

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

(Rapport spécial du vérificateur général de l'Ontario, septembre 2008)

1^{re} session, 39^e législature
58 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Prévention et contrôle des infections nosocomiales (Rapport spécial du vérificateur
général de l'Ontario, septembre 2008) [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre : Prevention and control of hospital-acquired infections
(Special report of the Auditor General of Ontario, September 2008)

Monographie électronique en format PDF.

Mode d'accès: World Wide Web.

Également publ. en version imprimée.

ISBN 978-1-4249-9997-2

1. Infections nosocomiales—Ontario—Prévention. I. Titre. II. Titre: Prevention and control
of hospital-acquired infections (Special report of the Auditor General of Ontario, September
2008)

RA644.N66 O56 2009

614.4'4

C2009-964035-X

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Norm Sterling".

Norman W. Sterling

Queen's Park
Juin 2009

**COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

1^{re} session, 39^e législature

NORMAN W. STERLING
Président

JERRY J. OUELLETTE
Vice-président

LAURA ALBANESE

FRANCE GÉLINAS

ERNIE HARDEMAN

PHIL MCNEELY

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

DAVID ZIMMER

Katch Koch
Greffier du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	ii
PRÉAMBULE	1
Remerciements	1
1. VUE D'ENSEMBLE	2
2. OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION ET CONSTATATIONS PRINCIPALES	3
3. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ	6
3.1 Recommandations du Comité	6
4. CONSTATATIONS DE LA VÉRIFICATION ET RECOMMANDATIONS	8
4.1 Responsabilité des soins aux patients	8
4.2 Initiatives	10
4.3 Dépistage	12
SARM et ERV	12
4.4 Pratiques de base et précautions spécifiques à certaines infections	15
Hygiène des mains	15
Utilisation des chambres à un lit	16
Nettoyage des chambres des patients	16
4.5 Utilisation des antibiotiques	21
Promotion de l'utilisation judicieuse des antibiotiques	22
Examen de l'utilisation réelle des antibiotiques	22
4.6 Surveillance	25
Déclaration des résultats	25
NOTES	29
ANNEXE A – Liste des témoins	
ANNEXE B – Caractéristiques de quatre infections nosocomiales	
ANNEXE C – Documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI et Projets du CCPMI et du Ministère sur les compétences de base	

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
<i>C. difficile</i>	<i>Clostridium difficile</i>
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
CSA	Association canadienne de normalisation
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
GCSRMM	Groupe consultatif scientifique sur le retraitement des matériels médicaux
IOH	Infection d'origine hospitalière
ISMPC	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada
MACD	Maladies associées à <i>C. difficile</i>
MRA	Micro-organismes résistants aux antibiotiques
MRF	Maladies respiratoires fébriles
OAHP	Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé
PCSIN	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
PPI	Professionnel en prévention des infections
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
RRLI	Réseau régional de lutte contre les infections
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SSPSM	Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

PRÉAMBULE

Le 11 juin 2008, le Comité permanent des comptes publics a adopté la motion suivante :

Que, si le vérificateur général concluait, après avoir terminé sa vérification de l'optimisation des ressources sur la prévention et la lutte contre les infections d'origine hospitalière, y compris le *C. difficile*, dans les hôpitaux sélectionnés, que ses recommandations pourraient avoir des répercussions importantes et opportunes sur la santé publique, le Comité permanent des comptes publics de l'Assemblée législative de l'Ontario demande au vérificateur général d'envisager d'exercer ses pouvoirs discrétionnaires en vertu du paragraphe 12(1) de la *Loi sur le vérificateur général* pour publier ce chapitre de son Rapport annuel sous forme de rapport spécial au président de l'Assemblée législative; et qu'avant de déposer ce rapport au Comité, le vérificateur général puisse informer le sous-ministre de la Santé de ses opinions, observations ou recommandations.

Le vérificateur général a publié son *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales* le 29 septembre 2008 principalement pour donner suite à la motion ci-dessus¹. Le Comité a tenu des audiences sur le rapport le 29 octobre 2008 et il a souscrit aux constatations et aux recommandations du vérificateur.

Le présent rapport expose les constatations et les recommandations du Comité en rapport avec les objets de préoccupation de ses membres. Les données de base sur les sections du rapport de vérification original sont suivies d'un survol des principales constatations issues des audiences ainsi que de nouvelles recommandations. On trouvera la transcription intégrale des audiences dans le *Journal des débats*.

Remerciements

Le Comité tient à remercier de leur participation aux audiences les représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, de l'Hôpital général de North York, de L'Hôpital d'Ottawa, de l'Hôpital régional de Windsor et des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) d'Érié St-Clair et du Centre. (Les représentants du RLISS de Champlain n'ont pu assister aux audiences. On trouvera à l'annexe A la liste complète des témoins.) Le Comité remercie également le Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité et le personnel des Services de

recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée durant les audiences et les délibérations sur la rédaction du rapport.

1. VUE D'ENSEMBLE

Les infections d'origine hospitalière (IOH) sont contractées par un patient qui est à l'hôpital pour un autre motif médical. Leurs répercussions pour les patients peuvent aller d'un séjour plus long à l'hôpital à des troubles médicaux pouvant nécessiter une intervention chirurgicale ou entraîner des effets nuisibles à long terme sur la santé. Dans les cas les plus graves, ces infections peuvent causer la mort. Les IOH font augmenter le coût des traitements et prolongent les temps d'attente des autres patients pour un lit d'hôpital.

On ne dispose pas d'information sur le nombre total d'IOH contractées en Ontario chaque année, mais selon une étude canadienne réalisée en 2003, il y aurait 220 000 cas dans les hôpitaux chaque année et au moins 8 000 décès connexes par année. Plus récemment, l'Institut canadien d'information sur la santé a calculé qu'un adulte sur 10 et un enfant sur 12 contracteront une IOH. Les Centers for Disease Control and Prevention estiment à 1,7 million le nombre d'IOH contractées dans les hôpitaux américains chaque année et à 99 000 le nombre de décès connexes.

Certaines IOH sont des maladies infectieuses. Le *Clostridium difficile* (*C. difficile*), les maladies respiratoires fébriles (MRF), le *staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) sont quatre IOH graves. Nous décrivons chacune ci-dessous. On trouvera de plus amples détails à l'annexe B.

<i>C. difficile</i>	Le patient prend des antibiotiques qui réduisent les taux normaux de bonnes bactéries dans l'intestin et le côlon, ce qui permet à la bactérie <i>C. difficile</i> de croître et de produire des toxines. Les effets possibles comprennent la diarrhée et des maladies intestinales plus graves (p. ex., colite) pouvant nécessiter une chirurgie. Il peut y avoir décès dans les cas extrêmes ² .
MRF	« MRF est un terme utilisé pour décrire un large éventail d'infections respiratoires transmises par gouttelettes, comme le rhume, la grippe, les affections pseudo-grippales et la pneumonie. . . . ³ La transmission par « gouttelette » se produit lorsque la personne infectée tousse ou éternue, amenant ainsi des gouttelettes en contact direct avec une autre personne ⁴ . »
SARM	« Le staphylococcus aureus est un microbe qui vit sur la peau et les muqueuses des personnes saines. Il provoque parfois des infections. Lorsque le <i>S. aureus</i> résiste à certains antibiotiques, on l'appelle <i>staphylococcus aureus résistant à la méthicilline</i> (SARM) ⁵ . »
ERV	« Les entérocoques sont des microbes qui vivent dans les intestins de la plupart des gens et dans l'environnement. Ces microbes peuvent parfois causer des infections. La vancomycine est un antibiotique souvent utilisé pour traiter les infections à

	entérocoques. Dans certains cas, l'entérocoque résiste au médicament, d'où le nom d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ⁶ . »
--	---

Les quatre IOH sont transmissibles par contact; il est donc essentiel de se laver les mains et de nettoyer et désinfecter les surfaces avec lesquelles les patients et le personnel hospitalier entrent en contact pour prévenir leur transmission. Les MRF peuvent également se transmettre par des gouttelettes en contact direct avec une autre personne (p. ex., par le biais de l'inhalation).

Comme indiqué ci-dessus, les IOH telles que le SARM et l'ERV résistent à la plupart des antibiotiques. Selon les données citées par le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), entre 1999 et 2006, l'incidence de SARM a à peu près doublé, tandis que celle d'ERV a plus que triplé. L'augmentation du nombre d'organismes résistants aux antibiotiques laisse à penser que ces derniers sont de moins en moins efficaces contre certaines maladies.

D'après les données du PCSIN pour 2005 à 2007, il se pourrait que certaines IOH dont il est question ci-dessus soient un peu plus répandues en Ontario. L'incidence de *C. difficile* pourrait être légèrement plus élevée en Ontario que dans l'ensemble du Canada, tandis que celle de SARM et d'ERV pourrait être légèrement plus élevée en Ontario et au Québec pris ensemble que dans tout le pays⁷.

Le risque d'épidémie de *C. difficile* est préoccupant étant donné que de nombreuses personnes hospitalisées prennent des antibiotiques. Comme les hôpitaux n'étaient pas tenus, au moment de la vérification, de déclarer les cas de *C. difficile* ou les résultats connexes pour les patients, il n'y avait pas d'information à l'échelle de la province sur la fréquence des épidémies. Au cours des dernières années, toutefois, plusieurs hôpitaux ont déclaré des éclosions importantes, par exemple, l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, le Centre de santé Trillium à Mississauga et l'Hôpital Joseph Brant Memorial à Burlington.

Les IOH autres que celles susmentionnées sont contractées en général par des patients qui subissent certaines interventions médicales (p. ex., infections par cathéter central, infections du champ opératoire et pneumonie sous ventilation assistée)⁸.

2. OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION ET CONSTATATIONS PRINCIPALES

La vérification visait à déterminer si les hôpitaux sélectionnés avaient suivi des politiques et des procédures efficaces pour la prévention et la lutte contre les IOH. Une visite préliminaire dans un hôpital a permis au personnel de vérification de se familiariser avec les activités de prévention et de lutte contre les infections. Les activités de vérification ont ensuite été menées dans trois autres hôpitaux de taille différente et desservant des collectivités différentes : l'Hôpital général de North

York (deux établissements), L'Hôpital d'Ottawa (trois établissements) et l'Hôpital régional de Windsor (deux établissements).

Le personnel de vérification a discuté de la prévention et de la lutte contre les IOH avec les réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLI) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) associés à chaque hôpital. Le personnel de vérification a aussi pu compter sur l'aide de conseillers médicaux indépendants. Le travail de vérification se fondait en grande partie sur les pratiques exemplaires élaborées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Le personnel de vérification a discuté de la gestion des services de prévention et de lutte contre les infections avec des membres du CCPMI.

La vérification était axée sur le *C. difficile*, les MRF, le SARM, l'ERV, les infections par cathéter central, les infections du champ opératoire et la pneumonie sous ventilation assistée. Le SARM et l'ERV ont connu une croissance rapide au cours des dernières décennies et les autres IOH ont surtout été choisies en raison de leur fréquence en milieu hospitalier⁹.

Le vérificateur a constaté que certains processus formels de prévention et de lutte contre les IOH dans les hôpitaux visités étaient efficaces. Par ailleurs, il y avait matière à amélioration dans certains domaines. Voici un aperçu des observations de la vérification :

- **Disponibilité et comparabilité des données sur les IOH :** L'information ministérielle sur le nombre de cas signalés pour la plupart des IOH ou sur les résultats pour les patients ne sera pas disponible avant l'automne 2008 au plus tôt. Les données sur les IOH fournies par les hôpitaux visités ne pouvaient être comparées parce que les définitions et les méthodes de calcul utilisées n'étaient pas les mêmes.
- **Procédures pour les tests de dépistage des MRF :** Les trois hôpitaux utilisaient des procédures différentes pour s'assurer de soumettre les patients à des tests de dépistage des MRF telles que la grippe.
- **SARM et ERV :** Chaque hôpital avait un processus différent pour vérifier s'il avait identifié les patients à haut risque de SARM et d'ERV et prélevé un échantillon pour que le laboratoire puisse confirmer la présence de l'infection. Les résultats des examens indiquaient que les politiques des hôpitaux n'étaient pas toujours respectées.
- **Conformité aux pratiques d'hygiène des mains :** Le SARM, l'ERV et le *C. difficile* sont les bactéries les plus souvent propagées par les mains des travailleurs de la santé. À la fin du projet pilote d'hygiène des mains mis en œuvre par le Ministère, le taux de conformité variait entre 40 % et 75 % dans les 10 hôpitaux participants, dont l'un de ceux visités aux fins de la vérification. Le taux de conformité des médecins avait augmenté de 18 % à 28 %, tandis que celui du personnel infirmier était passé de 44 % à 60 %.

- **Surveillance de l'utilisation de l'équipement de protection individuel :** Aucun des hôpitaux ne disposait d'un système pour assurer la surveillance périodique de l'utilisation par le personnel de l'équipement de protection individuel. L'un d'entre eux avait effectué des examens périodiques entre octobre 2006 et avril 2007 et constaté que le personnel d'une unité à risque relativement élevé n'utilisait pas toujours l'équipement de protection individuel ou l'utilisait incorrectement. Les deux autres hôpitaux n'avaient examiné que l'utilisation des gants.
- **Isolement des patients atteints d'une maladie infectieuse :** Les hôpitaux avaient différentes politiques en place sur les circonstances dans lesquelles il faut isoler les patients atteints d'une maladie infectieuse dans des chambres à un lit. Deux d'entre eux isolaient immédiatement tous les patients provenant d'établissements situés à l'extérieur du Canada parce que les taux de SARM et d'ERV sont généralement plus élevés à l'étranger. Le troisième attendait une confirmation, mais reconnaissait que l'obtention de la confirmation pouvait prendre jusqu'à quatre jours après la réception de l'échantillon par le laboratoire.
- **Nettoyage des chambres occupées par les patients porteurs de *C. difficile* :** Deux hôpitaux nettoyaient les chambres occupées par les patients porteurs de *C. difficile* deux fois par jour, conformément aux recommandations du CCPMI. Toutefois, ils ne pouvaient pas déterminer si le nettoyage avait été effectué, car ni l'un ni l'autre ne consignaient les heures de nettoyage des chambres. Le troisième nettoyait une fois par jour les chambres occupées par les patients porteurs de *C. difficile*.
- **Utilisation des antibiotiques :** L'utilisation judicieuse des antibiotiques, préconisée par les trois hôpitaux, réduit l'incidence de *C. difficile* et de SARM. La surveillance de l'efficacité nécessitait une astreignante inspection manuelle des dossiers des patients parce qu'aucun des hôpitaux ne disposait d'un système d'information permettant d'analyser les habitudes de prescription de chaque médecin ou les motifs sous-tendant l'utilisation de certains médicaments.
- **Définition et surveillance des IOH :** Chaque hôpital avait sa propre définition des IOH et ses propres méthodes de surveillance. Cette situation est susceptible de causer de grandes variations dans les taux d'infection déclarés.
- **Communication des taux d'infection du champ opératoire :** Une des pratiques exemplaires adoptées par l'un des hôpitaux consistait à consigner les taux d'infection du champ opératoire pour chaque chirurgien et à leur communiquer cette information. Aucun des deux autres hôpitaux n'informait ses chirurgiens de leurs taux d'infection du champ opératoire.
- **Désinfection et stérilisation de l'équipement médical :** Aucun des hôpitaux n'avait de processus pour vérifier si le personnel désinfectait ou stérilisait l'équipement médical conformément aux instructions du fabricant ou à la politique de l'hôpital¹⁰.

3. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ

Le Comité demande au Ministère de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

3.1 Recommandations du Comité

- 1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport d'étape sur les moyens pris par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé pour s'assurer que les conseils des hôpitaux ont donné suite aux recommandations du vérificateur général concernant les infections d'origine hospitalière.**
- 2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport sur les résultats de ses consultations sur l'utilisation et le coût du dépistage systématique du SARM, de l'ERV et des MRF, ainsi que sur la pertinence de recommander des pratiques spécifiques en matière de dépistage.**
- 3. L'Hôpital d'Ottawa transmet au Comité un résumé par écrit des résultats de sa mise à l'essai du dépistage systématique du SARM dans les 60 jours suivant la fin de son évaluation, notamment l'impact sur les taux d'infections nosocomiales et le rapport coût-efficacité.**
- 4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
 - a) doit veiller à ce que tous les hôpitaux effectuent régulièrement des vérifications de l'hygiène des mains se fondant sur des processus et des définitions uniformes pour vérifier notamment si le lavage des mains est effectué au moment approprié (p. ex., avant et après les contacts avec chaque patient) et si le nettoyage des mains est effectué correctement;**
 - b) dans le cadre de la divulgation publique d'indicateurs sur la sécurité des patients, et de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux, élabore un processus visant à garantir que les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains déclarés par les hôpitaux sont fiables et comparables et déclarés par groupe de professionnels de la santé (p. ex., personnel infirmier et médecins).**
- 5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, élabore des lignes directrices spécifiques sur les pratiques exemplaires en rapport avec les politiques d'isolement relatives aux maladies infectieuses pour les patients à risque élevé.**

6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée entreprend une analyse coûts avantages du coût des investissements nécessaires pour que toutes les nouvelles chambres dans les hôpitaux soient des chambres à un lit dotées de leur propre salle de bain, par rapport aux coûts à long terme reliés aux infections nosocomiales.
7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée informe le Comité de la date à laquelle il prévoit, en 2009, que le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses mettra à la disposition des hôpitaux son document sur les pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement. Le Comité s'attend à ce que ce document comprenne des pratiques exemplaires à la fois pour la prévention et pour le contrôle des infections nosocomiales.
8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, doit se renseigner sur les nouvelles technologies de surveillance de la propreté du fait surtout qu'une inspection visuelle de la propreté, ne permet pas de détecter la plupart des organismes infectieux.
9. L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, par l'entremise du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, présente au Comité dans les 60 jours suivant la réception et l'évaluation des conclusions de l'étude sur l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux, réalisée par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, un rapport sur les moyens qu'elle compte prendre pour préconiser une utilisation optimale des antibiotiques.
10. L'Hôpital régional de Windsor présente au Comité un rapport sur l'impact de son nouveau système électronique de distribution des médicaments du point de vue de la facilitation de la surveillance de l'utilisation des antibiotiques au cours des 12 premiers mois d'exploitation du système, dans les 90 jours suivant le premier anniversaire de l'entrée en fonction du système.
11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, présente au Comité un rapport sur l'établissement de taux cibles pour les infections d'origine hospitalière qui serviraient de points de référence pour tous les hôpitaux.
12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses à l'élaboration de pratiques exemplaires pour la divulgation publique des éclosions d'infections d'origine hospitalière (p. ex., le moment choisi pour les annonces ainsi que l'utilisation de sites Web, de messages téléphoniques et d'écrécrans) afin d'assurer l'uniformisation dans l'ensemble de la province.

4. CONSTATATIONS DE LA VÉRIFICATION ET RECOMMANDATIONS

4.1 Responsabilité des soins aux patients

La responsabilité des soins aux patients découlant des IOH est une responsabilité partagée qui relève de différentes lois. Le rapport du vérificateur et l'exposé du personnel du Ministère au cours des audiences mettaient l'accent sur cinq lois.

- **La Loi sur les hôpitaux publics** : La Loi et ses règlements d'application fournissent le cadre de fonctionnement des hôpitaux et précisent les responsabilités des conseils et des comités médicaux au chapitre des soins aux patients.
- **La Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée** : Aux termes de cette loi, le ministre doit notamment régir les soins, les traitements et les services dispensés par les hôpitaux.
- **La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local** : Quatorze RLISS sont chargés de prioriser et de planifier les services de santé et de financer les hôpitaux. Ils doivent rendre compte au Ministère. Depuis le 1^{er} avril 2007, les hôpitaux relèvent directement de leurs RLISS respectifs pour la plupart des dossiers¹¹.
- **La Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées** : Chaque profession de la santé réglementée est régie par cette loi et par une loi propre à la profession, en vertu de laquelle un ordre agit comme organe d'autoréglementation de ses membres.
- **La Loi sur la protection et la promotion de la santé** : La Loi énonce le mandat des conseils de santé et des médecins hygiénistes locaux. Elle a pour objet d'assurer l'organisation et la prestation de programmes et de services de santé, la prévention de la propagation de la maladie et la promotion et la protection de la santé. Les médecins hygiénistes sont chargés d'assurer la prestation des services locaux et la conformité aux programmes de santé publique obligatoires¹².

Le Ministère fournit aux hôpitaux environ 85 % de leur financement. L'hébergement des patients et les dons constituent d'autres sources de financement possibles. Les coûts de fonctionnement des hôpitaux (plus de 150) totalisaient environ 20 milliards de dollars en 2007-2008. Les activités de prévention et de lutte contre les infections sont censées être intégrées aux opérations hospitalières, ce qui fait qu'il est difficile d'isoler les coûts imputables à ces activités. Aucun des hôpitaux visités ne consignait le coût total de la prévention et de la lutte contre les IOH¹³.

Audiences du Comité

Les hôpitaux et leur personnel jouent un rôle essentiel dans la prévention, la gestion et le contrôle des IOH, mais le succès de la lutte contre les infections repose sur toutes les personnes qui évoluent dans les hôpitaux et dans le réseau de la santé, ainsi que sur l'ensemble de la collectivité¹⁴.

Les RLISS apportent un soutien aux hôpitaux et coordonnent la communication et la mise en œuvre des pratiques exemplaires dans leurs systèmes respectifs, notamment les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les foyers de soins de longue durée et les organismes de services communautaires. Ces fonctions, quand elles sont exécutées dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les infections, sont appuyées par les RRLI. Le Comité a été informé que les patients, tout comme les pratiques exemplaires, peuvent circuler au sein des systèmes et entre ceux-ci¹⁵.

Les hôpitaux sont tenus de déclarer immédiatement à leurs bureaux de santé publique locaux les éclosions de maladies associées à *C. difficile* (MACD) afin de fournir aux médecins hygiénistes l'information nécessaire pour surveiller les épidémies émergentes et intervenir. De leur côté, les médecins hygiénistes signalent les épidémies au Ministère¹⁶.

Les hôpitaux vérifiés ont parlé de leur responsabilité en tant qu'organismes d'assurer le leadership et de collaborer avec tous les partenaires au sein de leurs organisations individuelles. Il leur incombe de faire de leur mieux avec ce qui leur est fourni (p. ex., des ressources spécialisées) pour garantir l'observation des pratiques exemplaires¹⁷. L'un des RLISS a indiqué qu'il discuterait des recommandations du vérificateur avec les hôpitaux qui relèvent de sa compétence ainsi que de la conjugaison de leurs efforts pour travailler comme un réseau comme suite aux recommandations¹⁸.

Coût de la prévention et de la lutte contre les IOH

Il a été question des chiffres cités dans le document *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario* du CCPMI. Ce document indique que les micro-organismes résistants aux antibiotiques (MRA) entraînent, au Canada, selon les estimations,

des coûts additionnels directs et indirects de
40 à 52 millions de dollars par année pour les
patients¹⁹.

Le Comité a aussi appris que les organisations qui ont géré des éclosions de MACD au cours des deux dernières années ont engagé des coûts additionnels de l'ordre de 750 000 \$ à 3 ou 4 millions de dollars. Un témoin a souligné que le calcul du coût de l'éclosion d'une IOH est extrêmement complexe et qu'il est probablement impossible d'obtenir le coût exact²⁰.

Recommandation du Comité

Le Comité appuie le RLISS qui a affirmé qu'il examinerait le rapport du vérificateur avec tous les hôpitaux qui relèvent de sa compétence.

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

1. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport d'étape sur les moyens pris par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé pour s'assurer que les conseils des hôpitaux ont donné suite aux recommandations du vérificateur général concernant les infections d'origine hospitalière.**

4.2 Initiatives

Certaines initiatives du Ministère en matière de prévention et de lutte contre les infections faisaient suite à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue en 2003. Des renseignements détaillés sur les principales initiatives ont été fournis dans le rapport du vérificateur et par le personnel du Ministère au cours des audiences du Comité.

- **Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) :** Le CCPMI conseille le médecin hygiéniste en chef depuis sa création en 2004. Il a diffusé des documents sur les pratiques exemplaires qui intègrent les normes applicables élaborées par des organismes tels que l'Association canadienne de normalisation (CSA) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ainsi que des recommandations tirées de la littérature médicale. De concert avec le Ministère, le CCPMI a conçu du matériel didactique pour améliorer la formation du personnel de première ligne dans le domaine de la lutte contre les infections. (L'annexe C contient une liste de documents sur les pratiques exemplaires diffusés par le CCPMI et du matériel sur les compétences de base mis au point par le CCPMI et le Ministère)²¹.
- **Programme d'amélioration de l'hygiène des mains :** En mars 2006, le Ministère et l'ASPC ont tenu un atelier de sensibilisation aux programmes qui ont entraîné des changements durables au chapitre des pratiques d'hygiène des mains. Le Ministère a élaboré le Programme d'amélioration de l'hygiène des mains en se fondant sur cet atelier. Il a mis le programme à l'essai dans certaines unités de 10 hôpitaux entre décembre 2006 et août 2007²².
- **Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (OAHPP) :** L'OAHPP a été créée en 2007 comme centre de recherche dans les domaines du contrôle et de la prévention des maladies infectieuses, de la promotion de la santé, des maladies chroniques, de la prévention des blessures et de l'hygiène du milieu. Elle fournira un soutien scientifique et technique aux bureaux de santé publique, aux fournisseurs de soins de santé et aux partenaires du Ministère²³.
- **Programme Lavez-vous les mains :** Le programme a été lancé en mars 2008. Les hôpitaux ont reçu des séances de formation des formateurs, des outils et le matériel connexe. Le programme comprend un outil de vérification pour évaluer son impact et a son propre site Web²⁴.
- **Professionnels en prévention des infections (PPI) :** Les PPI sont responsables des activités de prévention et de lutte contre les infections dans les hôpitaux. Le Ministère a financé l'embauchage de 166 PPI depuis 2004, soit 1 par 100 lits d'hôpital; il s'agit du meilleur ratio en Amérique du Nord²⁵.

- **Réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLI) :** Au moment de la vérification, 14 RRLI étaient en cours d'établissement, soit un dans chaque RLISS. Les RRLI participent à la coordination des activités de prévention et de lutte contre les infections et encouragent la normalisation dans les établissements de santé. Ils travaillent avec les PPI de l'ensemble du secteur de la santé²⁶.
- **Équipes ressources de lutte contre les infections :** Des équipes sont mises sur pied afin de fournir une aide rapide sur place pour les enquêtes épidémiologiques et la prise en charge des éclosions dans les hôpitaux. Mises en place par l'entremise de l'OAHP, les équipes seront constituées et déployées afin d'appuyer les établissements et les bureaux de santé publique lorsque le médecin hygiéniste en chef détermine l'existence d'un besoin²⁷.
- **Divulgence publique d'indicateurs de sécurité des patients :** Le Ministère a annoncé le 28 mai 2008 que tous les hôpitaux devraient présenter des rapports publics sur huit indicateurs de la sécurité des patients. Le D^r Michael Baker du Réseau universitaire de santé a été nommé pour superviser le programme en matière de sécurité des patients. La publication des rapports sur chacun des indicateurs a commencé aux dates suivantes :
 - *C. difficile* – le 30 septembre 2008;
 - SARM, ERV et ratio normalisé de mortalité hospitalière – le 31 décembre 2008;
 - Pneumonies sous ventilation assistée, infections par cathéter central, infections relatives au champ opératoire et respect de l'hygiène des mains par les travailleurs de la santé – le 30 avril 2009²⁸.

Audiences du Comité

Le personnel du ministère a décrit une approche à trois volets pour lutter contre les infections dans les hôpitaux : la mise en application des conseils des experts, l'apport d'un soutien aux travailleurs de la santé de première ligne et l'établissement d'un leadership rigoureux et d'une définition claire des responsabilités.

Le Comité a appris que le Ministère a fait des progrès et qu'il poursuit ses efforts pour gérer les défis de la lutte contre les maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé. Jusqu'à présent, il s'est attaché à renforcer la capacité et à accroître les ressources; maintenant, il met l'accent sur la divulgation et l'intervention provinciales, au besoin²⁹.

L'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) a donné des vidéoconférences, des webémissions et des conférences éducatives en rapport avec la sécurité des patients, la prévention et la lutte contre les infections, les documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI et la divulgation publique d'indicateurs de sécurité des patients.

Les membres du Comité ont appris que les hôpitaux disposent de modèles rigoureux de lutte contre les infections et qu'ils souscrivent à l'utilisation de

données uniformisées sur la sécurité des patients et à la divulgation publique pour favoriser des améliorations. De plus, ils incorporent les recommandations de tiers, tels que le vérificateur, dans leurs programmes d'amélioration continue de la qualité. Ils collaborent avec le CCPMI et le Ministère et également entre eux pour diffuser les pratiques exemplaires³⁰.

Les trois hôpitaux vérifiés ont dit souscrire au rapport et aux recommandations du vérificateur. Le gouvernement a été loué pour ses investissements dans les rapports d'experts, les structures et les processus fondés sur des faits cliniques. Il a été question du SRAS et du fait qu'il a incité le système des soins de santé à se lancer dans une quête pour en apprendre davantage sur la prévention et la lutte contre les infections. Il y a encore du travail à faire pour garantir que le personnel de première ligne possède les ressources, la formation et le soutien nécessaires pour prodiguer aux patients des soins sécuritaires et de qualité³¹.

Les maladies infectieuses font partie de la réalité dans les hôpitaux du monde entier. Tout le monde ne peut s'engager à assurer un système sans éclosion de maladies infectieuses. Il est plus réaliste de vouloir rendre les hôpitaux le plus sécuritaires possible et d'assurer le public que les fournisseurs de soins de santé font de leur mieux dans les circonstances³².

4.3 Dépistage

Le dépistage permet en général d'identifier les patients porteurs d'une maladie ou d'un organisme infectieux. Un dépistage efficace peut également éviter des coûts additionnels aux hôpitaux. Le processus de dépistage comporte en général la prise en compte de différents facteurs pour déterminer quels patients présentent un risque plus élevé d'être porteurs de certains organismes ou de certaines maladies, puis le prélèvement d'un échantillon chez ceux-ci aux fins d'analyse en laboratoire. Dans le cadre d'un processus appelé « dépistage systématique », le dépistage porte parfois sur tous les patients admis ou sur tous les patients qui répondent à certains critères.

Le CCPMI a fait des recommandations en rapport avec le dépistage :

- évaluer tous les patients afin de déterminer s'ils présentent des symptômes de MRF;
- procéder au dépistage actif du SARM ou de l'ERV chez tous les patients admis en leur posant une série de questions bien précises;
- procéder à des vérifications périodiques afin d'évaluer les pratiques de dépistage dans le cadre d'un programme continu de gestion et d'amélioration de la qualité³³.

SARM et ERV

Les trois hôpitaux identifiaient les patients à risque élevé de SARM et d'ERV conformément aux critères du CCPMI. Chacun questionnait les patients dans la salle d'urgence ou le service des admissions ou dans les deux. Des échantillons

devaient être prélevés dans les 24 heures suivant l'identification d'un patient à risque élevé.

Il existe peu de directives officielles sur les circonstances dans lesquelles le dépistage systématique est de mise. Cependant, un des hôpitaux avait pour politique de procéder à des tests par échantillonnage systématique dans certains services. L'hôpital a indiqué qu'il y avait peu de patients porteurs de SARM ou d'ERV dans les services qu'il n'avait pas soumis à des tests par échantillonnage. Ce fait lui indiquait que le dépistage systématique n'offrait pas un bon rapport coût-efficacité. Un autre hôpital avait envisagé l'échantillonnage systématique chez tous les patients, mais avait rejeté cette option. Les raisons invoquées étaient le coût, l'absence d'une recommandation précise du CCPMI et le manque de chambres à un lit pour l'isolement des patients à risque élevé.

Dans le troisième hôpital, le fait de soumettre uniquement les patients à risque élevé à un dépistage n'avait pas permis d'identifier les personnes qui avaient contracté le SARM ou l'ERV hors milieu hospitalier. Cet hôpital était d'avis que le fait de ne pas soumettre tous les patients au dépistage pourrait avoir joué un rôle important dans la transmission du SARM et de l'ERV. Il y avait de 18 à 20 éclosions chaque année dans cet hôpital. Entre avril et août 2007, il a mis en œuvre une politique de prélèvement d'échantillons chez tous les patients dans quatre services.

En janvier 2008, un hôpital a entrepris de mettre à l'essai pendant un an le dépistage systématique chez tous les patients admis. Les trois hôpitaux procédaient à des vérifications périodiques du dépistage du SARM et de l'ERV et ont constaté des taux de conformité différents³⁴.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux vérifient systématiquement si leurs processus de dépistage sont conformes aux recommandations du CCPMI. Le Ministère, de concert avec le CCPMI, doit évaluer les résultats des projets de dépistage systématique en cours et recommander des pratiques fondées sur ces résultats³⁵.

Réponse au rapport du vérificateur et mise à jour du Ministère

Les hôpitaux souscrivaient de manière générale à la recommandation. L'un d'entre eux s'y conformait déjà. Un autre s'occupait de la mettre en œuvre et le troisième fournissait à chacun de ses services des données hebdomadaires sur son taux de conformité au dépistage du SARM et de l'ERV au moment de l'admission. De plus, cet hôpital a souligné la nécessité de mettre en place des systèmes électroniques pour déterminer avec exactitude si les patients porteurs de MRF, de SARM et d'ERV sont soumis au dépistage en temps opportun.

Le Ministère et le CCPMI favorisent la surveillance systématique des processus de dépistage. Un programme de dépistage visant à identifier les patients qui risquent d'être infectés par des MRA s'était révélé utile pour réduire le nombre de MRA dans les hôpitaux et était recommandé dans les lignes directrices sur les pratiques exemplaires du CCPMI. Le CCPMI avait indiqué qu'il y avait peu de

preuves appuyant le dépistage systématique des MRA et qu'il n'avait pas inclus cette approche dans son document sur les pratiques exemplaires³⁶.

Des consultations sur la pratique du dépistage systématique du SARM, de l'ERV et des MRF étaient en cours; elles prendront en compte les preuves scientifiques ainsi que les enseignements tirés des autres initiatives du gouvernement³⁷.

Audiences du Comité

Dépistage systématique

Le vérificateur a mentionné que l'un des hôpitaux vérifiés avait commencé à titre d'essai, en janvier 2008, à procéder au dépistage systématique du SARM chez tous les patients admis. Le Comité a appris qu'il s'agissait de L'Hôpital d'Ottawa.

En 2001-2002, l'équipe de l'Hôpital chargée de la lutte contre les infections avait assez confiance dans sa capacité de pouvoir identifier les patients provenant de milieux à risque. Au cours des années suivantes, il y a eu des manquements au chapitre de l'identification des patients à risque ainsi que des défaillances du côté du dépistage. La haute direction a décidé d'investir plus de 1 million de dollars dans le dépistage systématique du SARM, tout en convenant qu'un investissement de cette importance requerrait une évaluation du dépistage systématique par rapport au dépistage spécifique. Un cadre de surveillance de l'évaluation a été élaboré et fera l'objet de discussions en janvier 2009³⁸.

Dépistage à la sortie de l'hôpital

Quand le Comité a abordé la question du dépistage à la sortie de l'hôpital, les témoins ont reconnu que c'était effectivement une option, mais moins souvent utilisée que le dépistage à l'admission. Le dépistage à la sortie représente un coût additionnel et alourdit la charge de travail; toutefois, on y a eu recours dans les services éprouvant des problèmes de transmission et d'éclosion d'infections nosocomiales³⁹.

La majorité des patients qui contractent le SARM ou l'ERV n'ont pas de symptômes au moment de leur sortie de l'hôpital. Un hôpital a indiqué qu'il remet à tous les patients qui ont reçu des antibiotiques et qui sortent de l'hôpital un feuillet d'information sur le *C. difficile* qui décrit les symptômes pour lesquels ils devraient consulter leur médecin⁴⁰.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport sur les résultats de ses consultations sur l'utilisation et le coût du dépistage systématique du SARM, de l'ERV et des MRF, ainsi que sur la pertinence de recommander des pratiques spécifiques en matière de dépistage.**

Depuis la tenue des audiences, le Comité a appris que L'Hôpital d'Ottawa avait l'intention de communiquer aux autres hôpitaux de la province les résultats de sa mise à l'essai du dépistage systématique du SARM. Le Comité permanent des comptes publics salue cette décision et recommande ce qui suit :

3. **L'Hôpital d'Ottawa transmet au Comité un résumé par écrit des résultats de sa mise à l'essai du dépistage systématique du SARM dans les 60 jours suivant la fin de son évaluation, notamment l'impact sur les taux d'infections nosocomiales et le rapport coût-efficacité.**

4.4 Pratiques de base et précautions spécifiques à certaines infections

Certaines « pratiques de base » peuvent aider à prévenir et à contrôler la transmission des micro-organismes qui causent les maladies infectieuses. Selon le CCPMI, seule l'observation systématique de ces pratiques peut prévenir la propagation des maladies infectieuses. Des précautions additionnelles sont également nécessaires pour prévenir et contrôler certaines maladies infectieuses comme le SARM, l'ERV et le *C. difficile*. D'après Santé Canada, des précautions additionnelles doivent être prises dès qu'on découvre ou soupçonne qu'un patient a contracté une maladie infectieuse.

Le CCPMI a fait des recommandations à propos des pratiques et des précautions dans différents domaines, notamment l'hygiène des mains, l'utilisation de chambres à un lit et le nettoyage des chambres des patients⁴¹.

Hygiène des mains

Le lavage des mains constitue l'activité la plus importante pour prévenir la propagation des maladies infectieuses. Selon le CCPMI, tout le personnel hospitalier doit se laver les mains avec un désinfectant à base d'alcool ou avec de l'eau et du savon avant et après le contact avec chaque patient. Selon ses directives également, tous les établissements de soins de santé doivent concevoir et mettre en œuvre un programme d'hygiène des mains qui englobe la surveillance et l'observation continues. Le personnel doit se laver les mains même lorsqu'il porte des gants, car les mains peuvent devenir contaminées lorsque les gants sont déchirés ou qu'ils n'ont pas été enlevés correctement.

Des études ont révélé que la conformité des travailleurs de la santé aux pratiques d'hygiène des mains laissait à désirer. Par exemple, une étude réalisée en mars 2006 sur la conformité dans sept hôpitaux de l'Ontario faisait état d'un taux de conformité de 32 % aux bonnes pratiques d'hygiène. La conformité était plus élevée quand le personnel prenait des précautions spécifiques à certaines infections ou qu'il exécutait des activités requérant le port de gants et d'une blouse d'hôpital. Au début du projet pilote relatif au Programme d'amélioration de l'hygiène des mains, le taux de conformité variait entre 24 % et 62 %; à la fin du projet, il se situait entre 40 % et 75 %. La conformité variait aussi selon le type de travailleur. Le taux de conformité des médecins était passé de 18 % à 28 % et celui du personnel infirmier, de 44 % à 60 %. Les trois hôpitaux visités avaient

tous effectué des vérifications de l'hygiène des mains; l'un deux avait participé au projet pilote relatif au Programme d'amélioration de l'hygiène des mains. Les taux de conformité n'étaient pas comparables parce que différentes méthodes étaient utilisées pour mesurer la conformité⁴².

Utilisation des chambres à un lit

Une des précautions spécifiques à certaines infections recommandée par le CCPMI consiste à isoler les patients contagieux dans des chambres à un lit. Dans ses lignes directrices de 2006 sur la conception et la construction des établissements de soins de santé (*Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities*), l'American Institute of Architects recommande que toutes les chambres des services de chirurgie, de médecine générale et de soins post-partum soient des chambres à un lit. Dans les hôpitaux visités, entre 25 % et 36 % des lits se trouvaient dans des chambres à un lit. Un hôpital a affirmé que le manque de chambres à un lit et les taux d'occupation élevés entravaient sa capacité à prévenir la propagation des organismes infectieux. Ils peuvent en outre se répercuter sur le service des urgences où les patients contagieux attendent souvent qu'une chambre à un lit se libère.

Le CCPMI recommande de regrouper les patients qui ont des maladies infectieuses semblables quand il n'y a pas de chambres libres à un lit. C'est ce que faisaient d'ailleurs deux des hôpitaux, mais ni l'un ni l'autre ne surveillait le nombre de fois où ils étaient contraints de le faire. Aucun des trois ne consignait le nombre de cas dans lesquels un patient contagieux devait partager une chambre avec un patient non atteint d'une maladie semblable. L'un d'entre eux isolait les patients contagieux dans des chambres à deux lits en fermant le deuxième lit.

Le CCPMI ne donne pas de directives quant au moment où il faut placer un patient ayant une maladie infectieuse dans une chambre à un lit. La directive de Santé Canada laisse elle aussi les détails de la mise en œuvre à la discrétion des hôpitaux. Les trois hôpitaux avaient comme politique d'isoler les patients porteurs de *C. difficile* dès que ceux-ci en présentaient des symptômes. Les politiques relatives à l'isolement des patients pour d'autres maladies infectieuses variaient⁴³.

Nettoyage des chambres des patients

Le CCPMI prévoit des exigences spéciales pour le nettoyage des chambres des patients porteurs d'ERV et de *C. difficile*. Les méthodes habituelles de nettoyage et de désinfection qui sont adéquates pour le SARM ne le sont pas nécessairement pour éliminer l'ERV et le *C. difficile*. Santé Canada recommande de nettoyer les chambres conformément à un calendrier préétabli qui assigne des tâches précises au personnel. Il est également recommandé aux hôpitaux de procéder à des vérifications périodiques des protocoles de nettoyage.

Les trois hôpitaux assignaient des tâches de nettoyage régulières à certains membres du personnel. Des pancartes à la porte des chambres indiquaient qu'il fallait prendre des précautions additionnelles au moment d'entrer dans les chambres des patients porteurs de maladies infectieuses. Dans le cas où il y avait

partage de la chambre, la pancarte était placée sur le rideau entourant le lit du patient.

Deux hôpitaux donnaient des consignes dans leurs politiques sur la façon de nettoyer les chambres nécessitant la prise de précautions avant d'y entrer. Le troisième utilisait des listes de contrôle pour le nettoyage de ces chambres. Le personnel de la vérification a examiné un échantillon de listes de contrôle afin de déterminer si le personnel respectait les procédures. L'un des établissements de l'hôpital ne conservait pas les listes de contrôle, tandis que l'autre n'avait pu produire que quatre de ces listes, dont une avait été laissée en blanc.

Deux hôpitaux nettoyaient deux fois par jour les chambres des patients porteurs de *C. difficile*. Toutefois, il était impossible de déterminer si le nettoyage avait réellement été effectué, car ni l'un ni l'autre ne consignaient les heures de nettoyage des chambres. Le troisième a affirmé que les chambres des patients porteurs de *C. difficile* étaient nettoyées une fois par jour parce qu'il avait choisi de concentrer les efforts de nettoyage sur les chambres à plus d'un lit.

Les trois hôpitaux avaient un processus pour vérifier visuellement les chambres des patients et d'autres surfaces. L'un d'entre eux inspectait visuellement certaines chambres après le départ des patients. Il avait toutefois été incapable de produire les résultats de son examen pour 2007. Les deux autres faisaient des inspections visuelles périodiques et avaient constaté que les chambres et autres surfaces étaient nettoyées de façon appropriée.

Le personnel de la vérification a fait remarquer que d'autres administrations faisaient appel à des évaluateurs indépendants pour juger visuellement de la propreté des chambres d'hôpital⁴⁴.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux vérifient si les pratiques exemplaires en matière de prévention et les précautions spécifiques à certaines infections sont conformes aux recommandations du CCPMI. Le ministère, ainsi que les hôpitaux et les RLSS, devrait examiner la possibilité d'inclure les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains par type de personnel des soins de santé dans le cadre de ses exigences en matière de divulgation publique. Comme de nombreux hôpitaux n'ont pas suffisamment de chambres à un lit, le Ministère devrait également élaborer et mettre en œuvre, de concert avec les hôpitaux, des directives enjoignant ceux-ci d'isoler systématiquement les patients qui ont contracté ou qui courent un risque élevé de contracter des maladies infectieuses⁴⁵.

Réponse au rapport de vérification et mise à jour du Ministère

Les hôpitaux souscrivaient de manière générale à la recommandation. L'un d'entre eux avait pris des mesures pour y donner suite. Un autre a fait remarquer que des ressources additionnelles étaient nécessaires pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires du CCPMI. Le troisième estimait qu'il fallait élaborer des normes provinciales sur les ressources requises pour l'entretien ménager. L'élaboration et l'approbation par le Ministère de lignes directrices sur les pratiques exemplaires du CCPMI en matière de normes pour le milieu hospitalier

devraient constituer une priorité. Il faut évaluer de nouvelles technologies de surveillance de la propreté, car l'inspection visuelle de l'environnement du patient ne permet pas de détecter la contamination microbienne. Le matériel pédagogique de base devrait aussi s'adresser au personnel de soutien et aux médecins.

Un hôpital était d'avis que les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains devraient mentionner le type de travailleur et les circonstances pertinentes. Les RLISS appuyaient la surveillance des mesures de rendement pour la conformité par type de personnel. Ils reconnaissaient la nécessité d'élaborer des lignes directrices en matière d'isolement et recommandaient d'y inclure les établissements de soins de longue durée.

Le Ministère avait investi dans des programmes pertinents. Plusieurs documents du CCPMI contenaient des listes de vérification. Le Ministère examinera la possibilité de déclarer les taux de conformité par type de personnel des soins de santé.

Les lignes directrices du CCPMI concernant l'utilisation des chambres à un lit tiennent compte des besoins des patients et des ressources existantes. Le personnel hospitalier, travaillant de concert avec le PPI, doit faire preuve de jugement clinique dans la prise de ces décisions. Le Ministère appuyait l'utilisation par les hôpitaux des lignes directrices actuelles du CCPMI⁴⁶.

Le CCPMI travaillait à l'élaboration d'un document sur les pratiques exemplaires pour le nettoyage de l'environnement; il prévoyait de le diffuser en 2009. Les documents actuels du CCPMI font référence aux pratiques exemplaires pour le nettoyage de l'environnement⁴⁷.

Audiences du Comité

Hygiène des mains

La mise en œuvre du programme « Lavez-vous les mains » prendra 13 mois et devrait être terminée en avril 2009. (Le 30 avril 2009 est la date à laquelle les hôpitaux doivent commencer à rendre compte de la conformité des travailleurs de la santé en matière d'hygiène des mains dans le cadre de la divulgation publique d'indicateurs de sécurité des patients.) Tous les hôpitaux ont assisté aux séances de formation régionales offertes par l'OHA et le Ministère. La semaine précédant les audiences, l'OHA et le Ministère ont lancé la campagne « Protégez des vies en vous lavant les mains » afin de sensibiliser les patients à l'importance d'une bonne hygiène des mains⁴⁸.

Les membres du Comité ont été rassurés sur le fait que les fournisseurs de soins de santé se lavent effectivement les mains. Le défi des administrateurs était de s'assurer que le lavage des mains se faisait au moment approprié (p. ex., avant et après le contact avec chaque patient et avant une procédure aseptique), de la bonne façon et pendant la durée recommandée (c.-à-d. au moins 15 secondes).

L'uniformisation des vérifications et des définitions ainsi que l'information pertinente et l'obligation de rendre compte contribueront à changer les attitudes et les comportements des professionnels de la santé. Des témoins ont mentionné le besoin d'un changement de culture parmi les travailleurs de la santé tout en espérant que les perceptions du public s'en trouveraient également améliorées⁴⁹.

Utilisation des chambres à un lit

Des lignes directrices pour la planification, la conception et la construction des nouveaux hôpitaux ont été élaborées afin d'améliorer leur aptitude à prévenir la propagation de maladies infectieuses. Ces lignes directrices font partie des caractéristiques de fonctionnement génériques qui ont été approuvées récemment⁵⁰.

Le Ministère examine le nombre proposé de chambres à un lit dans les unités de chirurgie et de médecine générale en fonction de chaque projet. Il a remarqué une augmentation générale du pourcentage proposé de chambres à un lit dans les unités de médecine générale, de chirurgie et d'oncologie. Les projets comme l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, le nouvel hôpital du Système de santé de Niagara à St. Catharines et le Centre de santé Trillium comprenaient des augmentations du pourcentage de chambres à un lit dans les unités de médecine générale et de chirurgie à la suite des discussions tenues avec les hôpitaux⁵¹.

Les membres du Comité ont appris que la moyenne d'âge des bâtiments hospitaliers est de 46 ans. Il faut investir environ 8 milliards de dollars dans la construction d'immobilisations afin de moderniser les hôpitaux selon les nouvelles normes, et cette estimation a été faite avant que le besoin d'un plus grand nombre de chambres à un lit se fasse sentir. Au moment des audiences, des projets d'immobilisations d'une valeur de 5 milliards de dollars étaient en cours.

Les hôpitaux qui n'ont pas de programme d'immobilisations envisagent des solutions opérationnelles comme le regroupement des patients et l'utilisation de chambres à deux lits pour un seul patient. Cette dernière solution exerce des pressions sur le nombre de patients qu'un hôpital peut accueillir normalement. Comme il est difficile de faire davantage en plein milieu d'une épidémie, l'identification, l'isolement et le contrôle représentent les interventions les plus rapides pour ces établissements.

Alors que les témoins reconnaissaient que les chambres à un lit représentaient la solution idéale, ils étaient convaincus qu'il serait possible de libérer une capacité importante si les patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS) pouvaient être aiguillés vers des soins plus appropriés. D'après l'OHA, la question de l'ANS est le défi le plus difficile qui se pose présentement au secteur hospitalier. Il représente 20 % de l'ensemble des lits. Environ 37 % des lits dans les unités de médecine générale sont occupés par des personnes qui seraient mieux soignées dans la collectivité. Dans le cas de l'un des hôpitaux vérifiés, la moitié des lits de l'unité de médecine générale étaient occupés par des patients ANS⁵².

La question des patients ANS et de leur incidence sur le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux est examinée dans le rapport que le Comité a déposé en septembre 2008 et qui s'intitule *Hôpitaux – Gestion et utilisation des installations chirurgicales*. Bien que la question ait alors été abordée dans un contexte différent, les préoccupations soulevées sont très similaires.

Nettoyage des chambres des patients

Le personnel responsable de l'entretien ménager à l'Hôpital général de Windsor et à l'Hôpital général de North York se compose d'employés de l'hôpital. Il en est de même dans l'un des trois établissements de L'Hôpital d'Ottawa; dans les deux autres établissements, il s'agit de personnel contractuel.

Les représentants des hôpitaux ont déclaré au Comité que tout le personnel responsable de l'entretien ménager, tant les employés de l'hôpital que les travailleurs contractuels, devaient respecter les politiques, les procédures ainsi que les méthodes de formation établies. Dans les deux cas, des processus de vérification devaient également être en place⁵³.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

4. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
 - a) **doit veiller à ce que tous les hôpitaux effectuent régulièrement des vérifications de l'hygiène des mains se fondant sur des processus et des définitions uniformes pour vérifier notamment si le lavage des mains est effectué au moment approprié (p. ex., avant et après les contacts avec chaque patient) et si le nettoyage des mains est effectué correctement;**
 - b) **dans le cadre de la divulgation publique d'indicateurs sur la sécurité des patients, et de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux, élabore un processus visant à garantir que les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains déclarés par les hôpitaux sont fiables et comparables et déclarés par groupe de professionnels de la santé (p. ex., personnel infirmier et médecins).**
5. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, élabore des lignes directrices spécifiques sur les pratiques exemplaires en rapport avec les politiques d'isolement relatives aux maladies infectieuses pour les patients à risque élevé.**

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée entreprend une analyse coûts-avantages du coût des investissements nécessaires pour que toutes les nouvelles chambres dans les hôpitaux soient des chambres à un lit dotées de leur propre salle de bain, par rapport aux coûts à long terme reliés aux infections nosocomiales.**
7. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée informe le Comité de la date à laquelle il prévoit, en 2009, que le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses mettra à la disposition des hôpitaux son document sur les pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement. Le Comité s'attend à ce que ce document comprenne des pratiques exemplaires à la fois pour la prévention et pour le contrôle des infections nosocomiales.**
8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, doit se renseigner sur les nouvelles technologies de surveillance de la propreté du fait surtout qu'une inspection visuelle de la propreté, ne permet pas de détecter la plupart des organismes infectieux.**

4.5 Utilisation des antibiotiques

Selon les recherches, il existe une association entre le recours accru aux antibiotiques et la résistance des infections à certains d'entre eux. Les hôpitaux ont recours aux antibiotiques pour prévenir et traiter les infections. Toutefois, les bactéries infectieuses ont développé une résistance aux antibiotiques, ce qui accroît le risque que les antibiotiques perdent un jour leur efficacité contre certaines infections.

Les personnes qui prennent des antibiotiques courent un risque accru de contracter certaines infections. L'infection à *C. difficile* survient habituellement lorsque l'utilisation d'antibiotiques réduit le niveau normal de bonnes bactéries qui se trouvent dans l'intestin et le côlon. La bactérie *C. difficile* peut ainsi croître et produire des toxines qui rendent le patient malade. La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a révisé les étiquettes de sécurité de certains antibiotiques en 2007. Les étiquettes avertissent maintenant que l'antibiotique en question pose un risque de *C. difficile* et que presque tous les antibiotiques sont associés à un risque accru de *C. difficile*.

Les éclosions de MACD en Ontario ont renforcé la nécessité de faire une utilisation judicieuse des antibiotiques. Dans son enquête sur les 18 décès imputables directement ou indirectement au *C. difficile* et survenus à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie en 2006, le Bureau du coroner en chef a observé que l'utilisation des antibiotiques était probablement l'un des facteurs. Il a recommandé de prescrire des antibiotiques seulement en présence d'indications claires et après un examen minutieux. Dans son rapport d'examen de mars 2007,

le Centre de santé Trillium faisait remarquer qu'une utilisation judicieuse des antibiotiques est essentielle pour réduire les taux de *C. difficile*.

Le CCPMI a recommandé que les hôpitaux mettent en œuvre des politiques et des procédures pour promouvoir l'utilisation judicieuse des antibiotiques et qu'ils examinent l'utilisation réelle des antibiotiques afin de déterminer si elle est fondée⁵⁴.

Promotion de l'utilisation judicieuse des antibiotiques

Chacun des hôpitaux visités disposait de procédures pour promouvoir l'utilisation judicieuse des antibiotiques. Les trois avaient un formulaire des antibiotiques et une procédure à suivre pour obtenir l'approbation d'un spécialiste des maladies infectieuses avant d'utiliser certains antibiotiques. Les résultats des examens de laboratoire étaient accompagnés d'une liste des antibiotiques les plus efficaces contre l'infection identifiée. Certains antibiotiques ne pouvaient être utilisés que pour des problèmes de santé bien précis. Chaque hôpital déterminait les antibiotiques à utiliser avec circonspection et les restrictions imposées⁵⁵.

Examen de l'utilisation réelle des antibiotiques

Aucun des hôpitaux ne disposait d'un système d'information permettant d'analyser les habitudes de prescription de chaque médecin ou les motifs de l'utilisation de certains médicaments. Un hôpital prévoyait de mettre en œuvre un nouveau système d'information pharmaceutique au cours de l'automne 2008. (Le Comité a été informé qu'il s'agissait de l'Hôpital régional de Windsor. Depuis la tenue des audiences, le Comité a appris que la mise en œuvre du nouveau système, qui facilitera la surveillance de l'utilisation des antibiotiques selon l'Hôpital, avait été reportée en février 2009⁵⁶.)

Un hôpital faisait un examen mensuel de l'utilisation de certains antibiotiques. D'après l'examen qu'a fait le personnel de vérification des procès-verbaux des réunions du comité des antibiotiques, la plupart des antibiotiques étaient utilisés de façon appropriée. Toutefois, l'utilisation de certains d'entre eux n'était pas conforme aux restrictions imposées par l'hôpital, ou le bien-fondé de leur utilisation était douteux.

Un autre hôpital avait commencé à examiner l'utilisation des antibiotiques en avril 2007. Une analyse réalisée en février 2008 a fait ressortir des liens entre l'usage accru des antibiotiques en hiver et l'incidence d'ERV et de *C. difficile*. Quatre antibiotiques semblaient faire l'objet d'une grande utilisation. Au moment de la vérification, l'hôpital prévoyait d'étudier la question plus à fond.

Le troisième hôpital fait un examen trimestriel de certains antibiotiques, mais il ne consigne pas les résultats de ces examens. Le personnel hospitalier a relevé une utilisation excessive de deux antibiotiques à usage restreint vers la fin de 2007. À la suite de discussions entre les spécialistes en maladies infectieuses de l'hôpital, l'utilisation de ces antibiotiques a diminué.

Le Ministère a financé un sondage sur l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux, réalisé par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMPC). Le sondage comprenait des questions sur les antibiotiques à usage restreint, sur les programmes de gestion des antibiotiques des hôpitaux et sur les mesures les plus efficaces pour contrôler l'utilisation des antibiotiques.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux, de concert avec les groupes médicaux concernés, établissent des pratiques favorisant l'identification cohérente des antibiotiques dont il faut restreindre l'utilisation. Ils devraient envisager de mettre en œuvre les pratiques exemplaires recommandées par l'ISMPC pour l'utilisation judicieuse des antibiotiques quand elles seront disponibles. Les hôpitaux devraient aussi envisager de mettre en œuvre des systèmes électroniques de distribution des médicaments pour surveiller l'utilisation des antibiotiques ainsi que les pratiques en matière de prescription. Ils devraient également communiquer les pratiques exemplaires⁵⁷.

Réponse au rapport du vérificateur et mise à jour du Ministère

Les hôpitaux souscrivaient en général à la recommandation. L'un d'entre eux travaillait à l'élaboration d'un programme de gestion des antibiotiques, mais a fait remarquer que les médecins étaient régis par des ordres professionnels et qu'il est ainsi difficile pour les hôpitaux de contrôler parfaitement la prescription des antibiotiques. Un autre avait commencé à intégrer son système d'information pharmaceutique aux autres systèmes de gestion des données et avait élaboré un nouveau formulaire pour les antibiotiques ainsi que de nouvelles lignes directrices.

Le troisième hôpital reconnaissait que des systèmes de suivi électronique étaient nécessaires pour effectuer des analyses comparatives. Il estimait également que le choix du type d'antibiotique, sa dose et sa durée d'utilisation devaient faire l'objet d'un examen pour chaque patient et que cet examen devait être subventionné par le Ministère. Selon lui, il n'existait pas de normes canadiennes permettant de déterminer si les antibiotiques sont utilisés de façon appropriée; de plus, il n'y avait pas de données de référence ou comparateurs pour lui permettre de mesurer le succès de son programme de gestion des antimicrobiens⁵⁸.

L'OAHPP collaborait avec l'ISMPC et une spécialiste des maladies infectieuses, la D^{re} Allison McGeer de l'Hôpital Mount Sinai, à la mise au point de moyens pour mieux intégrer les principes de la gestion des antibiotiques. La D^{re} McGeer et l'ISMPC travailleront avec les hôpitaux à la conception de mesures qui permettraient de préconiser une utilisation optimale des antibiotiques. Suivant les conclusions de l'étude de l'ISMPC, attendues à l'automne 2008, différentes mesures seront mises en place dans des établissements pilotes et feront ensuite l'objet d'une évaluation. Les mesures les plus efficaces seront mises en œuvre.

Le Ministère veillera à ce que les pratiques exemplaires en matière d'utilisation judicieuse des antibiotiques soient mises à la disposition des fournisseurs et il collaborera avec les ordres professionnels⁵⁹.

Audiences du Comité

L'utilisation judicieuse des antibiotiques en milieu hospitalier revêt de l'importance pour différentes raisons. Par exemple, la résistance aux antibiotiques, comme on peut le constater dans le rapport du vérificateur, est un problème permanent. Il y a également des préoccupations d'ordre financier, car la prescription excessive fait augmenter les coûts de fonctionnement des hôpitaux.

La surveillance des pratiques de prescription des médecins est assurée en général par le comité consultatif médical de l'hôpital. Le niveau de gestion du processus varie d'un hôpital à l'autre. Le Comité a appris que les documents sur les pratiques exemplaires prévoient une surveillance à temps plein. Le respect de cette norme, lui a-t-on dit, est difficile, même pour les grands hôpitaux d'enseignement comptant plusieurs médecins spécialistes des maladies infectieuses et microbiologistes. Le Comité a également appris que l'uniformisation de l'utilisation des antibiotiques est relativement facile dans certains secteurs, mais peut prendre plus de temps dans d'autres secteurs.

L'OAHPP et l'ISMPC travaillent à un programme qui vise à venir en aide aux hôpitaux et à gérer les antibiotiques, mais il s'agit d'une stratégie à long terme. À court terme, il existe des lignes directrices relatives aux antibiotiques qui pourraient être communiquées⁶⁰.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 9. L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, par l'entremise du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, présente au Comité dans les 60 jours suivant la réception et l'évaluation des conclusions de l'étude sur l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux, réalisée par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, un rapport sur les moyens qu'elle compte prendre pour préconiser une utilisation optimale des antibiotiques.**

Le Comité permanent des comptes publics salue l'initiative de l'Hôpital régional de Windsor qui met en œuvre un nouveau système électronique de distribution des médicaments, et recommande ce qui suit :

- 10. L'Hôpital régional de Windsor présente au Comité un rapport sur l'impact de son nouveau système électronique de distribution des médicaments du point de vue de la facilitation de la surveillance de l'utilisation des antibiotiques au cours des 12 premiers mois d'exploitation du système, dans les 90 jours suivant le premier anniversaire de l'entrée en fonction du système.**

4.6 Surveillance

Le CCPMI définit la surveillance comme étant la collecte, la compilation et l'analyse systématiques des données, avec diffusion rapide de l'information pour permettre aux gens de prendre les mesures qui s'imposent. Il souligne qu'il existe des preuves concluantes d'un lien entre l'instauration d'un système de surveillance et la réduction des taux d'infection. Un tel système est particulièrement utile pour vérifier l'efficacité des programmes de prévention et de lutte contre les infections. Les trois hôpitaux avaient des PPI.

Le CCPMI a émis et d'autres organismes ont publié des recommandations quant à la surveillance des IOH⁶¹.

Déclaration des résultats

Déclaration aux services de santé publique et à Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Certaines autres administrations exigent que les hôpitaux signalent les IOH. Il est fait mention du Québec, du Manitoba et du Royaume-Uni. La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* exige que les hôpitaux de l'Ontario présentent des rapports sur certaines maladies à leur bureau local de santé publique. Les éclosions de *C. difficile* étaient incluses dans ces exigences de déclaration à compter du 1^{er} septembre 2008. Toutefois, beaucoup d'autres IOH, comme le SARM et l'ERV, n'ont pas à être déclarées.

L'entente relative à la Stratégie de réduction des temps d'attente pour 2007-2008 exigeait que les hôpitaux participants fassent le nécessaire en vue de présenter les données sur les infections du champ opératoire, les infections par cathéter central et la pneumonie sous ventilation assistée à Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM) avant le 31 mars 2008. Les trois hôpitaux participaient à la Stratégie de réduction des temps d'attente.

L'entente relative à la Stratégie de réduction des temps d'attente pour 2008-2009 exige de communiquer à SSPSM par l'intermédiaire du Ministère les données sur les infections par cathéter central et la pneumonie sous ventilation assistée; l'entente exige également la collecte d'information sur la réduction des infections du champ opératoire⁶².

Rapports au public

L'entente relative à la Stratégie de réduction des temps d'attente pour 2008-2009 exige que les hôpitaux divulguent publiquement leurs taux d'infection par cathéter central, d'infection du champ opératoire et de pneumonie sous ventilation assistée sur leurs sites Web d'ici avril 2009. Un des hôpitaux visités affichait déjà ses taux d'infections par cathéter central et de pneumonie sous ventilation assistée. Deux d'entre eux affichaient des rapports sur les indicateurs de qualité quatre fois par année.

Certaines administrations divulguent publiquement leurs taux d'IOH. Le personnel de la vérification croit comprendre que les hôpitaux appuient de manière générale la divulgation publique des données sur les « supermicrobes »,

mais la plupart d'entre eux n'ont pas commencé à le faire. Le vérificateur estimait que la divulgation publique de certaines IOH était un pas en avant, mais il était d'avis que le Ministère devra donner des directives afin d'uniformiser la déclaration des données. Il sera alors possible de garantir au public que ces données sont comparables et qu'elles donnent une image fidèle de la situation⁶³.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère, de concert avec les RLISS et les hôpitaux, s'assure que les hôpitaux identifient et suivent les IOH et les autres indicateurs de sécurité des patients de manière cohérente et comparable. Il a aussi recommandé d'établir des taux de référence cibles pour les IOH plus courantes et d'envisager d'inclure les données clés sur les résultats pour les patients dans les rapports.

Les hôpitaux doivent également informer chaque chirurgien de ses taux d'infection du champ opératoire et discuter avec lui des questions connexes liées à la prévention des infections afin de déterminer les modifications à apporter à ses pratiques⁶⁴.

Réponse au rapport du vérificateur et mise à jour du Ministère

Les hôpitaux souscrivaient de manière générale à la recommandation. L'un d'entre eux a indiqué que la surveillance se faisait en grande partie de façon manuelle. Un système électronique permettrait de recueillir rapidement des données exactes. Il était nécessaire d'établir des taux maximums cibles ou d'autres points de référence pour les IOH. Cet hôpital informait ses chirurgiens de leurs taux d'infection du champ opératoire.

Un autre hôpital estimait que les IOH devaient faire l'objet d'un suivi cohérent et que les taux de référence devaient être divulgués. Les activités de surveillance et de déclaration étaient très exigeantes en main-d'œuvre et nécessiteraient des ressources additionnelles sans lesquelles la qualité des données pourrait poser des problèmes.

Le troisième hôpital prévoyait d'adopter les définitions existantes du Ministère et du CCPMI pour les IOH. En août 2008, il avait élaboré un formulaire standard pour le suivi des infections du champ opératoire à l'échelle de son RLISS. Il s'attendait de commencer à informer chaque chirurgien de ses taux d'infection du champ opératoire à l'automne 2008.

Les RLISS appuyaient la présentation publique des renseignements clés sur la santé, dont les données sur les IOH, ainsi que les mesures du rendement et les résultats pour les patients.

En préparation pour la déclaration des données sur les MACD, le Ministère, avec l'aide d'experts en prévention des infections, avait élaboré des définitions et des mécanismes de collecte standards. Ceci permettra d'uniformiser l'établissement des rapports et des tendances à l'échelle de la province et, en fin de compte, de produire des données de référence qui pourront être utilisées pour faire des comparaisons⁶⁵.

L'information sur les autres indicateurs de sécurité des patients est en cours d'élaboration. Le D^r Michael Baker a demandé à l'OAHPP de mener une étude visant à analyser et calculer les résultats pour les patients (y compris la morbidité). L'OAHPP lui présentera le rapport d'étude et ses constatations et celui-ci fera des recommandations au gouvernement⁶⁶.

Audiences du Comité

Rapports au public

Les hôpitaux ne sont pas tenus d'informer le public au sujet des IOH, au delà des huit indicateurs sur la sécurité des patients (dont sept ont trait aux IOH) qui font et feront l'objet de rapports⁶⁷. Il y a une définition et une méthode de collecte des données propres à chaque indicateur. Le CCPMI s'est associé à l'OHA et aux RRLI pour renseigner les hôpitaux sur les indicateurs afin d'avoir l'assurance qu'ils comprennent les définitions ainsi que la façon de recueillir et de présenter les données. Le Ministère veut s'assurer de pouvoir faire des déclarations comparatives au sujet des hôpitaux et que ceux-ci peuvent évaluer leur propre rendement par rapport à celui de leurs pairs, ce qu'ils n'ont pu faire jusqu'à maintenant⁶⁸.

Le Comité a interrogé les témoins sur la divulgation des éclosions d'IOH. Le terme « éclosion » porte à confusion lui a-t-on dit, car il s'agit d'un calcul mathématique. Son utilisation indique le besoin d'une plus grande sensibilisation, mais il ne signifie aucunement que tout le monde est à risque.

Le système de santé publique de l'Ontario gère plus de 2 600 éclosions par année. La décision de faire part d'une éclosion au public requiert du jugement et repose sur une évaluation de critères tels que la population touchée, les moyens de contrôle de l'éclosion et le niveau de risque.

Selon l'OHA, les hôpitaux déclarent les éclosions de différentes façons, par exemple sur leurs sites Web, dans leurs messages téléphoniques et au moyen d'écriteaux. L'un des trois hôpitaux vérifiés n'avait pas connu d'éclosion, mais communiquait avec les patients ayant contracté une IOH et leurs familles ainsi qu'avec le personnel hospitalier concerné. Un autre hôpital communiquait avec les patients ayant contracté une IOH et leurs familles au moyen de lettres et d'écriteaux et avait connu des éclosions non reliées à *C. difficile*.

Les représentants du troisième hôpital, L'Hôpital d'Ottawa, ont dit au Comité qu'ils avaient déclaré publiquement une éclosion de SARM dans leur service de néonatalité en décembre 2007. Dans ce cas, on avait demandé aux visiteurs de se tenir à l'écart. L'hôpital disposait également d'un mécanisme qu'il avait alors utilisé pour aviser les femmes enceintes de ce problème et les aiguiller ailleurs dans la mesure du possible. Selon les représentants de l'hôpital, il n'y avait aucune règle dictant qui il fallait aviser et de quelle façon. Ils ont également fait référence à l'avis qui est communiqué au sein de la collectivité des professionnels en prévention des infections.

Les témoins ont parlé de la nécessité d'une divulgation intégrale afin d'éviter que le public reçoive de l'information pouvant porter à confusion⁶⁹.

Déclaration des données sur les résultats pour les patients

La mise à jour provisoire du Ministère (à la page 27 du présent rapport) indiquait que la divulgation publique des IOH sera élargie aux résultats pour les patients. Les membres du Comité ont demandé au personnel à quel moment se ferait cet élargissement. Le personnel a répondu que les résultats pour les patients sont, de manière générale, une question de définition. Avant de pouvoir déclarer publiquement ces résultats, il faudra obtenir des définitions précises de façon que les données soient comparables.

L'OAHPP a parlé à des collègues au Québec et dans d'autres administrations qui ont éprouvé des difficultés sur le plan de la « reproductibilité » de la détermination des causes de décès; *C. difficile* en est un bon exemple. Des protocoles sont en cours d'élaboration, mais il n'y a rien de prévu avant presque un an en ce qui a trait à la divulgation⁷⁰.

Dossiers électroniques

L'utilisation de dossiers électroniques faciliterait le suivi et la surveillance des patients. Les témoins estimaient que tout ce qui pourrait accélérer la circulation de l'information permettrait d'intervenir plus rapidement. Il a été question de Panorama, un nouveau système de surveillance de la santé publique⁷¹. L'Ontario prévoit de mettre en œuvre ce système pancanadien en 2011⁷².

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, présente au Comité un rapport sur l'établissement de taux cibles pour les infections d'origine hospitalière qui serviraient de points de référence pour tous les hôpitaux.**
- 12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses à l'élaboration de pratiques exemplaires pour la divulgation publique des éclosons d'infections d'origine hospitalière (p. ex., le moment choisi pour les annonces ainsi que l'utilisation de sites Web, de messages téléphoniques et d'écrans) afin d'assurer l'uniformisation dans l'ensemble de la province.**

NOTES

- ¹ Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales* (Toronto : Le Bureau, septembre 2008), p. 10. Page Web http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/hai_fr.pdf, consultée le 24 novembre 2008.
- ² Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales*, Figure 1, p. 6.
- ³ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), *Prévention des maladies respiratoires fébriles*, rév. août 2006 (Toronto : CCPMI, réimprimé en mars 2008), p. v. Page Web http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_fri_f.pdf, consultée le 1^{er} décembre 2008.
- ⁴ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales*, Figure 1, p. 7, note 2.
- ⁵ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) : Fiche de renseignements pour les patients et les visiteurs ». Page Web http://www.health.gov.on.ca/patient_safety/pro/mrsa/pro_resource/mrsa_fs_patients_fr.pdf, consultée le 11 mars 2009.
- ⁶ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) », dernière mise à jour : 30 décembre 2008. Page Web http://www.health.gov.on.ca/securitedespatients/public/vre/vre_pub.html, consultée le 9 février 2009.
- ⁷ Voir figures 1 et 2 dans Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 6-7.
- ⁸ Ibid., p. 5-9.
- ⁹ Ibid., p. 8-10.
- ¹⁰ Ibid., p. 11-13.
- ¹¹ Ibid., p. 15.
- ¹² Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39^e législature, 1^{re} session (29 octobre 2008) : P-194. Page Web http://www.ontla.on.ca/committee-proceedings/transcripts/files_pdf/29-OCT-2008_P012.pdf, consultée le 12 novembre 2008.
- ¹³ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 15.
- ¹⁴ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-195.
- ¹⁵ Ibid., p. P-204 – P-205.
- ¹⁶ Ibid., p. P-195.
- ¹⁷ Ibid., p. P-213.
- ¹⁸ Ibid., p. P-204 – P-205.
- ¹⁹ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario* (Toronto : Le Comité, septembre 2008), p. 16. Page Web http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_ipcp_f.pdf, consultée le 24 novembre 2008.
- ²⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-207 – P-208.
- ²¹ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 16 et Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-194.
- ²² Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 49.
- ²³ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-194.
- ²⁴ Ibid.
- ²⁵ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 16 et Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-194.
- ²⁶ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 16 et Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-194 – P-195.
- ²⁷ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-195.
- ²⁸ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 16 et Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-195.
- ²⁹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-193 – P-195.

- ³⁰ Ibid., p. P-197.
- ³¹ Ibid., p. P-198.
- ³² Ibid., p. P-196 et p. P-213 – P-214.
- ³³ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 17-18.
- ³⁴ Ibid., p. 19-20.
- ³⁵ Ibid., p. 21.
- ³⁶ Ibid., p. 21.
- ³⁷ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Summary Status Table in Response to the Report of the Auditor General of Ontario: Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections », octobre 2008.
- ³⁸ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-207.
- ³⁹ Une infection nosocomiale est une infection d'origine hospitalière, c'est-à-dire une infection contractée dans un établissement de soins de santé.
- ⁴⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-203 – P-204.
- ⁴¹ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 21-23.
- ⁴² Ibid., p. 21-24.
- ⁴³ Ibid., p. 25-26. La confirmation du SARM par un laboratoire peut prendre jusqu'à 72 heures et celle de l'ERV, jusqu'à 96 heures.
- ⁴⁴ Ibid., p. 22-23 et 26-27.
- ⁴⁵ Ibid., p. 27.
- ⁴⁶ Ibid., p. 27-29.
- ⁴⁷ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Summary Status Table ».
- ⁴⁸ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-197.
- ⁴⁹ Ibid., p. P-203, P-211 et P-212.
- ⁵⁰ Un *Document d'information* publié par le Ministère en septembre 2008 annonçait les CFG. Voir ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « Conception des hôpitaux et lutte contre les infections », *Document d'information*, 26 septembre 2008. Page Web http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_08f/sep/f/gos_infection_prevention_fs_fr_01_20080925.pdf, consultée le 26 novembre 2008.
- ⁵¹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-195 et Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 29.
- ⁵² Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-211 – P-212.
- ⁵³ Ibid., p. P-198 – P-199.
- ⁵⁴ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 29-30.
- ⁵⁵ Ibid., p. 30-31.
- ⁵⁶ Courriel envoyé le 9 mars 2009 à la recherchiste par le vice-président, Services des soins actifs, Hôpital régional de Windsor, Windsor.
- ⁵⁷ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 31-32.
- ⁵⁸ Ibid., p. 32-33.
- ⁵⁹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Summary Status Table », et Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 32-33.
- ⁶⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 – P-210.
- ⁶¹ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 33.
- ⁶² Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 38-39.
- ⁶³ Ibid., p. 39-40.
- ⁶⁴ Ibid., p. 40.
- ⁶⁵ Ibid., p. 40-41.
- ⁶⁶ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Summary Status Table ».
- ⁶⁷ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-205.
- ⁶⁸ Ibid., p. P-212 et P-202.
- ⁶⁹ Ibid., p. P-205 - P-207.
- ⁷⁰ Ibid., p. P-212.
- ⁷¹ Ibid., p. P-211.
- ⁷² Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Building Infrastructure for Health System Preparedness », *Fact Sheet*, 4 mars 2008. Page Web http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_08/mar/materials_20080304/infrastructure_health_prep_fs_20080304.pdf, consultée le 20 novembre 2008.

ANNEXE A

Liste des témoins

Liste des témoins

Organisation

Représentant(s)

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Ron Sapsford, sous-ministre D ^r David Williams, médecin hygiéniste en chef par intérim
Association des hôpitaux de l'Ontario	Tom Closson, président et chef de la direction
Hôpital général de North York	Bonnie Adamson, présidente et chef de la direction D ^r Kevin Katz, directeur médical, Prévention et lutte contre les infections
L'Hôpital d'Ottawa	D ^r Jack Kitts, président et chef de la direction D ^{re} Kathryn Suh, directrice par intérim, Programme de prévention et de lutte contre les infections
Hôpital régional de Windsor	Karen McCullough, vice-présidente, Soins actifs et chef de direction, Soins infirmiers
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé	D ^r Michael Gardam, directeur, Prévention et contrôle des maladies infectieuses
Comité consultatif provincial des maladies infectieuses	D ^{re} Mary Vearncombe, présidente, Sous-comité de la prévention et de la lutte contre les infections
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre	Hy Eliasoph, chef de la direction
Réseau local d'intégration des services de santé d'Érié St-Clair	Gary Switzer, chef de la direction

ANNEXE B

Caractéristiques de quatre infections nosocomiales

Caractéristiques de quatre infections nosocomiales

CLOSTRIDIUM DIFFICILE (<i>C. difficile</i>)	
Infection initiale	Le patient prend généralement des antibiotiques qui réduisent les taux normaux de bonnes bactéries dans l'intestin et le côlon, ce qui permet à <i>C. difficile</i> de croître et de produire des toxines.
Effets possibles	Diarrhée; maladies intestinales plus graves (p. ex., colite) pouvant nécessiter une chirurgie; décès dans les cas extrêmes.
Transmission	Contact.
Traitements possibles	Les cas bénins peuvent ne nécessiter aucun traitement; les cas graves sont traités avec des antibiotiques.
Autres préoccupations	Peut entraîner des éclosions parce que de nombreux patients hospitalisés prennent des antibiotiques; les spores sont difficiles à détruire parce qu'elles résistent à certains produits chimiques; les détergents pour les mains à base d'alcool pourraient ne pas être aussi efficaces que le savon et l'eau.

MALADIE RESPIRATOIRE FÉBRILE (MRF)	
Infection initiale	Le patient inhale des gouttelettes contenant des organismes pathogènes; le patient touche des gouttelettes puis se touche la bouche, le nez ou les yeux; l'immunisation pré-exposition est une importante mesure préventive.
Effets possibles	Fièvre de plus de 38° C; apparition ou aggravation d'une toux; essoufflement; décès dans les cas extrêmes.
Transmission	Gouttelette ou contact.
Traitements possibles	Des antibiotiques, s'il y a lieu.
Autres préoccupations	Les gouttelettes peuvent vivre sur des surfaces pendant des heures, mais sont faciles à tuer avec des désinfectants et une bonne hygiène des mains.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)	
Infection initiale	Le <i>Staphylococcus aureus</i> (<i>S. aureus</i>) qui vit sur la peau ou le nez ou dans le côlon peut causer une infection et résister à une catégorie courante d'antibiotiques (les gens peuvent être porteurs de la bactérie sans avoir de symptômes).
Effets possibles	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.
Transmission	Contact.
Traitements possibles	Les cas bénins peuvent ne nécessiter aucun traitement; les cas

	graves sont traités avec d'autres antibiotiques.
Autres préoccupations	Les infections à SARM ne sont sans doute pas plus graves que les infections à <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)	
Infection initiale	Les entérocoques qui vivent dans le côlon et/ou ailleurs (p. ex., urine, sang, peau) peuvent causer une infection et résister à l'antibiotique vancomycine; les gens peuvent être porteurs de la bactérie sans avoir de symptômes.
Effets possibles	Fièvre, enflure, rougeurs et/ou pus; décès dans les cas extrêmes.
Transmission	Contact.
Traitements possibles	D'autres antibiotiques.
Autres préoccupations	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 d'être en contact avec le désinfectant pour une période suffisamment longue) et une bonne hygiène des mains.

Source : Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales* (Toronto : Le Bureau, septembre 2008), p. 6-7, Figure 1.

ANNEXE C

Documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI

Projets du CCPMI et du Ministère sur les compétences de base

Documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI (mai 2009)

Liste des documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI, accompagnés de leur date de publication et de leur URL.

Pratiques exemplaires en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation (mars 2006, révisé en avril 2006)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_cds_f.pdf

Prévention des maladies respiratoires fébriles (septembre 2005)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_fri_f.pdf

Pratiques exemplaires relatives à la prévention et à la lutte contre les infections au staphylocoque doré résistant et aux entérocoques (mars 2007)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_staff_f.pdf

Document sur les pratiques exemplaires de gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé (décembre 2004, révisé en novembre 2007)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_cdif_f.pdf

Pratiques exemplaires d'hygiène des mains (mai 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_hh_f.pdf

Best Practices for Surveillance of Health Care-Associated Infections in Patient and Resident Populations (juin 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_hai.pdf

Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario (septembre 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_ipcp_f.pdf

Sexually Transmitted Infections Case Management and Contact Tracing Best Practice Recommendations (avril 2009)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_sti.pdf

Au moment de la vérification, le CCPMI s'attendait par ailleurs à publier au début de 2009 des documents sur les pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement.

Projets du CCPMI et du Ministère sur les 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* rédigé en 2004, le CCPMI et le Ministère ont préparé du matériel didactique afin d'améliorer la formation du personnel de première ligne en matière de prévention des infections. Au printemps 2007, trois modules didactiques ont été élaborés et ensuite affichés sur le site Web du Ministère à l'intention des professionnels de la santé. La liste des modules accompagnés de leur URL figure ci-dessous.

Routine Practices Module (Pratiques courantes de prévention des infections)
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/routine_practices/scorm/RoutinePractices.html

Hand Hygiene Module (Hygiène des mains)
<http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/handwashing/flash/handhygiene.html>

Chain of Transmission Module (Chaîne de transmission des infections)
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/chain_of_trans/scorm/chainTrans.html