaient quand même des procédures (dont nous avons examiné les résultats) afin de vérifier le respect de processus choisis de prévention et de contrôle.

Sommaire

Les établissements de soins aigus dotés de processus efficaces de prévention et de contrôle des infections seraient capables de prévenir entre 30 % et 50 % des infections associées aux soins de santé (IASS). Bien qu'il existe peu de renseignements sur les IASS dans les foyers de soins de longue durée (les foyers), leurs principaux enjeux en matière de prévention et contrôle tendent à différer quelque

peu de ceux des hôpitaux. À titre d'exemple, les foyers ont très peu de moyens d'isoler les pensionnaires qui ont contracté une maladie infectieuse, les pensionnaires ayant une déficience cognitive ont tendance à errer, et, dans bien des cas, le personnel est peu formé aux IASS. Or, compte tenu de leurs lacunes, les trois foyers que nous avons visités ont mis en oeuvre des mesures, certaines officielles, d'autres sans formalité, pour prévenir et contrôler les IASS. Ainsi, la plupart des pensionnaires étaient immunisés chaque année contre la grippe, les foyers avaient établi des horaires rigoureux de nettoyage des chambres des pensionnaires, et ils recueillaient et examinaient des renseignements sur des infections particulières. Toutefois, comme l'illustrent les observations suivantes, plusieurs secteurs sont susceptibles d'amélioration.

- Bien que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) ait lancé plusieurs initiatives visant à prévenir et à contrôler les maladies infectieuses dans les foyers, il ne possède pas de renseignements sur le nombre total de cas de la plupart des IASS dans ce genre d'établissement. En règle générale, il était impossible de comparer les renseignements recueillis dans les foyers que nous avons visités, car ils définissaient et recensaient les IASS de manière différente.
- Même si les trois foyers avaient adopté des politiques prescrivant de dépister les maladies respiratoires fébriles (MRF), telle la grippe, chez les nouveaux pensionnaires, la documentation établie à deux d'entre eux indiquait que 60 % à 80 % seulement des nouveaux résidents échantillonnés avaient été soumis à des contrôles. Au troisième, il n'existait aucune preuve de dépistage en règle des MRF.
- Conformément aux exigences des lois en vigueur, tous les foyers étaient dotés d'une politique de dépistage de la tuberculose chez les nouveaux pensionnaires dans les 14 jours suivant leur admission. L'un d'eux avait soumis à un contrôle tous les nouveaux pensionnaires compris dans notre échantillon,

mais les deux autres avaient vérifié respectivement l'état de 70 % et 80 % seulement des nouveaux pensionnaires. De plus, dans certains cas les essais n'ont été effectués que 60 à 125 jours après l'admission d'un pensionnaire.

- L'hygiène des mains constitue l'activité la plus importante pour prévenir la propagation des maladies infectieuses. Chacun des foyers avait effectué récemment son premier examen du respect par le personnel de certaines politiques sur l'hygiène des mains. (Le *C. difficile*, le SARM et l'ERV sont le plus souvent propagés par les mains des travailleurs de la santé.)
- En général, les foyers ne disposaient pas de chambres inoccupées dans lesquelles héberger les pensionnaires atteints d'une maladie infectieuse, et ils ont fait savoir qu'il est perturbant de déplacer d'autres pensionnaires et leurs effets personnels (dont certains ont dû payer une prime pour avoir une chambre individuelle ou une chambre à deux lits). Selon le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), il faut tirer le rideau autour du lit d'un pensionnaire atteint d'une MRF s'il partage une chambre. Cependant, les trois foyers ont fait savoir qu'ils ne respectaient cette consigne qu'à la demande d'un pensionnaire.
- Si deux des foyers disposaient de politiques qui prescrivaient de nettoyer chaque jour toutes les surfaces avec lesquelles une personne pouvait entrer en contact dans les chambres des pensionnaires, conformément aux recommandations du CCPMI, la politique du troisième n'était pas claire, bien qu'il ait fait savoir que toutes les surfaces des chambres des pensionnaires avec lesquelles une personne pouvait entrer en contact étaient nettoyées tous les jours. Malgré que le CCPMI recommande de nettoyer deux fois par jour les chambres des résidents atteints du *C. difficile*, aucun des foyers ne se conformait à sa recommandation.

- Aucun des foyers n'avait de processus, par exemple une feuille de contrôle, qui permettait de confirmer que les pensionnaires incapables de se repositionner eux-mêmes bénéficiaient d'aide à cette fin toutes les deux heures, comme le prescrivent les politiques des foyers visant à prévenir les ruptures de l'épiderme (telles plaies de lit).
- En 2008-2009, 81 cas de *C. difficile* dans des foyers ont été déclarés au Ministère. Nous avons constaté que le recours judiciaire aux antibiotiques s'est révélé un moyen efficace de réduire l'incidence du *C. difficile*. Toutefois, même si toutes les pharmacies avec lesquelles les foyers avaient conclu des ententes contractuelles offraient au moins certains renseignements sur l'usage des antibiotiques, aucun des foyers ne tenait de formulaire des antibiotiques que les médecins pouvaient prescrire, et ils allaient donc à l'encontre d'une recommandation du CCPMI.
- Au contraire des hôpitaux, les foyers ne sont pas tenus de rendre compte publiquement de certains indicateurs de la sécurité de leurs patients, par exemple le nombre de cas de *C. difficile*, de SARM ou d'ERV contractés par l'intermédiaire des soins de santé, ni du respect par les travailleurs de la santé des politiques sur l'hygiène des mains. Un seul des foyers que nous avons visités affichait publiquement certains taux d'infection.
- Les trois foyers avaient désigné un professionnel en prévention des infections (PPI), conformément aux exigences du Ministère, mais aucun des PPI n'avait reçu de formation particulière en prévention et contrôle des infections, comme le recommandait le CCPMI, et le rôle de PPI s'ajoutait à diverses autres fonctions exercées par les titulaires.

Nous tenons à souligner la collaboration dont ont fait montre les trois foyers que nous avons visités.

Nous avons fait parvenir le présent rapport aux trois de même qu'au Ministère et les avons invités à

nous faire part de leur réponse globale. Par souci de brièveté et afin d'éviter la répétition, nous résumons ci-dessous les réponses globales des foyers et celle du Ministère. Nous résumons également les réponses données par les foyers à nos recommandations particulières, à la suite de chacune d'elles, et nous présentons, s'il y a lieu, les réponses du Ministère.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère considère comme primordiaux la santé, la sécurité et le bien-être des pensionnaires des foyers de soins de longue durée (les foyers) de l'Ontario. En envisageant tout aspect des soins qui y sont donnés, il importe de se rappeler que ce sont principalement les « domiciles » des pensionnaires. Le Ministère oblige les foyers à respecter des lois et des règlements aussi bien que les normes et les critères énoncés dans les politiques et les ententes de service. Notamment, les foyers sont tenus d'avoir un programme de prévention et de contrôle des infections, y compris d'exercer une surveillance constante afin de relever la présence d'infections et de former en conséquence tout le personnel. Le Ministère a adressé une lettre à tous les foyers pour leur rappeler leur obligation de respecter les normes en vigueur.

Par souci de donner de bons soins aux pensionnaires, la nouvelle *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui sera proclamée lorsque sa réglementation sera fin prête, oblige tous les foyers à se munir d'un programme de prévention et de contrôle des infections. Un projet de règlement paru en vue de la tenue de consultations publiques en mai 2009 comprend des dispositions sur diverses mesures de prévention et de contrôle. Le règlement resserre les exigences actuelles et répond à certaines des principales recommandations formulées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) pertinentes aux foyers. Le Ministère encourage les foyers à mettre en

vigueur, autant que faire se peut, les pratiques exemplaires recommandées par le CCPMI. À l'hiver 2010, il amorcera des pourparlers avec les réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI), les foyers et d'autres parties intéressées sur les meilleurs moyens à prendre pour donner suite aux recommandations présentées dans le document des pratiques exemplaires intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, que le CCPMI a fait paraître en août 2009.

Le Ministère, en consultation avec ses partenaires sectoriels et des parties intéressées, met également en oeuvre plusieurs initiatives, y compris un projet de sensibilisation aux plaies de pression, une adaptation du programme « Se nettoyer les mains » à l'intention des foyers et un programme informatisé de gestion des soins grâce auquel les professionnels de la santé en activité dans les foyers pourront évaluer et surveiller les besoins en soins des pensionnaires. En outre, le Ministère a mis sur pied un groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments qui a examiné les questions relatives à la sécurité et à la gestion des médicaments dans les foyers et leur incidence sur la qualité des soins et de la vie des pensionnaires.

SOMMAIRE DES RÉPONSES GLOBALES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les foyers se sont dits d'accord avec nos recommandations dans l'ensemble, mais ont ajouté qu'ils étaient préoccupés de ce que leurs ressources financières et humaines limitées nuisent à leur mise en oeuvre. Un foyer en particulier a souligné que le rôle qu'il joue dans le système de soins de santé réduit sa capacité à donner suite aux recommandations, car, au contraire d'un hôpital, il héberge ses résidents, et il doit donc défendre des enjeux uniques en matière de prévention et de contrôle des infections.

Constatations détaillées de la vérification

RÔLES ET RESPONSABILITÉS À L'ÉGARD DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) délivre des permis aux foyers de soins de longue durée (les foyers) ou les agréé en vertu de trois lois distinctes : la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*. Les exigences des trois lois précitées relatives à la prévention et au contrôle des infections ne sont pas identiques, mais les politiques du Ministère énoncées dans le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* s'appliquent à toutes catégories de foyers. Les trois lois et le manuel seront remplacés par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui a reçu la sanction royale en juin 2007 et sera proclamée lorsque sa réglementation sera fin prête.

Le Ministère établit des normes régissant les soins et inspecte les foyers. En effet, les inspecteurs s'y rendent chaque année sans s'annoncer afin, notamment, de contrôler le respect des lois en vigueur et des politiques du Ministère. Par exemple, le Ministère surveille certains aspects de la prévention et du contrôle des infections. Le nombre de critères non respectés que constate le Ministère au cours d'une inspection est déclaré au public sur son site Web.

Il incombe aux foyers d'adopter et de respecter des politiques et des procédures efficaces de prévention et de contrôle des infections aussi bien que d'en surveiller le respect. Les médecins et le personnel infirmier qui travaillent dans les foyers s'acquittent de responsabilités professionnelles à cet égard, qu'énoncent les normes et les consignes que font paraître les ordres professionnels compétents. En outre, les autres employés des foyers, y compris les préposés aux services de soutien à la personne et le

personnel de l'entretien ménager, les pensionnaires mêmes, leurs familles et les visiteurs, quels qu'ils soient, jouent tous un rôle en faveur de la prévention et du contrôle de la propagation des infections dans les foyers. C'est le cas également d'autres organismes, dont les réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI) et les bureaux locaux de la santé publique, ce qu'illustre la Figure 4.

INITIATIVES ET PRATIQUES EXEMPLAIRES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS CONTRACTÉES DANS DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Initiatives du Ministère

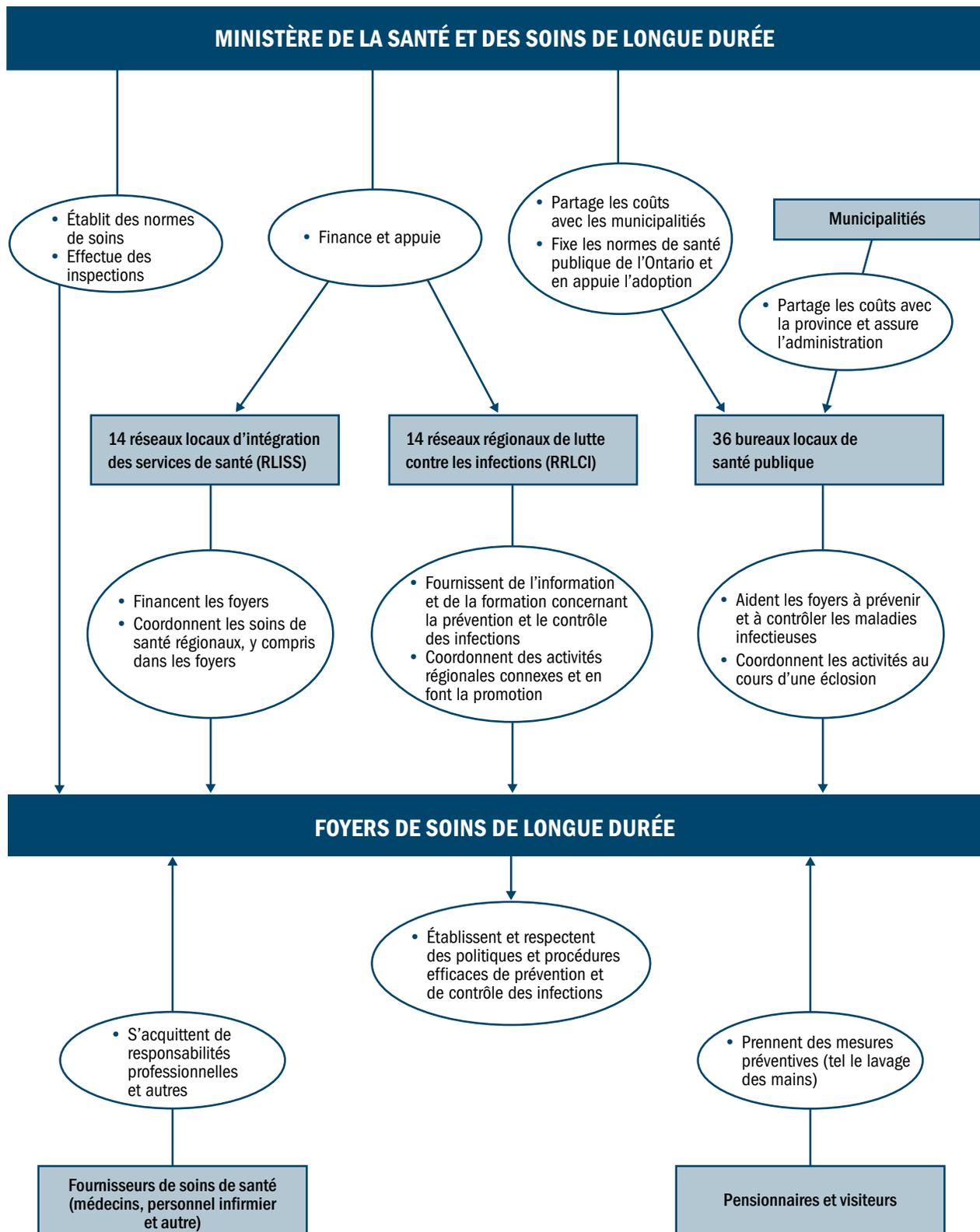
L'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui s'est déclarée en Ontario et dans d'autres régions du monde en 2003 a engendré un certain nombre d'initiatives de prévention et de contrôle des infections. Notamment, elle a incité le Ministère à mettre sur pied le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) et les réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI).

Le CCPMI a été établi dans le cadre de l'Opération Protection de la santé, un plan triennal lancé par le Ministère pour raviver le système ontarien de santé publique en réponse aux recommandations formulées dans des rapports faisant suite à la flambée du SRAS. Le CCPMI est un organisme scientifique pluridisciplinaire qui offre des conseils fondés sur des preuves concernant de multiples aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses au médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. Le CCPMI prévient et contrôle les infections :

- en publiant un certain nombre de documents faisant état de pratiques exemplaires et comprenant des consignes et des recommandations pertinentes d'entités tels l'Agence de la santé publique du Canada et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario aussi

Figure 4 : Principaux rôles et responsabilités choisis en vue de la prévention et du contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



bien que des recommandations tirées de documents médicaux (énumérés en annexe);

- en rédigeant, de concert avec le Ministère, du matériel didactique visant à améliorer la formation au contrôle des infections offerte au personnel de première ligne (voir la rubrique « Projets de mise en valeur des compétences de base » en annexe).

Quatorze RRLCI ont été établis partout en Ontario (soit un par RLISS), dont un était encore en voie d'être lancé au moment de notre vérification. Les RRLCI ont pour tâches de coordonner les activités de prévention et de contrôle des infections et de promouvoir la normalisation dans les établissements de soins de santé de toutes les régions ontariennes. En 2008, les RRLCI ont publié les résultats d'une enquête menée à l'échelon provincial dans différents milieux de soins de santé, y compris les foyers, dont l'objet était de recenser et d'évaluer les ressources affectées au contrôle des infections. Par ailleurs, plusieurs RRLCI ont mis en route diverses initiatives de prévention et de contrôle des infections dans les foyers; ils ont notamment tenu des séances d'information et conçu et distribué des ressources informationnelles.

Au moment de notre vérification, le Ministère adaptait les documents de son programme d'hygiène des mains « Se nettoyer les mains » en vue de leur utilisation dans les foyers (l'annexe donne les particularités de la situation). Il offrait également de la formation et d'autres formes de soutien à l'appui du programme « Arrêt! Lavez vos mains »,

une démarche concertée de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, de l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada, d'Agrément Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Également au moment de notre vérification, le Ministère se préparait à l'entrée en vigueur de la nouvelle *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* une fois sa réglementation fin prête. Il nous a appris que, dans le contexte de l'élaboration de la réglementation, il remaniait ses processus d'inspection des foyers afin de les axer davantage sur le risque et d'y intégrer plusieurs indicateurs de risque liés au contrôle des infections, par exemple la prévalence de la pneumonie et des infections urinaires.

Pratiques exemplaires

Bien que les données disponibles sur les IASS dans les foyers soient minimales, le CCPMI a constaté qu'environ 30 % à 50 % de celles qui se déclarent dans les établissements de soins aigus, tels hôpitaux, sont évitables. La Figure 5 illustre certaines des pratiques exemplaires proposées par le CCPMI que décrivent les documents énumérés en annexe. Le CCPMI a ajouté qu'un programme efficace de prévention et de contrôle des infections liées aux soins de santé est susceptible de réduire grandement les coûts des soins en question. Fait plus important, un tel programme peut également réduire sensiblement la morbidité (les maladies) et la mortalité (les décès) causées par les infections.

Figure 5 : Pratiques exemplaires choisies de prévention et de contrôle des infections associées aux soins de santé

Source des données : Publications du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses

Dépistage : Déceler les pensionnaires atteints de SARM, de l'ERV ou d'une MRF.

Pratiques de base et précautions propres aux infections : Bonne hygiène des mains; nettoyage rigoureux des chambres des pensionnaires; utilisation, au besoin, de matériel de protection individuelle – gants, blouses à manches longues et masques; isolement des pensionnaires dans des chambres individuelles, s'il y a lieu.

Immunisation : Immunisation des pensionnaires et du personnel pour prévenir la contraction de maladies transmissibles.

Utilisation d'antibiotiques : Utilisation judicieuse d'antibiotiques afin de réduire la susceptibilité des pensionnaires à certaines maladies infectieuses et de prévenir celles qui résistent aux antibiotiques.

Surveillance : Suivi et analyse des données sur les infections pour pouvoir intervenir rapidement.

Agrément

Le Ministère reconnaît deux organismes d'agrément des foyers : Agrément Canada et la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. Agrément Canada examine la qualité des services de santé que les foyers fournissent à leurs pensionnaires dans le dessein de les aider à les améliorer. Le processus d'agrément consiste, notamment, à examiner les pratiques organisationnelles de lutte contre les infections, par exemple l'existence d'un programme de contrôle des taux d'infection et l'offre de formation sur l'hygiène des mains.

DÉPISTAGE

Grâce au dépistage, les foyers peuvent généralement repérer les nouveaux pensionnaires atteints d'une maladie ou d'un organisme infectieux et, au besoin, prendre des mesures et des précautions supplémentaires. Le dépistage consiste normalement à envisager divers facteurs afin de repérer les résidents qui manifestent des symptômes d'une maladie infectieuse ou qui risquent fortement d'avoir contracté certains organismes ou maladies. Le cas échéant, des échantillons sont prélevés et acheminés à un laboratoire, qui détermine si les personnes concernées sont effectivement atteintes. Dans certains cas, un foyer soumettra tous les résidents admis à un procédé de dépistage. Il s'agit alors de « dépistage universel ».

Dans ses documents sur les pratiques exemplaires, le CCPMI signale que le dépistage est un moyen important à prendre pour empêcher la propagation d'une maladie ou d'un organisme infectieux aux pensionnaires, au personnel et aux visiteurs. Le CCPMI recommande que les foyers :

- évaluent tous les pensionnaires, au moment de leur admission ou de leur réadmission, afin de déceler des symptômes de MRF, tels toux, essoufflement et fièvre. Les foyers sont encouragés à pratiquer un dépistage « actif ». Par exemple, le personnel doit interroger les pensionnaires sur leurs symptômes possibles et se

demandeur s'ils ont pu être en contact avec des personnes qui les ont exposés à des risques. Les foyers peuvent également pratiquer le dépistage « passif », par exemple en installant des affiches qui invitent les pensionnaires qui manifestent des symptômes de MRF à en informer le personnel.

- pratiquent le dépistage actif auprès de tous les pensionnaires, au moment de leur admission ou de leur réadmission, dans l'intention d'évaluer le risque qu'ils ont contracté le SARM ou l'ERV. Notamment, le personnel doit demander à chaque pensionnaire s'il a déjà souffert du SARM ou de l'ERV, s'il a été admis à un établissement de soins de santé, tel un hôpital, ou s'il y a passé plus de 12 heures consécutives en tant que patient au cours des 12 derniers mois, et s'il a déjà été exposé à une unité d'un établissement de soins de santé frappée d'une éclosion de SARM ou d'ERV. Un pensionnaire pose un risque élevé s'il répond par l'affirmative à l'une des questions susmentionnées et, le cas échéant, le foyer doit prélever un échantillon afin de déterminer s'il est effectivement atteint du SARM ou de l'ERV;
- effectuent régulièrement des vérifications de leurs pratiques de dépistage dans le cadre d'un programme permanent de gestion et d'amélioration de la qualité.

Par ailleurs, les lois en vigueur prescrivent généralement aux foyers de soumettre à un test de dépistage de la tuberculose dans les 14 jours de leur admission tous les pensionnaires qui n'ont pas été contrôlés depuis 12 mois.

Maladies respiratoires

Nous avons constaté que les trois foyers que nous avons visités étaient dotés de politiques qui obligeaient les nouveaux pensionnaires à se soumettre à un test de dépistage des MRF au moment de leur admission aussi bien qu'à une analyse de la tuberculose dans les 14 jours. Qui plus est, deux d'entre

eux notaient sur une liste de contrôle le moment du test des MRF.

Notre examen des nouveaux pensionnaires des deux foyers où une liste de contrôle des tests de dépistage des MRF était en vigueur a montré que l'un d'eux avait contrôlé 80 % des nouveaux pensionnaires, l'autre 60 %. Le troisième foyer ne disposait d'aucune preuve que des tests en règle de dépistage des MRF étaient effectués, mais le personnel nous a informés que tous les nouveaux pensionnaires étaient soumis à des tests sans formalité.

L'examen de notre échantillon nous a appris qu'un foyer avait soumis tous ses nouveaux pensionnaires à un test de dépistage de la tuberculose, tandis que les deux autres n'avaient contrôlé que 70 % et 80 % d'entre eux. Là où le dépistage a effectivement eu lieu, le délai de 14 jours après l'admission a été dépassé pour 29 % des nouveaux pensionnaires échantillonnés à l'un des foyers et pour 40 % et 75 % d'entre eux aux deux autres. Nous avons eu connaissance de situations dans lesquelles le dépistage n'avait été effectué que 60 jours après l'admission à deux des foyers et 125 jours au troisième.

Mis à part l'évaluation qu'un foyer a effectuée de ses pratiques de dépistage de la tuberculose et un examen de cinq dossiers de pensionnaires auquel un autre s'est livré, aucun des trois foyers n'avait soumis à un examen en règle ses pratiques de dépistage des maladies respiratoires en 2007 ou 2008. Le foyer qui avait officiellement évalué ses pratiques de dépistage de la tuberculose nous a déclaré que 53 % seulement des nouveaux pensionnaires échantillonnés avaient subi un test obligatoire en 2007. Par conséquent, le foyer s'est mis à confirmer, en décembre 2008, que toutes les démarches obligatoires, y compris le dépistage de la tuberculose, étaient effectuées au moment de l'admission d'un pensionnaire.

Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) et entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)

Malgré la rareté des consignes qui font autorité sur le moment de procéder au dépistage universel, deux des trois foyers que nous avons visités disposaient de politiques prévoyant de soumettre tous les pensionnaires à des tests de dépistage du SARM et de l'ERV au moment de leur admission ou de leur réadmission, par exemple lorsqu'ils rentraient de l'hôpital. Si le troisième foyer ne soumettait pas ses pensionnaires à de tels tests au moment de leur admission ou de leur réadmission, il a néanmoins commencé, au début de 2009, à demander aux établissements dont venaient les pensionnaires, par exemple les hôpitaux, s'ils étaient atteints du SARM ou de l'ERV. De plus, au moment de notre vérification, le foyer en question faisait le nécessaire pour avoir accès par voie électronique aux résultats des tests de dépistage du SARM, de l'ERV et autres que ses pensionnaires avaient subis. Cette façon de faire est susceptible de réduire la nécessité de soumettre certains pensionnaires à des tests supplémentaires. Nous avons noté que, en règle générale, les deux autres foyers ne demandaient pas de renseignements comparables.

Nous avons examiné un échantillon de pensionnaires admis ou réadmis en 2008 aux deux foyers dotés de politiques de dépistage du SARM et de l'ERV. L'un d'eux avait contrôlé la présence de SARM chez tous les pensionnaires compris dans notre échantillon, mais il nous a dit ne pas effectuer de test de dépistage de l'ERV, car aucun cas n'avait été constaté ces quelques dernières années. À l'autre foyer, près des deux tiers des pensionnaires compris dans l'échantillon n'avaient subi aucun test de dépistage du SARM ou de l'ERV. Ni l'un ni l'autre des foyers n'avait effectué d'examen en règle visant à confirmer que les pensionnaires admis ou réadmis avaient subi les tests de dépistage du SARM et de l'ERV prescrits par leurs politiques.

Par ailleurs, nous avons observé qu'aucun des foyers que nous avons visités n'avait de politique

prescrivant des tests de dépistage à l'intention des pensionnaires considérés comme ayant été exposés à l'ERV (p. ex. un pensionnaire dont le compagnon de chambre était atteint de l'ERV ou qui est entré en contact physique avec un pensionnaire dont c'était le cas). Un seul des foyers était doté d'une politique qui l'obligeait à soumettre à un test de dépistage les pensionnaires considérés comme ayant été exposés au SARM.

RECOMMANDATION 1

Pour assurer le dépistage des maladies infectieuses chez les pensionnaires assez rapidement pour réduire au minimum le risque de leur propagation, les foyers de soins de longue durée doivent effectuer un contrôle périodique visant à confirmer que leurs processus de dépistage sont conformes aux recommandations du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses et aux exigences des lois en vigueur.

SOMMAIRE DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les foyers se sont dits généralement d'accord avec la recommandation. L'un d'eux a fait connaître son intention de collaborer avec le réseau régional de lutte contre les infections (RRLCI) dont il relève à adapter certains de ses processus de dépistage aux recommandations du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). De plus, il examinera ses processus de dépistage trimestriellement et adressera un sommaire des résultats de ses examens à son comité de lutte contre les infections et à son comité consultatif de professionnels. Par ailleurs, le foyer assurera le suivi électronique des résultats et les examinera pour dégager des tendances. Au besoin, il mettra en oeuvre un plan d'action amélioré. D'autre part, le foyer poursuivra ses efforts pour avoir accès aux dossiers électroniques des hôpitaux, y compris aux résultats d'analyses de laboratoire, et il

demandera aux hôpitaux de le renseigner sur les maladies infectieuses dont sont atteints éventuellement ses pensionnaires au moment de leur admission ou de leur réadmission. Le foyer a également fait savoir qu'il conjuguerait ses efforts à ceux d'organismes de lutte contre les infections afin de fixer les délais dans lesquels il serait prudent d'effectuer de nouveaux tests de dépistage des organismes infectieux importants tel le SARM.

Un autre foyer nous a signalé son intention de fixer des politiques prévoyant des tests de dépistage pour tous les pensionnaires réadmis et d'exercer une surveillance afin de confirmer que tous les pensionnaires admis subissent des tests de dépistage des MRF, du SARM et de l'ERV aussi bien que du *C. difficile* (dans le cas de ceux qui souffrent de diarrhées), conformément à ses politiques. Son comité d'amélioration continue de la qualité se fondera sur l'information recueillie grâce au processus de surveillance pour examiner les moyens à prendre éventuellement pour améliorer les processus en vigueur. Le foyer a ajouté que, comme les pensionnaires contractent souvent des maladies dans d'autres établissements de soins de santé, tels les hôpitaux, il serait avantageux pour lui et pour le système dans son ensemble si les établissements concernés appliquaient un processus normalisé de surveillance et de dépistage à l'intention des bénéficiaires qui reçoivent leur congé. Notamment, les établissements en question devraient communiquer aux foyers les résultats des tests de dépistage, selon le cas, car cela leur permettrait de localiser les maladies infectieuses.

SOIN DES PENSIONNAIRES

Pratiques de base et précautions propres aux infections

Il existe plusieurs pratiques susceptibles de prévenir et de contrôler la propagation des micro-organismes qui causent les maladies infectieuses, à condition

qu'elles soient appliquées à tous les pensionnaires chaque fois qu'ils reçoivent des soins. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada les qualifient de « pratiques de base ». Le CCPMI est d'avis que seule l'application constante des pratiques de base – particulièrement le lavage des mains avant et après le contact avec un pensionnaire et son milieu – peut prévenir la propagation des maladies infectieuses. Le CCPMI a également constaté que des précautions supplémentaires étaient nécessaires pour prévenir et contrôler certaines maladies infectieuses comme le SARM, l'ERV et le *C. difficile*. Le Comité propose ce qui suit relativement aux pratiques et aux précautions précitées.

- *Lavage des mains* – Avant et après le contact avec un pensionnaire et son environnement, le personnel doit se nettoyer les mains au moyen d'un désinfectant à base d'alcool (une concentration de 70 % à 90 % est préférable) ou se les laver au savon et à l'eau. L'usage d'un désinfectant à base d'alcool est la méthode de décontamination privilégiée lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées. Toutefois, le lavage au savon et à l'eau peut constituer un moyen plus efficace d'éliminer les spores du *C. difficile*. Tous les milieux de soins de santé, foyers y compris, doivent élaborer et mettre en oeuvre un programme d'hygiène des mains prévoyant la surveillance et le respect continu des pratiques d'hygiène des mains.
- *Matériel de protection individuelle* – Lorsqu'ils entrent dans la chambre d'un pensionnaire atteint du *C. difficile*, les travailleurs de la santé doivent porter des gants et des blouses. Lorsqu'ils donnent des soins directement à un pensionnaire atteint du SARM ou de l'ERV, ils doivent porter des gants, et le port de la blouse leur est recommandé. Ils doivent enlever leurs gants et leur blouse avant de quitter la chambre. Les foyers doivent contrôler le respect des normes recommandées d'utilisation du matériel de protection individuelle.
- *Hébergement dans des chambres individuelles* – Les foyers de soins de longue durée doivent placer les pensionnaires ayant certaines maladies infectieuses et ceux qui sont soupçonnés d'avoir le *C. difficile* dans une chambre individuelle équipée d'une toilette privée. Si toutes les chambres individuelles d'un foyer sont occupées, le personnel responsable de la prévention et du contrôle des infections doit être consulté pour que les pensionnaires ayant des infections semblables partagent une chambre (cette pratique s'appelle « regroupement en cohorte »).
- *Nettoyage des chambres des pensionnaires* – Toutes les surfaces des chambres des pensionnaires touchées par des personnes doivent être nettoyées chaque jour. De plus, le personnel des foyers doit prendre des précautions particulières lorsqu'il nettoie les chambres des pensionnaires dont on sait ou soupçonne qu'ils sont atteints du *C. difficile*, car cet organisme a été décelé sur des surfaces comme les poignées de porte et les robinets. (Nous avons été informés que le CCPMI entend publier un document faisant état de pratiques exemplaires de nettoyage au printemps 2010.) Voici des exemples de recommandations propres aux cas de *C. difficile* :
 - Si un pensionnaire est atteint du *C. difficile*, ou est soupçonné de l'être, toutes les surfaces horizontales de sa chambre et tous les articles à sa portée doivent être nettoyés deux fois par jour au moyen d'un désinfectant hospitalier. Le personnel doit accorder une attention particulière aux surfaces touchées fréquemment, par exemple les ridelles de lit, les téléphones et les toilettes.
 - Les foyers doivent indiquer clairement au personnel de l'entretien ménager les chambres qu'il doit nettoyer deux fois par jour.
 - Les foyers doivent dresser une liste de contrôle et s'en servir pour confirmer que le nettoyage a lieu deux fois par jour.

Dans la même optique, Santé Canada recommande que les chambres des pensionnaires soient nettoyées selon un horaire préétabli qui assigne

au personnel des tâches particulières de nettoyage et de dépoussiérage des surfaces. Cette façon de faire est conforme aux prescriptions du *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* du Ministère. À cet égard, le CCPMI estime que les foyers doivent effectuer des vérifications périodiques de leurs protocoles de nettoyage afin d'en assurer le respect.

Hygiène des mains

Le CCPMI fait remarquer que les micro-organismes se transmettent le plus souvent par les mains des fournisseurs de soins de santé et que, en conséquence, l'hygiène des mains est le plus important moyen à prendre pour lutter contre la propagation des maladies infectieuses. Toutefois, il signale également que, malgré l'importance de l'hygiène des mains, les fournisseurs de soins de santé respectent peu les protocoles en la matière. Pour sa part, Santé Canada fait remarquer que, selon de nombreuses études, les fournisseurs de soins de santé, y compris le personnel des foyers, ne respectent pas les règles sur le lavage des mains. Une étude effectuée en 2005 dans deux foyers ontariens a établi à moins de 15 % le taux de respect global des consignes sur l'hygiène des mains.

Diverses études ont mis au jour les facteurs suivants qui dissuadent les intéressés de se laver les mains.

- Le personnel ne dispose pas de temps suffisant, parce que, notamment, les effectifs sont trop peu nombreux et les lavabos sont inaccessibles.
- Le matériel fourni pour le lavage des mains est inadéquat.
- Les intéressés s'inquiètent des effets des produits prévus pour le lavage des mains et des conséquences pour l'épiderme de lavages fréquents.
- On estime inutile de se laver les mains si on porte de gants.
- On est sceptique quant à l'utilité de se laver les mains si elles ne sont pas visiblement souillées.

Les trois foyers que nous avons visités étaient dotés de politiques de l'hygiène des mains conformes aux pratiques exemplaires recommandées par le CCPMI et prescrivant, par exemple, le moment auquel l'hygiène des mains doit avoir lieu, les produits à utiliser et les bonnes techniques de lavage des mains. De plus, ils avaient tous tenu une ou deux séances d'information sur la question à l'intention du personnel entre janvier 2008 et mars 2009.

En 2007, l'un des foyers a participé à un projet pilote en prévision de l'initiative « Arrêt! Lavez vos mains ». Il a fait savoir que sa participation avait consisté, entre autres, à offrir une séance d'information au personnel aussi bien qu'à afficher des messages sur l'hygiène des mains partout dans ses locaux.

Au moment de notre vérification, les trois foyers avaient effectué depuis peu leur première vérification du respect de leurs politiques de l'hygiène des mains. Nous avons examiné les résultats des vérifications et constaté que, à quelques exceptions près, les taux de conformité se situaient entre 80 % et 100 %. Eu égard aux observations de Santé Canada et d'autres organismes, selon lesquelles le personnel des foyers se lavait peu les mains, de tels bons résultats inattendus indiquent peut-être que les foyers doivent revoir leur méthode de surveillance afin d'assurer l'indépendance et l'objectivité des évaluateurs.

Comme il a été mentionné déjà, l'utilisation d'un désinfectant à base d'alcool est la technique d'hygiène des mains généralement privilégiée si les mains ne sont pas visiblement souillées. Selon le CCPMI, pour assurer l'efficacité maximale, le désinfectant doit être disponible à l'endroit même où le personnel donne des soins aux pensionnaires. Nous avons constaté, dans un des foyers, qu'un désinfectant à base d'alcool était disponible dans les chambres des pensionnaires, dans la salle à manger et aux postes du personnel infirmier. Dans un deuxième foyer, le produit était disponible près d'un évier à chaque étage et, à compter du printemps 2009, le personnel des soins infirmiers devait en garder sur eux dans un distributeur. Un troisième foyer était muni de distributeurs à de nombreux endroits, y compris dans les couloirs, les

salles à manger des pensionnaires et aux postes du personnel infirmier.

Utilisation du matériel de protection individuelle

Les trois foyers que nous avons visités avaient adopté des politiques visant l'utilisation de matériel de protection individuelle, tels gants, blouses et masques, conformes aux pratiques exemplaires recommandées par le CCPMI. De plus, aux termes des politiques, dans le cas des pensionnaires atteints de maladies infectieuses comme le *C. difficile*, des affiches devaient être placées sur les portes des chambres annonçant que quiconque y entrerait devait prendre des précautions supplémentaires, par exemple porter des gants et une blouse.

D'après nos observations, les trois foyers vérifiaient, à divers degrés, si le personnel chargé du soin des pensionnaires portait des gants là où la situation l'exigeait. Deux d'entre eux avaient mené à bien un examen visant quelques membres du personnel, tandis que le troisième en avait effectué régulièrement toutes les trois semaines en 2008. En outre, deux avaient vérifié si les employés se lavaient les mains après avoir enlevé leurs gants, et un foyer avait vérifié s'ils le faisaient avant de les mettre. Notre examen des résultats a révélé que peu de problèmes existaient dans deux des foyers, tandis que le taux de conformité dans le troisième était tout juste supérieur à 50 %.

Aucun des foyers n'avait évalué le degré d'utilisation d'autre matériel de protection individuelle, tels blouses et masques.

Utilisation de chambres individuelles

Le CCPMI recommande une précaution particulière à prendre relativement aux cas d'infection, à savoir isoler dans des chambres individuelles les pensionnaires atteints de certaines maladies infectieuses. Dans les foyers que nous avons visités, entre 5 % et 49 % des pensionnaires avaient leur propre chambre. Le CCPMI recommande de regrouper en cohorte les pensionnaires ayant des maladies infectieuses semblables qu'il est impossible de placer

dans des chambres individuelles. Or, les trois foyers nous ont dit qu'il n'était généralement pas pratique d'isoler les pensionnaires ou de les regrouper en cohorte, car la chambre d'un pensionnaire est son « domicile » et contient ses effets personnels. Ils nous ont fait valoir, notamment, qu'ils ne disposaient généralement pas de chambres libres, qu'il est perturbant de déplacer les pensionnaires, et que nombre d'entre eux acquittaient une prime pour pouvoir occuper une chambre individuelle ou une chambre à deux lits.

Si un pensionnaire infecté au *C. difficile* doit partager une chambre ou une salle de bains, le CCPMI recommande qu'une chaise d'aisance lui soit fournie. Deux des foyers appliquaient des politiques conformes à la recommandation, mais non le troisième. Un seul des deux foyers dotés de politiques prévoyant la fourniture de chaises d'aisance avait eu des pensionnaires infectés au *C. difficile* en 2008. Toutefois, il n'a pas confirmé que le personnel avait effectivement fourni des chaises d'aisance aux pensionnaires atteints.

Santé Canada recommande aux foyers d'envisager de séparer d'au moins un mètre un pensionnaire atteint d'une MRF de son compagnon de chambre. Par ailleurs, le CCPMI recommande de tirer le rideau entre le lit des pensionnaires dans de tels cas. L'un des foyers que nous avons visités avait vérifié l'écart entre les lits des pensionnaires dans quatre chambres et constaté que la distance entre eux était insuffisante dans bien des cas. D'autre part, les trois nous ont fait savoir que le rideau n'était tiré autour d'un pensionnaire que s'il en faisait la demande, par exemple pour protéger son intimité.

Nettoyage des chambres des pensionnaires

Le CCPMI prescrit de nettoyer chaque jour toutes les surfaces qu'une personne a touchées dans la chambre d'un pensionnaire. Santé Canada recommande que le nettoyage des chambres soit effectué conformément à un horaire préétabli qui assigne des tâches particulières au personnel.

Deux des trois foyers que nous avons visités étaient dotés de politiques prévoyant le nettoyage quotidien de toutes surfaces touchées par une personne dans la chambre d'un pensionnaire. La politique en la matière du troisième foyer était floue, mais il nous a dit que le nettoyage quotidien requis était effectué. Les trois foyers avaient établi un horaire régissant les tâches de nettoyage assignées à des membres particuliers du personnel. De plus, deux d'entre eux avaient commencé à utiliser des produits de nettoyage à microfibres, tels chiffons et brosses, en 2008. Diverses études ont montré que de tels produits de nettoyage éliminent les micro-organismes mieux que les produits classiques.

Les pratiques exemplaires proposées par le CCPMI énoncent des exigences particulières à respecter pour nettoyer les chambres des pensionnaires atteints de maladies infectieuses particulières, tel le *C. difficile*. Cela s'explique du fait que le *C. difficile* produit des spores résistantes à un certain nombre de produits chimiques. Même si les bons produits sont utilisés, il est nécessaire de frotter fortement les surfaces pour éliminer les spores de la bactérie. Le CCPMI recommande également de nettoyer deux fois par jour les chambres des pensionnaires infectés au *C. difficile*, puis, une fois l'infection guérie, de nettoyer à fond la pièce et de jeter les brosses à cuvette et les articles jetables tels essuie-tout et papier hygiénique.

Malgré que les trois foyers aient été dotés de politiques sur le nettoyage des chambres des pensionnaires infectés au *C. difficile*, une seule prévoyait leur nettoyage deux fois par jour. Nonobstant l'existence de la politique, le foyer, à l'instar des deux autres, ne nettoyait qu'une fois par jour les chambres des pensionnaires dont c'était le cas. Deux des foyers ont dit informer le personnel de l'entretien ménager de la nécessité de nettoyer à fond la chambre d'un pensionnaire guéri. Le troisième n'avait aucun processus en vigueur à cette fin.

D'après nos observations, deux des trois foyers surveillaient leurs pratiques de nettoyage, comme le recommandait le CCPMI. Les deux contrôlaient

régulièrement la propreté des chambres et relevaient les cas de nettoyage lacunaire des planchers, des bouches d'aération, des fenêtres et des poignées de porte. Les deux ont dit discuter des lacunes avec le personnel et prendre des mesures correctives. Nous avons noté que les résultats des vérifications effectuées n'étaient pas résumés de manière à établir le niveau global de propreté des foyers. L'un d'eux vérifiait aussi systématiquement la propreté d'une chambre libérée, par suite soit du décès soit du déplacement du pensionnaire. Le troisième n'inspectait pas régulièrement les chambres des pensionnaires.

Immunisation

Le CCPMI indique que l'immunisation est l'une des mesures les plus efficaces à prendre pour protéger les pensionnaires et le personnel contre les maladies transmissibles. Il recommande que les foyers adoptent des programmes d'immunisation des pensionnaires contre la pneumonie à pneumocoques et de protection annuelle contre la grippe. Il ajoute que les foyers devraient également prévoir l'immunisation du personnel, par exemple un vaccin annuel qui protège non seulement les employés mais également les pensionnaires contre la grippe.

Le Ministère avait établi des taux d'immunisation cibles des pensionnaires et du personnel des foyers en vigueur jusqu'en janvier 2009. Comme le montre la Figure 6, les foyers que nous avons visités

Figure 6 : Taux d'immunisation cibles et effectifs dans trois foyers de soins de longue durée, 2008

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et foyers de soins de longue durée vérifiés

Type d'immunisation	Cible du Ministère (%)	Fourchette dans les foyers visités (%)
Immunisation annuelle des pensionnaires contre la grippe	95	de 91 à 96
Immunisation annuelle du personnel contre la grippe	70	de 63 à 85
Immunisation des pensionnaires contre les pneumocoques	95	de 63 à 77

étaient généralement près d'atteindre les taux d'immunisation des pensionnaires et du personnel contre la grippe en 2008, voire les dépassaient. Cependant, le taux d'immunisation des pensionnaires des trois foyers contre les pneumocoques était inférieur aux objectifs. Le Ministère a fait savoir qu'il repensait l'utilité d'établir des taux cibles actualisés de vaccination, puisqu'il n'a pas été démontré que les cibles haussaient le taux d'immunisation.

Prévention d'infections choisies

Des résultats de recherches indiquent que l'application de pratiques exemplaires peut aider à prévenir d'autres infections, y compris les ruptures de l'épiderme infectées, telles plaies de lit infectées, et les infections urinaires. À titre d'exemple, le changement de position aux deux heures d'un pensionnaire immobile aide parfois à prévenir les ruptures de l'épiderme, tout comme l'usage minimal du cathéter peut aider à prévenir les infections urinaires.

Infections consécutives à la rupture de l'épiderme

Les ruptures de l'épiderme, appelées également plaies de pression (dont les plaies de lit sont un exemple) risquent de devenir infectées et de provoquer de la douleur et des complications graves, même la mort dans les cas extrêmes. Bien qu'il existe peu de données canadiennes sur la question, des études américaines indiquent un taux de prévalence de 2 % à 28 % des plaies de pression parmi les pensionnaires d'établissements de soins de longue durée.

Le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* du Ministère prescrit aux foyers d'élaborer et de respecter des politiques de gestion des soins de l'épiderme, notamment d'évaluer l'état de la peau de chaque pensionnaire au moment de son admission et chaque trimestre par la suite. Le manuel de même que d'autres pratiques

exemplaires recommandent de changer de position au moins toutes les deux heures les personnes à risque d'avoir des plaies de pression.

Les trois foyers que nous avons visités avaient adopté des politiques prévoyant un examen de l'épiderme de chaque pensionnaire au moment de l'admission et chaque trimestre par la suite. Nous avons appris, en examinant un échantillon de dossier de pensionnaires ayant eu une rupture de l'épiderme, que tous avaient subi un examen de l'épiderme au moment de leur admission. Toutefois, si l'un des foyers a effectué tous les examens trimestriels prévus en 2008, les deux autres n'en ont fait que 73 % et 82 % respectivement. En février 2009, l'un d'eux a adopté une liste de contrôle en vue de consigner l'exécution de divers procédés, y compris l'évaluation trimestrielle de l'épiderme.

Tous les foyers ont fait savoir qu'ils effectuaient un examen périodique afin de confirmer le respect du calendrier des examens de l'épiderme. Toutefois, aucun n'en résumait les résultats afin de relever d'éventuels problèmes nécessitant une solution à l'échelle de l'établissement.

Les trois foyers étaient dotés de politiques de gestion des soins de l'épiderme qui prévoyaient notamment le changement de position à intervalles d'au plus deux heures des pensionnaires incapables de se déplacer eux-mêmes. L'un d'eux utilisait une feuille de contrôle pour consigner les changements de position. Toutefois, au moment de notre vérification, le personnel du foyer n'en faisait généralement pas usage. Aucun des deux autres foyers ne consignait sur une feuille de contrôle les changements de position des pensionnaires.

Infections urinaires

Des résultats de recherches indiquent que les infections urinaires sont généralement les infections bactériennes déclarées le plus fréquemment par les pensionnaires. Comme cette forme d'infections est généralement associée à l'incontinence, il est important d'évaluer périodiquement la continence d'un pensionnaire. L'un des moyens à prendre pour

prévenir cette forme d'infections est de réduire au minimum l'usage de cathéters. Quoiqu'il existe peu de résultats de recherches qui font autorité en ce qui a trait à d'autres moyens de prévention, certains documents laissent entendre que la consommation suffisante de liquide est parfois utile.

Les trois foyers que nous avons visités avaient adopté des politiques prévoyant l'évaluation de la continence d'un pensionnaire dans les sept jours suivant son admission et trimestriellement par la suite, conformément au manuel du programme du Ministère. Nous avons constaté que la continence de tous les pensionnaires compris dans notre échantillon avait été évaluée. Cependant, bien qu'un foyer ait mené à bien la quasi-totalité des évaluations trimestrielles, les deux autres en avaient effectué moins de 75 %. En février 2009, un des foyers que nous avons visités s'est mis à consigner sur une liste de contrôle l'exécution de divers procédés obligatoires, y compris les évaluations trimestrielles de la continence. Les deux autres ne possédaient aucune pratique officielle de surveillance visant à confirmer que l'évaluation trimestrielle de la continence des pensionnaires avait été effectuée.

Diverses études montrent que les pensionnaires doivent consommer au moins 1 500 ml de liquide par jour pour demeurer généralement en bonne santé. Les trois foyers que nous avons visités avaient des politiques conformes à cette règle et surveillaient la quantité de liquide consommé quotidiennement par chaque pensionnaire. Or, notre examen d'un échantillon de dossiers de pensionnaires dans deux des foyers a montré que 10 % à 20 % seulement d'entre eux avaient consommé la quantité de liquide recommandée quotidiennement. En revanche, tous les dossiers de pensionnaires échantillonnés dans le troisième foyer ont indiqué que les pensionnaires avaient consommé au moins la quantité de liquide recommandée.

RECOMMANDATION 2

Pour mieux prévenir la transmission des maladies infectieuses :

- les foyers de soins de longue durée doivent déterminer si des pratiques exemplaires de prévention (p. ex. hygiène des mains et utilisation de matériel de protection individuelle) sont appliquées et si des précautions propres aux infections (notamment nettoyage deux fois par jour des chambres des pensionnaires infectés au *C. difficile*) sont prises conformément aux recommandations du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), et ils doivent examiner leur méthode de surveillance afin de confirmer que des taux de conformité anormalement élevés témoignent des pratiques réelles;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit élaborer des consignes de manière à aider les foyers à déterminer le meilleur moyen de donner suite aux recommandations du CCPMI concernant l'isolement et le regroupement en cohorte des pensionnaires qui ont contracté ou risquent fortement de contracter des maladies infectieuses, compte tenu de la disponibilité limitée de chambres individuelles;
- les foyers doivent continuer à promouvoir et à surveiller l'immunisation des pensionnaires et du personnel.

Pour prévenir les ruptures de l'épiderme infectées chez les pensionnaires, les foyers doivent adopter des processus, par exemple noter les changements de position des pensionnaires sur une feuille de contrôle, qui aideront le personnel de surveillance à contrôler le respect des procédures en vigueur.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

La nouvelle *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui sera proclamée lorsque sa

réglementation sera fin prête, exige de tous les foyers qu'ils se dotent d'un programme de prévention et de contrôle des infections comprenant une surveillance quotidienne visant à déceler l'infection des pensionnaires aussi bien que de mesures de prévention de la transmission des infections. Le projet de règlement sur la prévention et le contrôle des infections distribué en mai 2009 en vue de la tenue de consultations publiques renferme des dispositions sur diverses mesures, dont les programmes d'hygiène des mains, la disponibilité de matériel de protection individuelle et l'immunisation.

Le Ministère entend réaménager 35 000 places dans les vieux foyers au cours de la décennie qui vient afin d'assurer un accès équitable à de l'hébergement de qualité. Le réaménagement sera conforme aux exigences structurelles décrites en détail dans le manuel de conception des établissements de soins de longue durée (mai 2009), qui prévoit l'aménagement de chambres de plus grande dimension pourvues de deux lits au maximum et de salles de toilettes accessibles aux personnes en fauteuil roulant. Ainsi, les foyers auront plus de facilité à bien isoler les personnes atteintes de maladies infectieuses.

SOMMAIRE DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les foyers souscrivaient généralement à la recommandation. L'un d'eux a fait connaître son intention d'élaborer un outil objectif de surveillance de la conformité avec diverses pratiques exemplaires recommandées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), y compris l'hygiène des mains et l'utilisation de matériel de protection individuelle, et de se doter d'un plan pour donner suite à tout problème mis au jour par la surveillance. Le Comité de lutte contre les infections et le comité consultatif de profession-

nels du foyer se pencheront deux fois l'an sur les résultats sommaires de l'examen et offriront des consignes. De plus, afin d'accroître le taux de conformité avec les consignes sur l'hygiène des mains, le foyer installera des postes d'hydratation pour protéger les mains du personnel contre le lavage excessif et se prévaudra de technologies nouvelles pour sensibiliser le personnel à l'importance de l'hygiène des mains, par exemple il distribuera une substance qui mettra en évidence la contamination résiduelle sur les mains à la suite d'un lavage insuffisant. Le foyer a ajouté qu'il adoptera des listes de contrôle afin de confirmer que le nettoyage des chambres, surtout celles des résidents infectés au *C. difficile*, est conforme aux recommandations du CCPMI. Les listes seront placées sur les chariots du personnel de l'entretien ménager, qui y notera que le nettoyage de chaque chambre a été effectué, ce qui favorisera la précision des données sur la question et permettra aux superviseurs de consulter rapidement l'information pertinente. Un autre foyer a fait savoir qu'il continuerait d'améliorer ses stratégies de prévention de la transmission des infections, notamment en respectant les pratiques exemplaires recommandées par le CCPMI. Il a ajouté, toutefois, que son financement est limité et qu'il devrait augmenter ses effectifs, car le personnel actuel n'est pas en mesure d'assumer de nouvelles responsabilités. Le foyer a également reconnu la nécessité d'évaluer les résultats de son examen de l'hygiène des mains. Il continuera de surveiller sans formalité l'utilisation du matériel de protection individuelle et les activités de nettoyage, et il établira un processus officiel si les indicateurs de risque révèlent qu'un changement s'impose. Néanmoins, il a indiqué qu'il examinerait ses procédures et ses programmes, dans la mesure où ses ressources humaines le lui permettent, dans le dessein de nettoyer deux fois par jour les chambres des pensionnaires infectés au *C. difficile*.

Deux foyers ont souligné un certain nombre de difficultés à surmonter pour isoler ou regrouper en cohorte les pensionnaires qui ont ou qui risquent fortement d'avoir une maladie infectieuse, notamment le problème pratique posé par le déplacement du mobilier et des effets personnels d'un pensionnaire et le traumatisme qu'un tel déplacement est susceptible de provoquer chez des pensionnaires fragiles ou atteints de démence. L'un des foyers a signalé que l'isolement d'une personne infectieuse dans une chambre individuelle retarderait l'admission d'un autre pensionnaire et occasionnerait une perte de revenu pour le foyer. Toutefois, le même foyer a proposé que l'aménagement d'une infirmerie où les pensionnaires infectieux peuvent être hébergés temporairement constituerait un moyen à prendre pour prévenir la propagation de certaines maladies infectieuses.

En ce qui concerne la promotion et la surveillance de l'immunisation des pensionnaires et du personnel, un foyer a fait savoir qu'il continuerait de faire valoir l'importance de l'immunisation, suivant la recommandation du service local de santé publique et d'autres organismes de réglementation. Un autre a signalé son intention d'élaborer une stratégie de promotion de l'immunisation des pensionnaires et du personnel qui fera connaître les lieux où le personnel peut se faire vacciner et le moment optimal de le faire. Il examine le recours possible à des rappels automatiques du moment du renouvellement de l'immunisation du personnel. De plus, ses comités continueront de contrôler les taux d'immunisation à long terme des pensionnaires et du personnel et mettront en oeuvre au besoin un plan d'action amélioré.

Au chapitre de la consignation sur une feuille de contrôle du changement de position de pensionnaires incapables de se déplacer eux-mêmes, un foyer a indiqué qu'il avait placé des dispositifs électroniques de pointage aux postes du personnel infirmier et à proximité des chambres afin d'assurer un suivi rigoureux de

certaines renseignements, y compris des activités de prévention des plaies de pression. Il a ajouté qu'il continuerait de recenser les pensionnaires ayant un risque élevé de rupture de l'épiderme et d'élaborer des stratégies de prévention, par exemple l'utilisation de matelas de prévention des pressions douloureuses. De plus, il poursuivra le contrôle et l'analyse des taux de plaies de pression, qu'il comparera à ceux d'autres foyers et à des données comparatives à l'échelle du secteur grâce à sa participation à la base de données des indicateurs de la qualité des soins de longue durée de l'Institut canadien d'information sur la santé. Un autre foyer s'est dit soucieux du temps qu'il faudrait consacrer à documenter le changement de position des pensionnaires, et il favorisait donc l'utilisation de feuilles de contrôle uniquement dans le cas des résidents ayant un risque élevé de rupture de l'épiderme ou de plaies de pression. Le troisième foyer avait également adopté des feuilles de contrôle à utiliser dans le cas des résidents à risque élevé. Il a ajouté que, outre les feuilles de contrôle, la surveillance sans formalité exercée par les superviseurs lui permettait de vérifier le bien-être des pensionnaires.

UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

Les pensionnaires prennent des antibiotiques principalement pour combattre des infections. Cependant, les bactéries infectieuses deviennent résistantes aux antibiotiques, et le risque que ces derniers ne pourront plus traiter efficacement certaines infections à l'avenir est d'autant plus grand. Pour tout dire, certaines bactéries infectieuses sont effectivement devenues résistantes aux antibiotiques utilisés le plus largement pour les combattre.

Des résultats de recherches montrent qu'il existe un rapport entre le recours accru d'une personne aux antibiotiques et la résistance des infections à certains d'entre eux. De plus, les personnes qui prennent des antibiotiques courent un risque accru

de contracter certaines infections, par exemple le *C. difficile* et le SARM. Comme le mentionne la Figure 2, l'infection au *C. difficile* survient normalement lorsque l'utilisation d'antibiotiques réduit le taux normal de bonnes bactéries dans les intestins et le côlon. La bactérie *C. difficile* peut donc croître et produire des toxines qui rendent le pensionnaire malade. À cause du risque précité, la Food and Drug Administration des États-Unis a révisé en juin 2007 les avertissements qui accompagnent certains antibiotiques. Les étiquettes avertissent maintenant que l'antibiotique prescrit pose un risque de *C. difficile* et que presque tous les antibiotiques exposent le consommateur à un risque accru de contracter la bactérie.

Au contraire des hôpitaux, les foyers ne sont pas tenus de déclarer au bureau local de santé publique les éclosions de *C. difficile*. Ils ne sont pas non plus obligés de les signaler au Ministère, quoique nombre d'entre eux le fassent. En 2008-2009, 81 éclosions de *C. difficile* ont été déclarées au Ministère. Toutefois, les renseignements communiqués ne précisaient pas le nombre total de pensionnaires atteints ni l'issue des cas (tel le décès).

Les épidémies de *C. difficile* qui se sont déclarées dans les foyers de l'Ontario soulignent l'impératif de faire un usage judicieux des antibiotiques. Qui plus est, des recherches médicales montrent que des antibiotiques sont souvent prescrits dans les foyers, une étude de foyers canadiens et américains ayant même révélé qu'ils avaient été prescrits à 79 % des pensionnaires au cours d'une période d'un an.

Pour limiter la hausse et la propagation des infections résistantes aux antibiotiques, le CCPMI recommande aux foyers :

- de se doter d'un « programme d'intendance des antibiotiques » en mettant en oeuvre des politiques et des procédures de promotion de l'utilisation judicieuse de cette catégorie de médicaments, dont une politique en vertu de laquelle les foyers tiendront un formulaire de médicaments comprenant les antibiotiques que les médecins sont susceptibles de prescrire;

- d'examiner l'utilisation effective des antibiotiques afin de déterminer qu'ils ont été prescrits correctement.

Aucun des trois foyers que nous avons visités n'avait appliqué la recommandation de tenir un formulaire de médicaments comprenant les antibiotiques. Cependant, les médecins avec lesquels nous avons discuté aux foyers mêmes nous ont dit qu'ils s'efforçaient de réduire au minimum l'utilisation de cette forme de médicaments.

Les trois foyers étaient dotés d'un processus de surveillance, à des degrés variés, de l'utilisation des antibiotiques. À l'un d'eux, la pharmacie communiquait régulièrement au médecin l'utilisation de certains médicaments, dont les antibiotiques. Les deux autres recevaient directement de leur pharmacie des renseignements donnés sur l'utilisation des antibiotiques.

- Un foyer recevait de l'information globale et ventilée par médecin sur l'utilisation d'antibiotiques particuliers.
- L'autre recevait régulièrement de l'information globale sur l'utilisation d'antibiotiques particuliers aussi bien que des renseignements sur le nombre total et le pourcentage de pensionnaires qui prenaient des antibiotiques. Il obtenait également des données comparatives sur le pourcentage de ses pensionnaires qui prenaient des antibiotiques relativement à ceux des autres foyers servis par la pharmacie (soit quelque 135 foyers comptant 17 000 lits). Par contre, il ne recevait aucun renseignement sur la tendance des médecins particuliers à prescrire des antibiotiques.

Les deux foyers ont déclaré que leur comité consultatif de professionnels, auquel siégeaient notamment l'administrateur, le directeur des soins et le médecin, examinait l'information fournie par la pharmacie. Les examens ainsi effectués étaient sans formalité et leurs résultats n'étaient pas consignés.

Aucun des trois foyers ne disposait d'information sommaire globale sur les raisons pour lesquelles certains antibiotiques avaient été prescrits, et ne

pouvaient donc analyser les tendances de l'utilisation de cette forme de médicaments. Bien que chaque foyer ait fait savoir que soit son médecin soit son comité consultatif de professionnels examinait les rapports de la pharmacie, il faudrait examiner les dossiers de santé des pensionnaires, ce qui représente une lourde tâche, pour évaluer l'information fournie de manière exhaustive et dégager les raisons de l'utilisation des médicaments. Les trois foyers comptaient principalement sur leur médecin – le prescripteur des antibiotiques – pour déterminer s'il était nécessaire d'effectuer des changements concernant l'utilisation des antibiotiques.

Dans le *Rapport annuel 2007*, nous mentionnons que les critères de Beers énuméraient des médicaments à risque élevé que les experts considéraient comme étant généralement plus nocifs que bénéfiques pour les personnes âgées. À ce moment, nous avons toutefois constaté (en consultant de l'information provenant du Programme de médicaments de l'Ontario relevant du Ministère) qu'au moins 20 % des pensionnaires de 30 foyers avaient reçu sur ordonnance au moins l'un des huit médicaments à risque élevé compris dans notre échantillon. Bien que nous ayons reconnu que l'utilisation des médicaments en question était justifiée dans certaines situations, le niveau élevé d'utilisation de médicaments choisis visés par les critères de Beers que nous avons constaté dans certains foyers nous avait incités à recommander, dans le *Rapport annuel 2007*, que le Ministère examine périodiquement, de concert avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'utilisation des médicaments à risque. Nous n'avons pas examiné l'utilisation des médicaments visés par les critères de Beers au cours de cette vérification, mais nous croyons que le Ministère aurait avantage à effectuer des examens périodiques semblables de l'utilisation des antibiotiques dans les foyers en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

RECOMMANDATION 3

Pour prévenir la résistance d'organismes aux antibiotiques et réduire la sensibilité des pensionnaires à certaines infections, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec d'autres parties intéressées, doit :

- aider les foyers de soins de longue durée à dresser un formulaire de médicaments;
- examiner périodiquement le taux d'utilisation des antibiotiques dans les foyers de soins de longue durée afin de prendre des mesures de suivi s'il est constaté qu'il est particulièrement élevé.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

La *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario* et la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation* régissent l'administration des programmes gouvernementaux de médicaments en Ontario. Le Ministère tient et publie le Formulaire des médicaments/Index comparatif des médicaments (le Formulaire), qui énumère tous les produits médicamenteux que les personnes admissibles, tels les pensionnaires de foyers, peuvent recevoir aux termes des programmes. L'établissement d'un formulaire distinct aux fins de l'utilisation des antibiotiques dans les foyers se solderait par la redondance du processus et risquerait de semer inutilement la confusion chez les médecins et les pharmaciens. Cela dit, le Ministère est d'accord pour que chaque foyer élabore des politiques internes fondées sur des renseignements attestés et dont l'objet est de promouvoir des pratiques exemplaires d'utilisation des antibiotiques. Ce point de vue est attribuable à la reconnaissance par le Ministère que les décisions sur l'utilisation des antibiotiques sont généralement du ressort du médecin d'un pensionnaire. Le Ministère s'en remet à l'opinion professionnelle du médecin sur le choix de

l'antibiotique à prescrire d'après les antécédents médicaux uniques de chaque pensionnaire.

Il incombe à l'ordre professionnel du médecin et à celui des autres praticiens qui prescrivent des médicaments de les renseigner sur les pratiques de prescription, de les diriger et, si besoin est, de les sanctionner. D'autre part, de nombreuses pharmacies liées contractuellement à des foyers examinent les tendances de l'utilisation des médicaments, antibiotiques y compris, afin de relever les problèmes, et ils collaborent au besoin avec les foyers. Au surplus, l'équipe interdisciplinaire de chaque foyer est chargée d'examiner les dossiers des pensionnaires afin d'observer, notamment, les tendances et la pertinence de l'utilisation des antibiotiques. Par ailleurs, le Ministère a reçu, à l'automne 2009, le rapport du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée, qui était chargé d'examiner des questions relatives à la sécurité de la gestion des médicaments, dont il examinait les recommandations. Le rapport même et ses recommandations seront communiqués aux parties intéressées.

SOMMAIRE DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Quoique les foyers n'aient pas été invités à répondre à la recommandation, deux d'entre eux ont insisté pour dire qu'ils s'en remettaient au bon jugement clinique de leurs médecins lorsque ces derniers prescrivaient des médicaments aux pensionnaires au cas par cas, et que leurs médecins étaient conscients des risques posés par les médicaments. Un foyer se demandait s'il était vraiment nécessaire d'établir un formulaire et se souciait de ce que les médecins soient éventuellement réticents à accepter des restrictions aux médicaments qu'ils étaient susceptibles de prescrire en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario. L'autre a toutefois

fait savoir qu'il présenterait la question à son comité consultatif de professionnels, chargé d'examiner l'utilisation des médicaments, afin de cerner des occasions d'améliorer la surveillance de l'utilisation des antibiotiques et de produire ainsi des données à valeur ajoutée sur le soin des pensionnaires. Qui plus est, le foyer a ajouté qu'il s'emploierait à appuyer les initiatives sous la direction du Ministère dont l'objet était de promouvoir l'utilisation efficace et sûre des antibiotiques par ses pensionnaires.

SURVEILLANCE

Selon la définition retenue par le CCPMI, surveillance s'entend de la collecte continue et systématique, du regroupement et de l'analyse de données et de la distribution prompte de l'information qui en résulte à ceux qui en ont besoin pour prendre toute mesure qui s'impose. Selon le CCPMI, des preuves concluantes indiquent l'existence d'une corrélation entre l'établissement d'un système de surveillance et la réduction des taux d'infection. La surveillance est particulièrement utile pour mesurer l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections.

Le Ministère exige des foyers qu'ils établissent un programme permanent de surveillance de la présence d'infections. De plus, les normes fixées par Agrément Canada, qui a agréé les trois foyers que nous avons visités, obligent les foyers à surveiller les taux d'infection. Les recommandations sur la surveillance des infections formulées par le CCPMI et que d'autres organismes ont fait paraître prescrivent aux foyers :

- de préciser les infections qu'ils ont l'intention de contrôler, d'après les résultats d'une évaluation de celles qui menacent le plus les pensionnaires. Le CCPMI recommande aux foyers d'envisager de contrôler diverses infections, y compris le *C. difficile*, le SARM, l'ERV, des MRF telle la grippe, les infections cutanées et les infections urinaires;

- de se référer à des définitions normalisées afin de déterminer si un pensionnaire a une infection particulière et s'il faut la comptabiliser dans le système de suivi du foyer. Ainsi, l'information recueillie sera cohérente, précise et reproductible;
- d'analyser régulièrement l'information recueillie et de dégager les tendances qui annoncent le besoin de mesures correctives, par exemple la formation du personnel ou le remplacement de pratiques;
- de s'adjoindre un professionnel en prévention des infections (PPI) et/ou des personnes formées à la tâche qui ont réussi un programme d'études avalisé par l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada. Parmi les responsabilités du PPI figure généralement la surveillance des infections.

L'inspection de chaque foyer que le Ministère effectue une fois l'an sans s'annoncer détermine, entre autres, si les foyers disposent d'un programme permanent de surveillance de la présence d'infections. Selon les renseignements fournis par le Ministère, plus de 95 % des foyers avaient un tel programme en 2008-2009.

Sélection et définition des infections

Aucun des foyers que nous avons visités n'avait constaté officiellement quelles infections menaçaient le plus les pensionnaires. Cependant, ils avaient tous choisi sans formalité certaines infections à contrôler et ajoutaient de nouvelles infections à la liste à l'occasion d'après ce que dictaient les circonstances.

Le CCPMI possède des définitions normalisées de plus de 15 infections. La plupart sont fondées sur des symptômes, par exemple « au moins deux selles liquides en 24 heures », mais certaines nécessitent une confirmation par analyse en laboratoire. Deux des foyers que nous avons visités avaient adopté toutes les définitions d'infections recommandées par le CCPMI. Le troisième n'avait retenu que trois

définitions particulières et se fondait par ailleurs sur d'éventuels symptômes généraux d'une infection, par exemple toux, diarrhées ou vomissements.

Suivi des infections

Dans les foyers que nous avons visités, le personnel chargé du soin des pensionnaires, y compris les préposés aux services de soutien à la personne et le personnel infirmier, relève les symptômes d'infection. Le cas échéant, soit le personnel infirmier soit le médecin du foyer examine le pensionnaire qui semble manifester des symptômes et, si une infection est décelée, elle est consignée sur un formulaire de contrôle. Le personnel recueille les formulaires chaque mois et saisit les données qu'ils contiennent dans le système de suivi électronique de chaque foyer. Les foyers se servent de leur système pour établir la statistique des infections à soumettre à l'examen de divers comités internes et/ou de la haute direction.

Nous avons constaté que les trois foyers utilisaient un formulaire imprimé pour contrôler les infections des pensionnaires. Si les formulaires faisaient mention de certaines infections, telles les MRF, les infections cutanées et les infections urinaires, bon nombre, y compris le *C. difficile* et le SARM, n'étaient pas expressément contrôlées. Cependant, les foyers nous ont appris que les infections précitées étaient consignées, le cas échéant, sous la rubrique « Autre ».

Les foyers devraient faire la distinction entre les infections contractées dans leurs locaux et celles dont sont atteints les pensionnaires au moment de leur admission, ce qui augmenterait l'utilité de leurs statistiques, les rendrait comparables à celles d'autres foyers et faciliterait le choix de l'intervention appropriée. Selon la documentation des pratiques exemplaires de surveillance (juin 2008) du CCPMI, « infections associées aux soins de santé » s'entend de celles qui sont contractées dans des foyers, y compris dans la période qui débute plus de 48 à 72 heures après l'admission d'un pensionnaire. Le document des pratiques

exemplaires (novembre 2007) de suivi du *C. difficile* offre des consignes précises en ce sens qu'il stipule qu'une infection est considérée comme ayant été contractée au foyer même si les symptômes se déclarent plus de 72 heures après l'admission du pensionnaire ou si, au moment de sa réadmission, le pensionnaire est infecté au *C. difficile* et qu'il a contracté la bactérie au foyer même au cours des quatre semaines précédentes.

Nous avons observé que les foyers appliquaient des politiques différentes de comptabilisation des infections dans leurs systèmes de suivi. Par exemple, l'un d'eux se fondait sur la définition du CCPMI pour contrôler les infections au *C. difficile*. Un autre assurait le suivi d'infections au *C. difficile* qui se déclaraient plus de 72 heures après l'admission du pensionnaire et de toutes les infections à répétition, qu'elles aient été contractées au foyer même ou ailleurs. Comme les trois foyers appliquent des politiques différentes de suivi des infections, leurs taux d'infection ne sont pas comparables.

Examen et déclaration de données sur les infections

Nous avons demandé à chacun des trois foyers que nous avons visités de nous fournir de l'information sur le SARM, l'ERV, le *C. difficile*, les MRF et les infections urinaires pour l'année civile 2008. Deux d'entre eux n'ont déclaré aucun cas de SARM ou d'ERV, tandis que le troisième n'en a signalé que quelques-uns. Un foyer n'a fait mention d'aucun cas de *C. difficile*, alors que les deux autres en ont déclaré 6 et 15 respectivement. De plus, l'incidence des MRF et des infections urinaires variait sensiblement d'un foyer à l'autre. En ce qui concerne les MRF, nous nous sommes fondés sur les données fournies par les foyers pour estimer entre 7 et 18 le nombre de cas pour 10 000 jours-pensionnaires. Quant aux infections urinaires, d'après nos estimations, le nombre de cas pour 10 000 jours-pensionnaires variait de 4 à 18. Chaque foyer avait établi

sa propre méthode de collecte de données, et les comparaisons risquent donc d'être inexactes.

Les trois foyers nous ont dit que leur haute direction examinait le rapport quotidien sur les préoccupations suscitées par des pensionnaires particuliers, par exemple l'apparition de symptômes d'une infection ou l'aggravation des signes déjà constatés.

Selon le CCPMI, cela tient d'une pratique exemplaire que d'évaluer les taux d'infection en regard de données comparatives. Ces dernières procurent au foyer un taux maximum cible d'infection et leur permettent d'évaluer leur propre taux en comparaison de la cible. Parmi les données comparatives qu'un foyer est susceptible d'utiliser figurent le taux d'infection du foyer à un moment particulier d'une année antérieure (appelé taux de base) et le taux d'incidence des infections dans d'autres foyers. Un rapport que les réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI) ont fait paraître en 2008 nous apprend que 15 % seulement des établissements de soins non aigus (principalement des foyers) utilisaient des données de comparaison externes, tandis que 21 % n'en utilisaient pas du tout.

Même si aucun des trois foyers que nous avons visités n'avait établi officiellement des taux de base, les trois ont dit comparer leurs statistiques sur les infections de l'exercice à des données de périodes antérieures. À titre d'exemple, l'un d'eux les comparait aux données des mois antérieurs et de l'année précédente. Un autre a fait savoir que, en règle générale, il effectuait une comparaison mensuelle quatre fois par an. Le troisième a indiqué qu'il avait l'habitude d'examiner les données sur les infections de chaque exercice afin de déceler les changements par rapport aux exercices antérieurs. Tous les trois nous ont dit que la comparaison des statistiques sur les infections de 2008 aux données de périodes antérieures n'avait révélé aucun secteur qui appelait des mesures correctives.

Nous avons aussi observé que deux des foyers comparaient le nombre ou le taux d'infections particulières aux données d'autres foyers. L'un d'eux

avait adopté des données de référence qui consistaient à éviter que le nombre de cas d'infection dépasse les taux médians des foyers auxquels il se comparait. Or, selon nos constatations, le foyer en question avait dépassé le taux médian de certaines infections au cours de plusieurs mois en 2008. Par exemple, il avait excédé le taux médian des MRF au cours de cinq des six mois dont les données ont été analysées. Il a ajouté avoir informé le personnel des résultats et lui avoir offert une formation supplémentaire à la lutte contre les infections.

La Loi sur la protection et la promotion de la santé oblige les foyers à déclarer à leur bureau local de santé publique certaines maladies, telles la tuberculose et la grippe, aussi bien que les éclosions d'infections respiratoires et de gastroentérite (dont les symptômes comprennent diarrhées et vomissements). Par la même occasion, le Ministère exige des foyers qu'ils lui signalent toutes éclosions déclarées au bureau local de santé publique. Cependant, le SARM, l'ERV et de nombreuses autres maladies infectieuses ne sont pas à déclaration obligatoire. Les hôpitaux sont soumis à des exigences de déclaration comparables, mais, à compter du 1^{er} septembre 2008, ils doivent également signaler les épidémies de gastroentérite causées par le *C. difficile*, ce que les foyers ne sont pas tenus de faire.

Les hôpitaux de l'Ontario doivent déclarer publiquement plusieurs indicateurs de la sécurité des patients, dont les cas de maladies infectieuses attribuables aux soins de santé, tels le *C. difficile*, le SARM et les ERV, de même que le respect des normes d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé. Une fois de plus, aucune exigence de déclaration comparable ne s'applique aux foyers. Quoique certains des foyers que nous avons visités aient affiché publiquement des renseignements sur le nombre d'infections particulières recensé dans leurs locaux, aucun autre renseignement sur les taux d'infection n'était déclaré publiquement. Qui plus est, ni l'un ni l'autre des deux autres foyers ne faisait rapport publiquement des taux d'infection.

Formation du personnel aux activités de surveillance

Le CCPMI est d'avis que, si le personnel chargé du soin des pensionnaires, tels préposés aux services de soutien à la personne, infirmières et infirmiers, doit déclarer les infections réelles ou soupçonnées, il est capital de le former de manière à ce qu'il puisse reconnaître les infections en puissance et satisfaire aux exigences de déclaration. En outre, le Ministère exige des foyers qu'ils tiennent chaque année, à l'intention du personnel, une séance d'information qui traite, entre autres, des pratiques de lutte contre les infections.

Une enquête canadienne sur la prévention et le contrôle des infections menée en 2009 dans les foyers a permis de constater que près du tiers des répondants considéraient comme importante la sensibilisation à la prévention et au contrôle. Par ailleurs, une enquête effectuée récemment à l'échelle de l'Ontario, à laquelle ont participé les réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI), a indiqué que 47 % des établissements de soins non aigus – foyers pour la plupart – étaient d'avis que la formation du personnel à la prévention et au contrôle des infections était l'un des principaux enjeux qu'ils défendaient.

Aucun des foyers que nous avons visités n'avait formé expressément son personnel à des responsabilités de surveillance, par exemple à la définition clinique des différents types d'infections et à la présentation obligatoire de renseignements à ce sujet. Cependant, les trois jumelaient les nouveaux infirmiers, infirmières et préposés aux services de soutien à la personne à des titulaires expérimentés de postes équivalents pendant des périodes de durée variée avant de les autoriser à travailler en autonomie. Cette façon de faire leur permettait, nous a-t-on déclaré, d'apprendre leurs fonctions, dont leurs responsabilités de surveillance des infections. En outre, la surveillance des infections était abordée dans une certaine mesure au cours de toutes les séances d'orientation du nouveau personnel des trois foyers. Par ailleurs, les foyers offraient une

formation particulière touchant à certaines infections, par exemple la grippe, et ils nous ont appris que le personnel participait à des discussions sur les symptômes des infections afin de mieux dépister les pensionnaires atteints.

Le taux de participation moyen, ventilé par sujet, d'après un examen d'un échantillon de séances d'apprentissage, se situait dans la fourchette approximative de 15 % à 45 % aux trois endroits. Aucun des foyers ne confirmait que le personnel avait assisté à au moins une séance d'apprentissage des pratiques de lutte contre les infections chaque année. Néanmoins, nous avons constaté que, au cours de 2008, deux des trois avaient tenu plusieurs séances sur chaque sujet propre au contrôle des infections et qu'ils acquittaient les frais de séances offertes à l'extérieur en dehors des quarts normaux de travail. Par contre, le troisième foyer, où les taux de participation les plus faibles ont été constatés, n'avait offert qu'une séance par thème et n'indemnisait pas le personnel qui participait à des programmes de formation à l'extérieur.

Professionnel en prévention des infections

Selon le CCPMI, un professionnel en prévention des infections (PPI) peut exercer diverses fonctions, dont la surveillance des inspections. Le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* du Ministère prescrit aux foyers de nommer un PPI et ajoute que la personne doit posséder de l'expertise en lutte contre les infections ou être disposée à l'acquérir. Le manuel stipule également que le PPI est chargé des activités de surveillance du foyer. De plus, le CCPMI recommande un ratio de 150 à 200 lits par PPI à temps plein dans chaque foyer.

Une enquête canadienne récente sur la prévention et le contrôle des infections dans les établissements de soins de longue durée a montré que 8 % seulement des PPI étaient accrédités et qu'il n'y avait en moyenne que 0,6 PPI en équivalents temps plein pour 250 lits. Cette donnée est de loin inférieure au ratio que le CCPMI recommande. D'autre part, une enquête ontarienne effectuée dans le secteur des

soins non aigus, composé principalement de foyers, dont les résultats ont été distribués en 2008 par les RRLCI, concluait que 5 % seulement des PPI étaient accrédités.

Bien que chacun des foyers que nous avons visités ait désigné un PPI, le rôle de PPI s'ajoutait aux diverses autres fonctions du titulaire. Aucun des PPI désignés n'avait assisté à un programme entériné par l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté-Canada ni n'était titulaire d'un certificat en lutte contre les infections. Les foyers ont dit avoir éprouvé de la difficulté à recruter et à fidéliser des PPI adéquatement formés.

Le ratio du nombre de PPI au nombre de lits ne se situait dans la fourchette recommandée par le CCPMI dans aucun des foyers. Les trois nous ont dit ne pas avoir les ressources suffisantes pour respecter la recommandation. Cependant, tous les trois ont fait savoir qu'ils pouvaient obtenir, au besoin, de l'information sur la prévention et le contrôle des infections d'autres sources, tel le bureau de santé publique ou le réseau régional de lutte contre les infections (RRLCI). De plus, les trois nous ont informés que, si besoin est, leurs médecins peuvent communiquer avec des confrères ou des consoeurs à l'hôpital local qui possèdent un savoir-faire dans le domaine.

RECOMMANDATION 4

Pour accroître l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit conjuguer ses efforts à ceux des foyers de soins de longue durée et :

- exiger que les foyers recensent les infections et en assurent le suivi d'une manière cohérente et comparable, en utilisant à cette fin des définitions et des méthodes de surveillance normalisées;
- établir des taux/données comparatives maximums cibles dans le cas des infections les plus prévalentes;

- envisager d'obliger les foyers à déclarer publiquement, à la manière des hôpitaux, certains indicateurs de la sécurité des patients, tels le nombre de cas de *C. difficile* et le respect des consignes sur l'hygiène des mains par le personnel chargé du soin des pensionnaires, et à utiliser à cette fin des définitions et des méthodes de surveillance normalisées.

En outre, les foyers doivent s'assurer que les employés, y compris les professionnels en prévention des infections, ont reçu la formation à la surveillance des infections recommandée pour leur poste.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Selon les exigences actuelles du Ministère relatives à la prévention et au contrôle des infections dont fait état le manuel du programme, chaque foyer doit être doté d'un programme permanent de surveillance de la présence des infections et fournir de l'information et de la formation à tout le personnel. En outre, le projet de règlement prévu en application de la nouvelle *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* comprend des dispositions sur la surveillance et la sensibilisation. Tout particulièrement, la réglementation obligera les foyers à surveiller les pensionnaires pour constater la présence d'infections et, le cas échéant, la consigner, aussi bien qu'à analyser l'information recueillie quotidiennement et à l'examiner au moins une fois par mois pour déceler des tendances et réduire ainsi l'incidence des infections et la fréquence des éclosions. Grâce au système informatisé de gestion des soins annoncé en janvier 2009, dont la mise en oeuvre intégrale dans les foyers est censée être terminée à l'été 2010, les professionnels de la santé des foyers seront plus à même d'évaluer et de surveiller les besoins en soins des pensionnaires. Notamment, le système aidera les foyers à mieux repérer et évaluer les pensionnaires ayant diverses infections, y compris le

SARM, le *C. difficile* et les infections respiratoires. Qui plus est, le système permettra aux foyers de surveiller les infections et d'en faire le suivi de manière cohérente en se référant aux mêmes définitions, si bien que les données recueillies dans tous les foyers seront comparables. Les données en question seront communiquées au Ministère tous les trimestres.

Le Ministère évaluera les avantages offerts par l'établissement de taux ou données comparatives maximums cibles pour les infections les plus prévalentes. Fait à noter, les taux de certaines infections, tels la grippe et les norovirus (dont les principaux symptômes comprennent diarrhées et vomissements), constatés dans chaque foyer sont souvent comparables aux taux enregistrés dans les collectivités environnantes. De plus, la vulnérabilité des pensionnaires influe sur les taux. Par conséquent, les taux effectifs ne témoignent peut-être pas des pratiques internes qu'un foyer applique pour prévenir et contrôler les infections. Cela dit, chaque foyer doit établir ses propres données de référence relatives à d'autres infections particulières (telles infections cutanées), car il réunirait ainsi l'information dont il a besoin pour évaluer à long terme ses activités d'amélioration du programme de prévention et de contrôle.

Le Ministère souscrit sans réserve à la déclaration publique de données, et il soupèse la possibilité de présenter des indicateurs de la sécurité des patients témoignant de la situation dans les foyers.

SOMMAIRE DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les foyers étaient généralement favorables à la recommandation. Toutefois, l'un d'eux était préoccupé par la déclaration publique de certains indicateurs de la sécurité des patients, car il croyait que le choix des indicateurs se révélerait difficile et que les foyers seraient mal

perçus par le public à défaut d'une explication exhaustive des indicateurs choisis. Le même foyer a souligné qu'il fallait compter beaucoup de temps pour mettre en oeuvre des pratiques exemplaires, confirmer qu'elles sont respectées et effectuer le suivi d'indicateurs. Il est donc persuadé que le moyen de marquer des progrès à cet égard consiste pour le gouvernement à hausser l'ensemble des effectifs des foyers et, plus particulièrement, à affecter à chacun un professionnel en prévention des infections (PPI) qualifié à plein temps. Le foyer attend aussi avec impatience la diffusion par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) d'information supplémentaire à l'intention des foyers de soins de longue durée.

Un autre foyer nous a informés qu'il s'employait à assurer la cohérence de ses méthodes de suivi afin de garantir la comparabilité des données, tandis qu'il continue à dépister les infections en se reportant aux définitions de cas du CCPMI. Il a ajouté que la définition claire des éclosions et des lignes directrices régissant le suivi des maladies infectieuses profiterait au système dans son ensemble. Selon lui, l'établissement de taux ou données comparatives maximums cibles qui sont appliqués à tous les foyers faciliterait éventuellement la réalisation de résultats positifs dans l'ensemble du système. Se prononçant sur la déclaration publique de données, le foyer était d'avis qu'il fallait effectuer des recherches supplémentaires sur des mesures utiles qui témoignent des circonstances uniques des pensionnaires. À titre d'exemple, la taille d'un foyer donné, la capacité de limiter la circulation des pensionnaires entre les différents secteurs du foyer et les taux d'infection saisonniers des visiteurs habitant la collectivité environnante sont autant de facteurs qui influent sur la transmission des maladies infectieuses. Bien que le foyer offre divers cours à son personnel, il convient que ses pensionnaires profiteraient de la présence d'un professionnel désigné formé à

la surveillance des infections. Il a invoqué plusieurs obstacles au recrutement d'une infirmière ou d'un infirmier qui assisterait au programme de formation des PPI, notamment la pénurie de personnel infirmier qualifié dans sa région, la nécessité de maintenir des niveaux de dotation appropriés et le financement dont il dispose.

Le troisième foyer nous a dit qu'il continuerait de collaborer avec son réseau régional de lutte contre les infections (RRLCI) et d'autres organismes à la même vocation à déterminer le niveau et le type de formation et d'information qui profiteraient le plus à son PPI. Chemin faisant, il clarifiera les aspects du rôle du PPI et mettra en oeuvre un système électronique de suivi des activités se rapportant à chacun des aspects en vue d'assurer la couverture complète de sa situation.

Annexe – Particularités des initiatives du CCPMI et du Ministère

DOCUMENTS SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

Le CCPMI a publié les documents suivants qui énoncent des pratiques exemplaires applicables aux foyers de soins de longue durée. Ils réunissent des lignes directrices et des recommandations pertinentes d'entités tels l'Agence de la santé publique du Canada et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, aussi bien que des recommandations tirées de textes médicaux.

- *Pratiques exemplaires concernant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation* (mars 2006, révisé en avril 2006) – met l'accent sur le matériel médical.
- *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains* (mai 2008, révisé en janvier 2009) – explique quand et pourquoi le personnel des foyers de

soins de longue durée doit se laver les mains et les techniques à utiliser.

- *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario* (septembre 2008) – offre des renseignements sur les ressources humaines et les compétences nécessaires à un programme de prévention et de contrôle des infections et les activités particulières qu'il doit englober.
- *Pratiques exemplaires de prévention et de lutte contre les infections au staphylocoque doré et aux entérocoques* (mars 2007) – offre des consignes sur la lutte contre la transmission du SARM et de l'ERV et la gestion des pensionnaires infectés.
- *Document sur les pratiques exemplaires de gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé* (décembre 2004, révisé le plus récemment en janvier 2009) – donne des consignes à respecter pour reconnaître des grappes de cas de *C. difficile*, prévenir la transmission de la bactérie et gérer les pensionnaires infectés.
- *Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les pensionnaires d'établissements* (juin 2008) – explique le suivi et la surveillance des infections associées aux soins de santé.
- *Prévention des maladies respiratoires fébriles* (septembre 2005, révisé en août 2006) – décrit la détection et la localisation de grappes et d'éclosions d'infections respiratoires courantes, telle la grippe.
- *Pratiques de base et précautions supplémentaires* (août 2009) – présente la marche à suivre pour réduire le risque de transmission de micro-organismes.

Ajoutons que, au moment de notre vérification, le CCPMI devait publier, au printemps 2010, un document de pratiques exemplaires qui offrirait aux foyers de soins de longue durée des consignes supplémentaires sur le nettoyage de leur milieu.

PROJETS DE MISE EN VALEUR DES COMPÉTENCES DE BASE

En réponse au *Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario*, publié en 2004 par le Dr David Walker, et à l'Opération Protection de la santé du Ministère, ce dernier et le CCPMI ont conçu du matériel didactique destiné à améliorer la formation du personnel de première ligne à la lutte contre les infections. Au printemps 2007, les deux ont élaboré trois modules éducatifs à l'intention du personnel hospitalier portant sur les pratiques de base de lutte contre les infections, l'hygiène des mains et la chaîne de transmission des infections. Les modules ont été présentés sur le site Web du Ministère à l'usage des professionnels de la santé. Selon le Ministère, au moment de notre vérification l'adaptation des modules à l'usage des travailleurs de la santé et d'établissements divers, par exemple les foyers de soins de longue durée, se poursuivait. Le Ministère a annoncé son intention d'établir d'autres modules sur des questions telles les précautions supplémentaires à prendre et la surveillance.

PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE L'HYGIÈNE DES MAINS

La bonne hygiène des mains (c.-à-d. le nettoyage au désinfectant à base d'alcool ou le lavage au savon et à l'eau) des travailleurs de la santé constitue l'un des meilleurs moyens de prévenir les IASS. En mars 2006, le Ministère et l'Agence de la santé publique du Canada ont tenu un atelier afin de se renseigner sur les programmes qui ont donné lieu à la modification durable des habitudes d'hygiène des mains en consultant les principales autorités mondiales, notamment l'Organisation mondiale de la santé et des experts venus de toutes les régions du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni. Les participants ont discuté, entre autres, de l'adaptation des programmes en vue de leur usage en Ontario. Le Ministère s'est fondé sur les résultats de l'atelier pour mettre sur pied le

programme d'amélioration de l'hygiène des mains intitulé « Se nettoyer les mains », qu'il entendait mettre en oeuvre, dans un premier temps, dans les hôpitaux. Au moment de notre vérification,

le Ministère nous a fait savoir que le programme devrait avoir été adapté en vue de son application dans les foyers de soins de longue durée d'ici la fin de 2009.