

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

---

# COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

## PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION DANS LES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

(Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06)

2<sup>e</sup> session, 39<sup>e</sup> législature  
60 Elizabeth II

**Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada**

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics

Prévention et contrôle de l'infection dans les foyers de soins de longue durée (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06) [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre : Infection prevention and control at long-term care homes (Section 3.06, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Monographie électronique en format PDF.

Également publ. en version imprimée.

ISBN 978-1-4435-5344-2

1. Infections nosocomiales—Ontario—Prévention. 2. Établissements de soins de longue durée—Ontario—Évaluation. I. Titre. II. Titre: Literacy and Numeracy Secretariat (Section 3.06, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

RA644.N66 O5614 2010

353.6'309713

C2010-964073-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  
Février 2011

**COMPOSITION DU  
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

2<sup>e</sup> session, 39<sup>e</sup> législature

**NORMAN W. STERLING**  
Président

**PETER SHURMAN**  
Vice-président

**WAYNE ARTHURS**

**AILEEN CARROLL**

**FRANCE GÉLINAS**

**JERRY J. OUELLETTE**

**DAVID RAMSAY**

**LIZ SANDALS**

**DAVID ZIMMER**

---

**Katch Koch et Trevor Day**  
Greffiers du comité

**Lorraine Luski**  
Recherchiste

**COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

**LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ**

MARIA VAN BOMMEL a été remplacée par WAYNE ARTHURS le 22 septembre 2010.

---

**TABLE DES MATIÈRES**

PRÉAMBULE	1
Remerciements	1
VUE D'ENSEMBLE	1
Objectifs et portée de la vérification	1
Cadre législatif et réglementaire	2
Nombre et catégories de foyers	3
Administration et financement des foyers de SLD	3
Risque d'infection chez les pensionnaires des foyers de SLD	4
Infections associées aux soins de santé (IASS)	4
Rôles et responsabilités à l'égard de la prévention et du contrôle des infections	4
ENJEUX SOULEVÉS DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ	5
Dépistage	5
Utilisation des chambres à un lit	7
Infections urinaires	8
Immunisation	9
Utilisation des antibiotiques	12
Suivi des infections	16
Établissement de données comparatives	16
Déclaration publique des indicateurs de la sécurité des patients	18
Professionnel en prévention et contrôle des infections	21
LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS	23

## PRÉAMBULE

En mai 2010, le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences publiques sur la prévention et le contrôle de l'infection dans les foyers de soins de longue durée, sujet dont le vérificateur général a traité dans son *Rapport annuel 2009*<sup>1</sup>. Ont comparu devant le Comité le sous-ministre et des cadres supérieurs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), ainsi que des représentants des trois foyers de soins de longue durée qui avaient été vérifiés : Extendicare York (une maison de soins infirmiers à but lucratif de 288 lits à Sudbury), Nisbet Lodge (un foyer de bienfaisance de 103 lits à Toronto) et Regency Manor (une maison de soins infirmiers à but lucratif de 60 lits à Port Hope). Le présent rapport reprend l'essentiel des observations et recommandations formulées par le vérificateur dans la section 3.06 de son *Rapport annuel 2009* et présente les propres constatations, opinions et recommandations du Comité.

## Remerciements

Le Comité permanent souscrit aux constatations et recommandations du vérificateur. Il désire remercier le vérificateur et son équipe pour avoir attiré l'attention sur l'importante question des maladies infectieuses dans les foyers de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario et des mesures prises par ces foyers pour prévenir et contrôler ces infections<sup>2</sup>. Le Comité permanent désire également remercier les représentants du Ministère et d'Extendicare York, Nisbet Lodge et Regency Manor qui ont assisté aux audiences. Enfin, le Comité tient à souligner l'aide qu'il a reçue du Bureau du vérificateur général, du greffier du Comité et du personnel du Service de recherches de l'Assemblée législative durant les audiences et à l'étape de la rédaction du rapport.

## VUE D'ENSEMBLE

### Objectifs et portée de la vérification

En septembre 2008, le vérificateur a publié un rapport spécial sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Le 29 octobre de la même année, le Comité des comptes publics a tenu des audiences publiques en réponse à cette vérification et publié un rapport. Le vérificateur a décidé d'examiner le même problème dans les foyers de SLD.

La vérification visait à déterminer si les foyers de SLD sélectionnés appliquaient des politiques et procédures efficaces de prévention et de contrôle des infections.

<sup>1</sup> Pour une transcription des délibérations, voir : Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39<sup>e</sup> législature, deuxième session (12 mai 2010), site Internet ([http://www.ontla.on.ca/committee-proceedings/transcripts/files\\_pdf/12-MAY-2010\\_P006.pdf](http://www.ontla.on.ca/committee-proceedings/transcripts/files_pdf/12-MAY-2010_P006.pdf)) consulté le 7 octobre 2010.

<sup>2</sup> Voir : Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2009*, Toronto, le Bureau, 2009, section 3.06, p. 159-185, site Internet ([http://www.auditor.on.ca/fr/rapports\\_fr/fr09/306fr09.pdf](http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr09/306fr09.pdf)) consulté le 7 octobre 2010.

Le travail de vérification a été réalisé aux trois foyers de SLD mentionnés plus haut. Ont été exclus de la vérification les foyers municipaux de SLD, car la *Loi sur le vérificateur général* ne s'applique pas aux subventions consenties à des administrations municipales (sauf que le vérificateur général peut examiner les livres comptables d'une municipalité afin de déterminer si une subvention a été dépensée aux fins escomptées).

L'équipe de vérification a examiné les rapports d'inspection et d'autres rapports du Ministère liés à la prévention et au contrôle des infections dans les trois foyers. L'équipe n'a pas examiné en profondeur le processus d'inspection du Ministère, car le Bureau de l'ombudsman de l'Ontario se penchait sur ce processus au moment de la vérification.

En raison de leur effet négatif potentiel sur la santé des pensionnaires, le vérificateur a ciblé quatre 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). Chacune de ces maladies peut être transmise par contact. Il est donc essentiel de se laver les mains et de nettoyer et désinfecter les surfaces de contact pour en prévenir la transmission. Le vérificateur a également examiné les mesures de prévention des infections urinaires et des ruptures de l'épiderme (telles que les plaies de lit) susceptibles de s'infecter.

### **Cadre législatif et réglementaire**

La *Loi sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été adoptée en 2007. La nouvelle Loi et ses règlements d'application (entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010) remplacent trois lois distinctes régissant les foyers de soins de longue durée<sup>3</sup> ainsi que le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée*. La nouvelle loi et ses règlements prévoient notamment :

- un examen détaillé, dans le cadre du processus d'inspection, des programmes, procédures et mesures de prévention et de contrôle des infections dans chaque foyer de SLD en Ontario;
- des programmes de prévention et de contrôle des infections, dont la surveillance quotidienne des pensionnaires dans tous les foyers de SLD afin de détecter la présence d'infections;
- des mesures pour prévenir la transmission de ces infections;
- des normes et des exigences que les programmes de prévention et de contrôle des infections des foyers de SLD doivent respecter<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> La *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les établissements de bienfaisance* et la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*.

<sup>4</sup> Voir : Normes et exigences, par. 86 (3), *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, site Internet à [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_07108\\_fihtm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_07108_fihtm).

## Nombre et catégories de foyers

En Ontario, plus de 600 foyers de SLD offrent des soins, des services et un logement à environ 75 000 personnes, dont la plupart ont plus de 65 ans, qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24 et de supervision dans un environnement sûr. Les foyers de SLD deviennent en substance le « domicile » de la plupart de leurs clients. Il y a quatre catégories de foyers : les maisons de soins infirmiers à but lucratif, les maisons de soins infirmiers sans but lucratif, les établissements de bienfaisance et les foyers municipaux pour personnes âgées (voir la Figure 1). Près de 60 % des foyers se classent dans la première catégorie.

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

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

Type	N <sup>bre</sup> de foyers	N <sup>bre</sup> de lits
foyer de soins infirmiers (à but lucratif)	353	40 100
foyer de soins infirmiers (sans but lucratif)	95	11 200
foyer de bienfaisance (sans but lucratif)	54	7 500
foyer municipal (sans but lucratif)	103	16 400
<b>Total</b>	<b>605</b>	<b>75 200</b>

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

## Administration et financement des foyers de SLD

En 2009-2010, le Ministère a accordé un financement de 2,9 milliards de dollars aux foyers de SLD par l'intermédiaire des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)<sup>5</sup>. Le Ministère a également versé 0,4 milliard de dollars additionnels directement aux foyers de SLD, ce qui a porté le financement total de ce secteur à 3,3 milliards de dollars en 2009-2010<sup>6</sup>. Selon le Ministère, le financement des foyers de SLD a augmenté de plus de 50 % depuis 2003-2004<sup>7</sup>. Comme ces montants ne couvrent qu'une partie des coûts; les pensionnaires doivent aussi payer entre 1 600 \$ et 2 200 \$ par mois (environ) pour leur logement, selon qu'ils occupent une chambre de base, à deux lits ou individuelle.

<sup>5</sup> En 2009-2010, les dépenses de fonctionnement du Ministère pour plus de 600 foyers de SLD, réparties entre les 14 RLISS, totalisaient 2 877 608 964 \$. Voir : Ontario, Ministère des Finances, *Comptes public de l'Ontario 2009-2010*, États des ministères et annexes, vol. 1, Toronto, le Ministère, p. 2-240 à 2-243.

<sup>6</sup> Les données financières indiquant la répartition entre le financement des RLISS et le financement géré par le Ministère ont été fournies par des cadres supérieurs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le 26 novembre 2010.

<sup>7</sup> Le financement total des foyers de SLD est passé de 2 116 615 872 \$ en 2003-2004 à 3 261 455 653 \$ en 2009-2010. Voir *ibid.*

Comme les activités de prévention et de contrôle des infections sont intégrées à leurs opérations, aucun des trois foyers visités par l'équipe de vérification ne faisait un suivi séparé des coûts associés à cet aspect des soins de santé.

### **Risque d'infection chez les pensionnaires des foyers de SLD**

Les pensionnaires des foyers de SLD courent un risque élevé de contracter des maladies infectieuses, car il leur arrive souvent de partager une chambre et ils ont l'habitude de manger ensemble et de participer à des activités de groupe. Leurs risques d'infection sont généralement plus importants que ceux du grand public en raison de leur âge, de leur vulnérabilité à la maladie et de leurs déficiences cognitives.

### **Infections associées aux soins de santé (IASS)**

Lorsqu'un pensionnaire contracte une infection, celle-ci est considérée comme une infection associée aux soins de santé (IASS). La gravité des effets des IASS sur les pensionnaires peut aller d'un malaise à une affection qui doit être traitée aux antibiotiques ou qui nécessite même l'hospitalisation. Dans les cas les plus graves, les IASS peuvent provoquer la mort.

Il n'existe pas de renseignements sur le nombre total d'IASS qui se déclarent chaque année dans les foyers de l'Ontario, mais des études indiquent que l'infection est l'une des raisons les plus répandues de l'hospitalisation des pensionnaires. Selon une étude américaine, elle serait la principale cause médicale d'environ 27 % des cas d'hospitalisation.

### **Rôles et responsabilités à l'égard de la prévention et du contrôle des infections**

Le Ministère établit des normes de soins et inspecte chaque foyer une fois l'an sans s'annoncer afin de vérifier s'il se conforme à la loi et aux politiques du Ministère et de surveiller certains aspects de la prévention et du contrôle des infections.

Les foyers doivent adopter des politiques et procédures efficaces de prévention et de contrôle des infections.

Les médecins et le personnel infirmier qui travaillent dans les foyers assument eux aussi des responsabilités professionnelles en prévention et contrôle des infections, lesquelles sont énoncées dans les normes et lignes directrices publiées par leurs ordres de réglementation respectifs.

Les autres employés des foyers, dont les préposés aux services de soutien à la personne et le personnel de l'entretien ménager, de même que les pensionnaires et les visiteurs, ont tous un rôle à jouer dans la prévention et le contrôle des infections. C'est également le cas d'autres organismes tels que les 14 Réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI) et les bureaux locaux de la santé.

publique. Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), pour sa part, donne des conseils fondés sur des preuves concernant de multiples aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses au médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. Le CCPMI a été mis sur pied à la suite de l'épidémie de SRAS qui s'est déclarée en Ontario et dans d'autres régions du monde en 2003. Il a publié, à l'intention des foyers de SLD, des guides de pratiques exemplaires contenant des lignes directrices et des recommandations formulées par des entités telles que l'Agence de la santé publique du Canada et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

## **ENJEUX SOULEVÉS DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ**

D'importantes questions ont été soulevées dans le cadre de la vérification et devant le Comité, qui accorde une importance particulière aux questions examinées ci-après :

### **Dépistage**

Le dépistage aide les foyers à repérer les nouveaux pensionnaires atteints d'une maladie infectieuse ou porteurs d'un organisme infectieux et à prendre des mesures et précautions supplémentaires. Des échantillons sont prélevés auprès des pensionnaires à risque puis envoyés à un laboratoire, qui détermine si les personnes concernées sont effectivement atteintes.

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) considère le dépistage comme une étape importante dans la prévention de la propagation d'une maladie ou d'un organisme infectieux à d'autres pensionnaires, au personnel et aux visiteurs.

Les trois foyers vérifiés avaient tous mis en place des politiques obligeant les pensionnaires à se soumettre à un test de dépistage des maladies respiratoires fébriles (MRF), mais seulement deux d'entre eux documentaient ce processus. Le vérificateur a toutefois constaté que, dans ces deux foyers, seulement 60 % à 80 % des nouveaux pensionnaires échantillonnés avaient subi un test de dépistage. Dans le troisième foyer, il n'a trouvé aucune preuve que des tests en règle de dépistage des MRF avaient été effectués.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de SLD vérifient si leurs processus de dépistage sont conformes aux recommandations du CCPMI et aux exigences des lois en vigueur.

### **Audiences publiques**

Les membres du Comité ont posé des questions sur les processus ou protocoles formels de notification pour le transfert d'un pensionnaire d'un foyer de SLD à un hôpital, d'un hôpital à un foyer de SLD, et d'un foyer de SLD à un autre, lorsqu'on soupçonne que la personne en question est atteinte d'une maladie infectieuse.

Les témoins ont donné les réponses suivantes<sup>8</sup> :

- Lorsqu'un foyer soupçonne une épidémie, ses dirigeants en avisent immédiatement les responsables de la santé publique et continuent de surveiller la situation. Les services de santé publique, quant à eux, déterminent si le foyer doit continuer de surveiller la situation ou s'il fait face à une épidémie.
- S'ils déterminent qu'une épidémie s'est effectivement déclarée, les responsables de la santé publique communiquent avec des fournisseurs de soins communautaires et, selon la gravité de l'épidémie, déterminent si le public doit en être informé. Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), qui coordonnent les transferts entre les foyers de SLD, informent le foyer d'accueil de l'épidémie possible; c'est à ce dernier que revient la décision d'admettre ou de refuser le pensionnaire. Les fonctionnaires du Ministère ont précisé que les pensionnaires transférés à un autre foyer devaient subir un test de dépistage au moment de leur admission.
- Les pensionnaires ayant besoin de services hospitaliers d'urgence qui sont atteints d'une maladie infectieuse ou qui sont logés dans un foyer où une épidémie est soupçonnée peuvent quand même être transférés à un hôpital de soins actifs, et la présence de l'infection ou de l'épidémie soupçonnée au foyer doit être divulguée dans le formulaire de transfert.
- En collaboration avec leurs hôpitaux locaux, les foyers de SLD ont mis en place un programme pilote dans le cadre duquel une infirmière ou un infirmier en urgence traite le pensionnaire au foyer même afin de réduire le nombre de transferts des foyers de SLD aux hôpitaux. Si le pensionnaire doit quand même être hospitalisé, l'infirmière ou l'infirmier en urgence surveillera son état à l'hôpital et communiquera l'information pertinente au foyer au moment du retour. Le foyer peut notamment être avisé des infections auxquelles le pensionnaire a été exposé à l'hôpital, ce qui lui permettra d'appliquer les protocoles appropriés au moment du retour du pensionnaire. Les membres du Comité ont appris que cette procédure était en vigueur dans tous les foyers de soins infirmiers de l'Ontario.

Lorsque les membres du Comité ont demandé si les hôpitaux qui admettent un pensionnaire atteint de *C. difficile* reçoivent toujours le formulaire de transfert confirmant la présence de cette maladie infectieuse, les témoins ont répondu par l'affirmative.

### **Recommandation du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 1. Bien que les foyers de SLD et les hôpitaux entretiennent certaines communications concernant les patients atteints d'une maladie**

---

<sup>8</sup> Dans la partie suivante du rapport, le terme « témoins » désigne les représentants d'au moins un des trois foyers de SLD vérifiés.

**infectieuse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer, de concert avec les foyers de SLD et les hôpitaux, la meilleure façon de s'assurer que cette information est transmise en temps opportun pour les patients transférés d'un foyer à un hôpital ou d'un hôpital à un foyer, et rendre compte au Comité permanent des mesures à prendre à cette fin.**

### **Utilisation des chambres à un lit**

Les foyers vérifiés ont été conçus en accord avec des spécifications remontant à 1972 en ce qui concerne la dimension des chambres et le nombre de lits par chambre. Cependant, comme les foyers plus récents, ils n'ont généralement pas de chambres inoccupées pouvant accueillir les pensionnaires contagieux. Selon le CCPMI, il faut tirer le rideau autour du lit des pensionnaires souffrant d'une MRF qui partagent une chambre. Les trois foyers étaient toutefois réticents à le faire, sauf en cas de demande expresse du pensionnaire.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère élabore des consignes de manière à aider les foyers à déterminer le meilleur moyen de donner suite aux recommandations du CCPMI concernant l'isolement et le regroupement en cohorte des pensionnaires qui ont contracté ou risquent fortement de contracter des maladies infectieuses, compte tenu de la disponibilité limitée de chambres individuelles.

### **Audiences publiques**

Les représentants du Ministère ont souligné que les foyers de SLD sont d'abord et avant tout un domicile pour les pensionnaires âgés. Les plans élaborés dans le cadre de l'initiative lancée par la province pour moderniser et réaménager les foyers de SLD prévoient des chambres plus spacieuses pourvues de deux lits au maximum et de salles de toilettes accessibles en fauteuil roulant afin de bien isoler les pensionnaires atteints de maladies infectieuses. Le Ministère entend réaménager 35 000 places dans les vieux foyers de SLD au cours de la décennie qui vient. Selon les fonctionnaires, 37 foyers représentant environ 4 200 lits ont déjà pris un engagement en ce sens, et le Ministère prévoit de réaménager quelque 7 000 lits tous les deux ans.

Un représentant d'un vieux foyer de soins infirmiers a fait remarquer que le foyer en question devait être réaménagé d'ici dix ans et qu'il lui arrivait parfois de loger un patient contagieux dans son infirmerie.

Au cours de ses délibérations, le Comité s'est dit préoccupé par la répugnance de certains foyers à isoler ou regrouper en cohorte les pensionnaires contagieux, pratique exemplaire recommandée par le CCPMI. Certains membres ont cité l'exemple des foyers qui refusent de tirer le rideau autour du lit d'un pensionnaire atteint d'une MRF qui partage une chambre, sauf à la demande expresse du pensionnaire.

## 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 doit rendre compte au Comité permanent des mesures que les foyers de SLD comptent prendre pour exercer une surveillance périodique des processus de dépistage et assurer la conformité aux recommandations du CCPMI et aux exigences des lois en vigueur.**
3. **Étant donné la disponibilité limitée des chambres individuelles, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit, de concert avec les foyers de SLD et le CCPMI, examiner les recommandations du CCPMI concernant l'isolement et le regroupement en cohorte des pensionnaires qui ont contracté ou qui risquent fortement de contracter une maladie infectieuse, et rendre compte au Comité permanent des résultats de son examen.**

### Infections urinaires

Les recherches indiquent que les infections urinaires sont généralement les infections bactériennes les plus fréquemment déclarées chez les pensionnaires.

Les trois foyers avaient pour politique d'évaluer la continence dans les sept jours suivant l'admission d'un pensionnaire, puis tous les trois mois par la suite, conformément au Manuel du programme du Ministère. L'équipe de vérification a constaté que les évaluations initiales de la continence avaient été effectuées pour tous les pensionnaires échantillonnés. Dans le cas des évaluations trimestrielles cependant, un des foyers les avait presque toutes faites, mais les deux autres en avaient fait moins de 75 %.

Diverses études montrent que les pensionnaires doivent consommer 1 500 millilitres de liquide par jour pour demeurer généralement en bonne santé. Les trois foyers avaient des politiques conformes à cette règle et surveillaient la quantité de liquide consommée quotidiennement par chaque pensionnaire. L'équipe de vérification a toutefois remarqué que seulement 10 % à 20 % des dossiers examinés dans deux des foyers montraient que le pensionnaire avait consommé la quantité recommandée. En revanche, tous les dossiers examinés dans le troisième foyer montraient que les pensionnaires avaient consommé au moins le minimum recommandé.

### Audiences publiques

Durant les audiences publiques, des membres du Comité ont demandé pourquoi il était si difficile de prévenir les infections urinaires dans les foyers de SLD.

Un témoin a répondu que les infections urinaires et l'utilisation de cathéters vésicaux semblaient aller de pair. C'est pourquoi les médecins de ce foyer préfèrent ne pas utiliser de cathéters, sauf en cas de nécessité médicale. Le taux de cathétérisme du foyer est de 1,1 % par rapport à 2,9 % pour l'ensemble de la

province. En ce qui concerne les infections urinaires, le foyer a déclaré un taux de 4 %, comparativement à un taux provincial de 5,7 %, au cours du dernier trimestre. Entre 2007 et 2009, les taux d'infection urinaire dans ce foyer étaient inférieurs à la moyenne provinciale.

Pour prévenir les infections urinaires, le foyer sert de grands verres de liquide à l'heure des repas et encourage les pensionnaires à consommer plus de liquides. Le personnel surveille leur consommation quotidienne et un membre du personnel infirmier autorisé vérifie si le pensionnaire a consommé suffisamment de liquides durant chaque période de 72 heures. Les préoccupations relatives à la consommation insuffisante de liquides sont communiquées à la ou au diététiste. Un autre témoin n'avait pas de données sur le taux d'infection urinaire, mais il a indiqué que son foyer avait connu quatre infections de ce genre cette année et mis en place un programme de prévention semblable à celui décrit par les témoins qui l'ont précédé.

### Immunsisation

Le CCPMI souligne que l'immunsisation est l'une des mesures les plus efficaces à prendre pour protéger les pensionnaires et le personnel contre les maladies transmissibles. Il recommande que les foyers adoptent des programmes d'immunsisation des pensionnaires contre la pneumonie à pneumocoques et de protection annuelle contre la grippe.

Jusqu'en janvier 2009, le Ministère fixait aux foyers de SLD des taux d'immunsisation à atteindre pour leurs pensionnaires et leur personnel. Comme le montre la Figure 6 (ci-après), en 2008, les foyers vérifiés étaient généralement près d'atteindre ou dépassaient les taux d'immunsisation visés contre la grippe. Le taux d'immunsisation des pensionnaires contre les pneumocoques était toutefois inférieur aux objectifs dans les trois foyers. Le Ministère a fait savoir qu'il repensait l'utilité de mettre à jour les taux cibles de vaccination, car il n'a pas été démontré que ces objectifs faisaient augmenter le taux d'immunsisation.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de SLD continuent de promouvoir et de surveiller l'immunsisation des pensionnaires et du personnel.

**Figure 6 : Taux d'immunsisation cibles et effectifs dans trois foyers de SLD, 2008**

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

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

### Audiences publiques

Les membres ont demandé aux témoins quels étaient les obstacles à l'atteinte des taux d'immunisation cibles du Ministère pour les pensionnaires et le personnel.

#### Immunisation annuelle du personnel contre la grippe

Un témoin a déclaré qu'une infirmière-hygiéniste ou un infirmier-hygiéniste offrait un programme d'éducation sur les avantages du vaccin contre la grippe, mais que le personnel avait réagi à des informations alternatives sur Internet qui découragent l'immunisation. Le foyer a toutefois pour politique, en cas d'épidémie confirmée de grippe A ou B, de permettre aux membres du personnel de travailler seulement s'ils prennent le médicament Tamiflu ou s'ils ont été immunisés. Une représentante de ce foyer a souligné que le taux d'immunisation du personnel pour l'année en cours était de 37 % pour le vaccin contre la grippe H1N1 et de 21 % pour le vaccin contre la grippe saisonnière. Il s'agissait à son avis d'une année marginale, car le taux d'immunisation du personnel atteint généralement 60 %.

Un deuxième témoin a fait remarquer qu'en plus de lui offrir une formation, le foyer avait décerné des prix pour encourager le personnel à se faire immuniser, mais que des messages publics contradictoires sur le vaccin H1N1 avaient suscité des craintes dans l'esprit du personnel. La vaccination devrait être obligatoire pour le personnel; il serait autrement impossible pour le Ministère d'atteindre l'objectif de 70 %.

Un troisième témoin a parlé des difficultés associées au programme d'immunisation au cours de la dernière saison de grippe : le vaccin H1N1 et le vaccin contre la grippe saisonnière ont été administrés à différents moments de l'année, et beaucoup d'employés pensaient qu'ils n'avaient pas besoin du vaccin contre la grippe saisonnière parce qu'ils avaient déjà été immunisés contre le virus H1N1. Les employés sont généralement immunisés en lieu de travail mais, étant donné la disponibilité intermittente des vaccins cette année, certains d'entre eux se sont fait vacciner en dehors du lieu de travail.

### Renseignements supplémentaires

Statistique Canada a diffusé les données autodéclarées suivantes sur la saison de grippe 2009-2010 et le taux d'immunisation :

- 60 % des Canadiens n'ont pas été vaccinés contre le virus H1N1. Les raisons les plus fréquemment citées étaient, en ordre descendant, qu'ils ne « pensaient pas que cela était nécessaire », qu'ils « n'avaient pas encore eu le temps de s'en occuper » et que le vaccin pH1N1 leur faisait peur (pour des raisons non précisées).
- 66 % des travailleurs des soins de santé disaient avoir été vaccinés contre le virus H1N1.

- 55 % des Canadiens ayant des problèmes de santé chroniques disaient avoir été vaccinés.
- C'est en Ontario qu'on enregistrait le taux de vaccination provincial le plus faible (32 %). Comme l'Ontario est la seule province à avoir lancé une campagne de vaccination universelle contre la grippe, ce résultat était surprenant. (C'est à Terre-Neuve-et-Labrador que le taux de vaccination était le plus élevé : 69 %.)
- En règle générale, 32 % des Canadiens se font vacciner contre la grippe saisonnière.
- Selon l'Agence de la santé publique du Canada, un total de 428 Canadiens sont morts de la grippe H1N1 et des milliers d'autres ont été infectés<sup>9</sup>.

#### Immunsation des pensionnaires contre les pneumocoques

Le Comité a appris que le vaccin contre les pneumocoques était offert aux pensionnaires au moment de leur admission au foyer de SLD et que ceux-ci pouvaient choisir de se faire vacciner ou de refuser le vaccin. Dans un foyer, le taux de vaccination est passé de 63 % en 2008 à 91 % en 2009. Les représentants de ce foyer avaient pour stratégie d'expliquer les avantages du vaccin aux pensionnaires et au conseil de famille. Les pensionnaires récemment arrivés sont plus enclins à se faire vacciner. Un témoin d'un autre foyer a déclaré que les avantages de la vaccination étaient expliqués au conseil de famille et lors de la conférence sur les soins au moment de l'admission, mais que certains pensionnaires exerçaient leur droit de refuser le vaccin.

Les audiences ont donné lieu à une discussion sur les différents taux d'immunsation contre les pneumocoques et contre la grippe. Des témoins ont expliqué pourquoi le taux d'immunsation des pensionnaires des trois foyers était inférieur à l'objectif du Ministère pour les pneumocoques mais approchait de la cible pour la grippe. Alors que les foyers administrent le vaccin contre la grippe une fois l'an, le vaccin contre les pneumocoques dure plus longtemps et est donc généralement offert aux pensionnaires au moment de l'admission et de nouveau cinq années plus tard. Un deuxième témoin a confirmé que son foyer de SLD observait la même pratique. Ceci pourrait expliquer la différence entre les taux d'immunsation des pensionnaires contre les pneumocoques et contre la grippe saisonnière.

Des représentants du Ministère ont indiqué qu'il fallait faire plus attention à l'efficacité des mesures prises pour accroître le taux d'immunsation des pensionnaires et du personnel. Ils ont fait remarquer que les campagnes d'immunsation contre la grippe étaient surtout orchestrées par les services de santé publique. Des fonctionnaires ont également reconnu que la campagne de vaccination contre le virus H1N1 avait déraillé la campagne contre la grippe saisonnière au cours de l'année écoulée. L'un d'eux a suggéré qu'il faudrait

---

<sup>9</sup> Jeff McIntosh, La Presse canadienne, « H1N1 shots skipped by 60% of Canadians », *CBC News*, 30 septembre 2010.

envisager de déclarer les taux d'immunisation enregistrés dans les différents foyers et organismes.

### **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 doit indiquer s'il exigera de chaque foyer de SLD qu'il rende publics les taux d'immunisation de ses pensionnaires et de son personnel contre la grippe, notamment en affichant ces taux dans un lieu bien en vue du foyer durant la saison de grippe. Le Ministère doit aussi indiquer au Comité permanent s'il affichera sur son site Web public les taux d'immunisation annuels (des pensionnaires et du personnel) contre la grippe pour chacun des quelque 600 foyers de SLD de l'Ontario.**
5. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des résultats de son évaluation des avantages et inconvénients des programmes obligatoires d'immunisation contre la grippe pour le personnel des foyers de SLD.**

### **Utilisation des antibiotiques**

Les pensionnaires des foyers prennent des antibiotiques principalement pour combattre des infections. Selon les recherches, il existe une association entre le recours accru aux antibiotiques et la résistance des infections à certains d'entre eux. De plus, les personnes qui prennent des antibiotiques courent un risque accru de contracter certaines infections (comme le *C. difficile* et le SARM). Une étude des foyers de SLD canadiens révélait que des antibiotiques avaient été prescrits à 79 % des pensionnaires sur une période d'un an.

Au contraire des hôpitaux, les foyers de SLD ne sont pas tenus de déclarer les éclosions de *C. difficile* au bureau local de santé publique ni les épidémies au Ministère, même si beaucoup d'entre eux le font. En 2008-2009, 81 éclosions de *C. difficile* dans des foyers ont été signalées au Ministère. Le vérificateur a constaté que le recours judicieux aux antibiotiques s'était révélé un moyen efficace de réduire l'incidence de *C. difficile*.

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

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

- d'examiner l'utilisation effective des antibiotiques afin de déterminer s'ils ont été prescrits de façon appropriée.

Aucun des trois foyers vérifiés n'avait mis en œuvre le formulaire recommandé des médicaments antibiotiques, mais ils avaient tous pris certaines mesures pour surveiller l'utilisation des antibiotiques.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère, de concert avec d'autres intéressés, aide les foyers de SLD à mettre au point un formulaire de médicaments antibiotiques. Le Ministère doit également examiner périodiquement l'utilisation des antibiotiques dans les foyers de SLD afin de faciliter les mesures de suivi lorsque le taux d'utilisation semble exceptionnellement élevé.

### Audiences publiques

#### Utilisation des antibiotiques par les pensionnaires

Un des foyers de SLD est servi par trois médecins praticiens et un comité médical consultatif (CMC). Les médecins prescrivent les médicaments inscrits sur la liste du Programme de médicaments de l'Ontario et essaient d'adopter des pratiques exemplaires au moment de prescrire des antibiotiques. Par exemple, ils ne traiteront pas immédiatement aux antibiotiques un pensionnaire dont on soupçonne qu'il souffre d'une infection vésicale, sauf s'il présente des symptômes. Le CMC peut accéder à des renseignements sur les types d'antibiotiques prescrits dans ce foyer et les médecins qui les prescrivent.

Dans le deuxième foyer, le médecin peut accéder aux données de la pharmacie du foyer indiquant le nombre d'antibiotiques prescrits aux pensionnaires. Le personnel a demandé à la pharmacie de modifier son système pour qu'il demande au personnel passant une commande d'antibiotique de signaler le ou les problèmes de santé que l'antibiotique est censé traiter.

#### Groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments

En ce qui concerne la résistance aux antibiotiques et les pratiques exemplaires, des membres du Comité ont demandé aux fonctionnaires de préciser le genre de recommandations formulées par le Groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments dans les foyers de SLD.

Le Groupe de travail mixte, une initiative du Ministère et des associations de fournisseurs<sup>10</sup>, a été constitué en réponse au *Rapport annuel 2007* du vérificateur général (section 3.10, Foyers de soins de longue durée – Gestion des médicaments)<sup>11</sup>. Les cinq recommandations de son rapport étaient axées sur quatre grands thèmes :

<sup>10</sup> Les partenaires du Groupe de travail mixte comprenaient l'Ontario Long Term Care Association, l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada).

<sup>11</sup> En mai 2008, le Comité permanent des comptes publics a choisi de tenir des audiences publiques sur la section 3.10 du *Rapport annuel 2007* du vérificateur général. Dans son rapport de

- (1) la déclaration des incidents médicamenteux;
- (2) un système amélioré de rapprochement des ordonnances;
- (3) l'amélioration des processus concernant les médicaments à risque élevé chez les personnes âgées;
- (4) les stratégies et soutiens technologiques.

#### La liste Beers

Depuis que le Groupe de travail mixte a déposé son rapport en novembre 2009, les partenaires s'efforcent d'appliquer les recommandations. Ils ont notamment pris les mesures suivantes :

- L'Ontario Long Term Care Association (OLTCA) travaille avec l'Ontario Long Term Care Physicians Association à sensibiliser les intervenants du secteur à la liste Beers des médicaments à risque élevé qui, d'après les experts, feraient généralement plus de mal que de bien aux personnes âgées, telle que cette liste pourrait être adaptée à l'Ontario<sup>12</sup>.
- Le Ministère travaille avec le Conseil ontarien de la qualité des services de santé et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) à l'initiative Priorité aux résidents afin d'appliquer des méthodes d'amélioration continue de la qualité dans les foyers<sup>13</sup>.

#### Auto-évaluations de l'utilisation sécuritaire des médicaments

Des fonctionnaires du Ministère ont fait valoir un des outils mis à la disposition des foyers de SLD en conséquence du rapport du groupe de travail : les auto-évaluations de l'utilisation sécuritaire des médicaments. Environ 65 % des foyers ont entrepris une auto-évaluation méthodique de leurs processus d'administration des médicaments<sup>14</sup>. En conséquence, les foyers veillent à ce que les contrats conclus avec des pharmacies prévoient certaines conditions telles que des réunions périodiques avec le pharmacien.

---

13 pages, le Comité souscrivait aux conclusions et recommandations du vérificateur et formulait lui-même neuf recommandations. Voir : Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, Foyers de soins de longue durée – Gestion des médicaments (section 3.10, *Rapport annuel 2007* du vérificateur général de l'Ontario), première session, 39<sup>e</sup> législature, novembre 2009.

<sup>12</sup> Mise au point en 1991 par le D<sup>r</sup> Mark H. Beers, gériatologue américain, la liste repose sur certains critères tels que l'utilisation appropriée d'un médicament, son efficacité, le risque d'effets indésirables et la présence de solutions de rechange plus sécuritaires. Mise à jour en 2002, elle inclut une cinquantaine de médicaments ou catégories de médicaments qui sont considérés comme posant un risque élevé pour les personnes de 65 ans et plus.

<sup>13</sup> Pour en savoir plus sur cette initiative, lisez la brochure *Priorité aux résidents* ([http://www.ohqc.ca/downloads/ltc/fr/RF\\_Initiative\\_Brochure\\_2010Nov%20French.pdf](http://www.ohqc.ca/downloads/ltc/fr/RF_Initiative_Brochure_2010Nov%20French.pdf)) ou visitez [http://french.residentsfirst.ca/propos\\_du\\_residents\\_first](http://french.residentsfirst.ca/propos_du_residents_first) (site consulté le 16 octobre 2010).

<sup>14</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 117.

Lorsqu'on a demandé aux témoins ce qu'ils pensaient des auto-évaluations, l'un d'eux a reconnu que le processus même et les bulletins d'ISMP signalant des erreurs médicamenteuses typiques étaient utiles. Les témoins s'efforcent d'améliorer les pratiques d'administration des médicaments — dont la prescription de narcotiques choisis aux pensionnaires. L'un d'eux a dit qu'il arrivait parfois aux médecins du foyer de prescrire des narcotiques très puissants (comme Fentanyl) aux pensionnaires. Le foyer a donc demandé à la pharmacie partenaire d'intégrer une alerte à son système de manière à ce que les médecins qui prescrivent des médicaments de ce genre soient tenus d'examiner les antécédents pharmaceutiques du pensionnaire. La pharmacie du foyer a dressé une liste d'environ 20 médicaments à risque élevé qui généreront de telles alertes dans le système. Ces alertes encouragent les communications entre la pharmacie et le médecin. Le système fonctionne bien. Un médecin a récemment remercié la pharmacie d'un foyer après avoir reçu une alerte qui l'avait amené à modifier l'ordonnance d'un pensionnaire.

Les représentants d'un autre foyer ont signalé qu'ils faisaient davantage attention aux médicaments à risque élevé et au rapprochement des ordonnances. Le personnel de ce foyer a effectué une auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments et passé en revue les recommandations figurant dans le *Rapport annuel 2007* du vérificateur général qui se rapportent à la gestion des médicaments dans les foyers de SLD. Lorsque le foyer a présenté sa demande d'agrément en février 2010, Agrément Canada a reconnu ses efforts en gestion des médicaments et constaté qu'il satisfaisait à toutes les normes prescrites à cet égard.

### **Recommandations du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

6. **Étant donné la grande quantité d'antibiotiques prescrits à de nombreux pensionnaires des foyers de SLD et les dommages causés par les micro-organismes résistants aux antibiotiques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des mesures qu'il a prises — par exemple en prévoyant des discussions avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario — pour examiner périodiquement l'utilisation des antibiotiques dans chaque foyer de SLD.**
7. **Comme les foyers de SLD vérifiés ont trouvé utile l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments et que le Ministère a indiqué qu'environ 65 % des foyers avaient procédé à une telle évaluation, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité permanent si les foyers qui n'ont pas encore effectué l'évaluation seront tenus de le faire et dans quel délai. Le Ministère doit aussi préciser la fréquence avec laquelle les foyers seront tenus de procéder à cette auto-évaluation.**

## Suivi des infections

Bien que le Ministère ait lancé plusieurs initiatives visant à prévenir et à contrôler les maladies infectieuses dans les foyers de SLD, il ne possède pas de renseignements sur le nombre total d'IASS dans ce genre d'établissement; l'information recueillie dans les trois foyers vérifiés n'était généralement pas comparable parce que les foyers avaient différentes façons de définir et de compter les IASS.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère exige des foyers qu'ils recensent les infections et en assurent le suivi d'une manière cohérente et comparable, en utilisant à cette fin des définitions et des méthodes de surveillance normalisées.

### Audiences publiques

Des membres du Comité ont demandé aux représentants du Ministère d'expliquer le manque apparent d'uniformité dans l'identification et le suivi des infections dans les foyers de SLD.

Ceux-ci ont répondu que le Ministère devait mettre au point des mesures comparables pouvant être rendues publiques. Les règlements pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010, exigent des foyers qu'ils surveillent, consignent et analysent chaque jour les données permettant de détecter la présence d'infections chez les pensionnaires, et qu'ils fassent un examen mensuel de cette information afin de cerner les tendances. Par ailleurs, le système informatisé de gestion des soins du Ministère, dont la mise en œuvre intégrale dans les foyers était prévue pour l'été 2010, aidera les professionnels de la santé des foyers à identifier et évaluer les pensionnaires infectés. Les fonctionnaires ont fait remarquer que le système permettrait aux foyers de surveiller les infections et d'en faire le suivi de manière cohérente en se référant aux mêmes définitions. Ces données, comparables dans tous les foyers, seront transmises chaque trimestre au Ministère<sup>15</sup>.

### Établissement de données comparatives

Selon le CCPMI, cela tient d'une pratique exemplaire que d'évaluer les taux d'infection en regard de données repères. Ces dernières permettent aux foyers d'évaluer leur propre taux d'infection par rapport au taux maximum visé. Parmi les données comparatives qu'un foyer est susceptible d'utiliser figurent le taux d'infection du foyer à un moment particulier d'une année antérieure (appelé taux de base) et le taux d'incidence des infections dans d'autres foyers. Les réseaux régionaux de lutte contre les infections ont constaté en 2008 que 15 % seulement des établissements (qui étaient surtout des foyers de SLD) utilisaient des données de comparaison externes, tandis que 21 % n'en utilisaient pas du tout. Même si aucun des trois foyers n'avait établi officiellement des taux de basés, les trois

<sup>15</sup> Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Bureau du sous-ministre, section 3.06, Prévention et contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée, *Summary Status Table* (mai 2010), p. 7.

comparaient leurs données sur les infections pour l'exercice en cours aux statistiques des périodes antérieures.

Le vérificateur recommandait que le Ministère, de concert avec les foyers de SLD, établisse des taux ou données comparatives maximums cibles raisonnables pour les infections les plus prévalentes.

### Audiences publiques

Les membres du Comité ont été surpris d'apprendre que les foyers de SLD n'avaient pas de données repères externes auxquels ils pouvaient comparer leurs taux d'infection et demandé pourquoi aux représentants du Ministère.

Ceux-ci ont répondu que la gestion des épidémies de maladies infectieuses et les méthodologies connexes ne sont apparus sur le radar des soins de santé qu'après la crise du SRAS. La documentation du CCPMI met donc l'accent sur la symptomologie individuelle et les variations possibles des infections à l'intérieur d'un foyer, entre les foyers et entre les collectivités. Les fonctionnaires ont souligné la nécessité de surveiller constamment les symptômes particuliers présentés par chaque pensionnaire. L'utilisation directe de données repères pourrait même induire en erreur dans certaines circonstances, selon les représentants du Ministère.

Le Ministère a fait remarquer que le suivi des maladies infectieuses dans les foyers de SLD en était encore à l'étape du développement, mais que la technologie logicielle dans ce secteur lui permettrait bientôt de capturer des données sur la déclaration, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses de façon à disposer d'importantes informations de base pour l'analyse des tendances.

Des membres du Comité ont posé des questions sur l'outil commun d'évaluation appelé RAI-MDS (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set) et demandé dans quelle mesure cet outil aidait les différents foyers de SLD à uniformiser le suivi de leurs taux d'infection. En réponse à une autre question, les fonctionnaires du Ministère ont affirmé que l'outil permettait au secteur de commencer à recueillir les données requises pour l'analyse comparative. En ce qui concerne le RAI-MDS, il a été expliqué que l'outil d'évaluation des pensionnaires aidait à gérer les soins aux patients, en plus de faciliter l'analyse comparative. Cet outil est en cours de déploiement, non seulement dans les foyers de SLD mais aussi dans d'autres établissements tels que les hôpitaux et les CASC.

Le Ministère est à évaluer l'utilité d'établir des taux ou données comparatives maximums cibles pour les infections les plus prévalentes. Il a expliqué que les taux de certaines infections, tels la grippe et les norovirus, dans chaque foyer sont souvent comparables aux taux enregistrés dans les collectivités environnantes. Les taux dépendent aussi de la vulnérabilité des pensionnaires. Selon le Ministère, les

taux effectifs pourraient donc ne pas refléter les pratiques internes qu'un foyer applique pour prévenir et contrôler les infections<sup>16</sup>.

Cela dit, chaque foyer doit établir ses propres données de référence relatives à des infections particulières (comme les infections cutanées), car il réunirait ainsi l'information dont il a besoin pour évaluer l'impact à long terme de son programme de prévention et de contrôle.

### **Recommandation du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité permanent s'il compte établir des normes repères pour les taux d'infection enregistrés dans les foyers de SLD, par type d'infection existant dans les foyers. Sinon, le Ministère doit expliquer pourquoi il a décidé de ne pas établir de telles normes.**

### **Déclaration publique des indicateurs de la sécurité des patients**

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* oblige les foyers de SLD à déclarer à leur bureau local de santé publique certaines maladies, telles la tuberculose et la grippe, aussi bien que les éclosions d'infections respiratoires et de gastroentérite. Les éclosions que les foyers signalent à leur bureau local de santé publique doivent aussi être déclarées directement au Ministère. Les foyers ne sont toutefois pas tenus de déclarer d'autres maladies infectieuses telles que le SARM et l'ERV. Bien que les hôpitaux doivent signaler (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008) toute épidémie de gastroentérite causée par le virus *C. difficile*, les foyers de SLD ne sont pas tenus de le faire.

Les hôpitaux de l'Ontario doivent déclarer publiquement plusieurs indicateurs de la sécurité des patients, dont les cas d'IASS telles que le *C. difficile*, le SARM et les ERV, de même que le respect des normes d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé. Là encore, aucune exigence de déclaration comparable ne s'applique aux foyers. Un des trois foyers a quand même publié des données sur certaines infections recensées dans ses locaux. Les deux autres foyers n'ont fourni aucune information publique sur les taux d'infection.

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

---

<sup>16</sup> *Ibid.*

## Audiences publiques

En réponse aux questions, les représentants du Ministère ont dit qu'ils appuyaient la déclaration publique des mesures de qualité dans le secteur de soins de longue durée. C'est pourquoi la province a créé le Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Le Conseil a commencé à rendre publics une trentaine d'indicateurs de la qualité provenant de certains foyers de SLD qui ont été parmi les premiers à adopter l'outil de collecte de données RAI-MDS et qui l'utilisent depuis au moins un an. Il présente les résultats obtenus dans chaque foyer et à l'échelle de la province. Les indicateurs en question comprennent des mesures de la santé qui se classent dans cinq grands domaines liés à la qualité des soins de longue durée dans la province :

- (1) maintenir les gens en santé;
- (2) assurer la sécurité des pensionnaires;
- (3) veiller à ce que les services soient axés sur les pensionnaires;
- (4) assurer l'accès aux foyers de SLD;
- (5) veiller à ce que les foyers disposent des ressources nécessaires pour répondre aux besoins des pensionnaires<sup>17</sup>.

Des membres du Comité ont soulevé un autre aspect des rapports publics auprès des représentants du Ministère. Ils ont souligné que, comme le vérificateur général l'indique à la page 205 de son *Rapport annuel 2009*, les « hôpitaux de l'Ontario doivent déclarer publiquement plusieurs indicateurs de la sécurité des patients, dont les cas de maladies infectieuses attribuables aux soins de santé, tels le *C. difficile*, le SARM et les ERV, de même que le respect des normes d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé » mais qu'aucune « déclaration comparable ne s'applique aux foyers ». Ils se demandaient pourquoi la méthodologie utilisée dans les hôpitaux ne pourrait pas s'appliquer aux foyers de SLD.

Les hauts fonctionnaires ont répondu que des équipes du Ministère examinaient la possibilité et l'utilité de déclarer des indicateurs de la sécurité des patients dans les foyers de SLD. Le Ministère doit également tenir compte du fardeau administratif que cela imposerait aux foyers. Selon les fonctionnaires, le Ministère reste déterminé à présenter des rapports publics et il possède les capacités techniques voulues pour le faire, mais il travaille encore à établir des mesures comparables.

Les hauts fonctionnaires du Ministère ont posé des questions au vérificateur sur l'analyse comparative des maladies infectieuses dans le secteur des hôpitaux de soins actifs. Le vérificateur a répondu que, dans son rapport spécial *Prévention et contrôle des infections nosocomiales*, publié le 29 septembre 2008, il recommandait que le Ministère, de concert avec les RLISS et les hôpitaux,

---

<sup>17</sup> Voir : Conseil ontarien de la qualité des services de santé, Soins de longue durée, *Questions et réponses*, site Internet ([http://www.ohqc.ca/fr/lrc\\_faq.php](http://www.ohqc.ca/fr/lrc_faq.php)) consulté le 15 octobre 2010.

envisage de déclarer les résultats dans des rapports publics<sup>18</sup>. Le Ministère a établi des lignes directrices en septembre 2008, et les IASS dans les hôpitaux font maintenant l'objet de rapports publics.

Les foyers vérifiés ont été invités à parler de leurs expériences dans la diffusion de rapports publics. Un témoin a fait remarquer que le Ministère rendait publics les résultats de l'inspection annuelle de chaque foyer. Un représentant d'un deuxième foyer a indiqué qu'il appuyait les déclarations publiques par l'entremise du Conseil ontarien de la qualité des services de santé.

---

<sup>18</sup> Voir Recommandation 4, Ontario, Bureau du vérificateur général, Rapport spécial, *Prévention et contrôle des infections nosocomiales*, Toronto, le Bureau, septembre 2008, p. 40, site Internet ([http://www.auditor.on.ca/fr/rapports\\_fr/hai\\_fr.pdf](http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/hai_fr.pdf)) consulté le 15 octobre 2010.

## Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

9. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer le Comité permanent des délais imposés aux foyers de SLD pour se conformer à l'obligation de rendre publiques des données comparables sur les indicateurs de la sécurité des patients, tels les cas de *C. difficile*, comme les hôpitaux sont déjà tenus de le faire. Si une approche graduelle est prévue, le Ministère doit signaler au Comité les indicateurs de la sécurité des patients qui seront déclarés par les foyers de SLD et la date limite à laquelle les foyers sont censés commencer à déclarer chaque indicateur.**

### Professionnel en prévention et contrôle des infections

L'équipe de vérification a observé que les trois foyers visités avaient désigné un professionnel en prévention et contrôle des infections (PPCI) conformément aux exigences du Ministère. Cependant, aucun des PPCI n'avait reçu une formation spécialisée en prévention et contrôle des infections, comme le recommandait le CCPMI. Les trois foyers ont indiqué qu'ils ne disposaient pas des ressources voulues pour donner suite à cette recommandation. Toutes les personnes désignées assumaient d'autres fonctions en sus de leur rôle de PPCI. Les foyers ont indiqué qu'il est difficile de recruter et de retenir des PPCI possédant la formation requise.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de SLD veillent à ce que les membres de leur personnel, dont les PPCI désignés, reçoivent la formation en surveillance des infections recommandée pour leur poste.

### Audiences publiques

Des membres du Comité ont demandé aux représentants du Ministère si chaque foyer avait nommé un PPCI comme il est censé le faire et, sinon, avec quelle cohérence cette exigence était appliquée.

Le Ministère a indiqué que tous les foyers avaient désigné un PPCI. La conformité à cette exigence est vérifiée lors de l'inspection annuelle de chaque foyer de SLD. Le CCPMI aimerait néanmoins que le PPCI reçoive un agrément formel en contrôle des infections. Les foyers ont du mal à se conformer à cette exigence, car le cours de formation dure deux ans en moyenne. Tous les foyers sont donc dotés en PPCI, mais ces PPCI ne sont pas agréés en contrôle des infections.

En réponse aux questions des membres, les représentants du Ministère ont indiqué qu'aucun délai ou objectif n'avait été établi jusque-là pour la formation et l'agrément des PPCI.

Les membres ont posé des questions aux témoins au sujet des PPCI désignés dans leurs foyers. Lorsqu'ils ont demandé comment les idées ou recommandations du

comité de contrôle des infections étaient communiquées au personnel de première ligne et quels étaient les résultats tangibles de ces réunions trimestrielles, un témoin a donné un exemple. Les résultats d'une vérification sur l'hygiène des mains qui ont été communiqués au personnel faisaient ressortir l'importance de se laver les mains après avoir touché des objets dans la chambre d'un pensionnaire.

Lorsqu'on leur a demandé quels étaient les liens entre les foyers et les Réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI), plusieurs témoins ont répondu qu'ils accédaient au réseau à des fins d'éducation et à l'appui d'initiatives de formation telles que la campagne *Se nettoyer les mains*. Certains foyers accèdent régulièrement aux réseaux, qu'ils considèrent comme une ressource extrêmement utile pour le soutien en éducation et le partage des informations. Certains foyers prévoient d'offrir une formation en contrôle des infections à leur personnel par l'entremise de leur réseau.

### **Recommandations du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer le Comité permanent du nombre et du pourcentage de foyers de SLD qui emploient un professionnel formé et agréé en prévention et contrôle des infections (PPCI).**
- 11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit signaler au Comité permanent d'autres façons pour les foyers de SLD d'accéder à une expertise en prévention et contrôle des infections lorsqu'il n'est pas pratique d'employer un professionnel agréé en prévention et contrôle des infections (PPCI).**

## **LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS**

Le Comité permanent des comptes publics demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de présenter ses réponses écrites aux recommandations du Comité au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

- 1. Bien que les foyers de SLD et les hôpitaux entretiennent certaines communications concernant les patients atteints d'une maladie infectieuse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer, de concert avec les foyers de SLD et les hôpitaux, la meilleure façon de s'assurer que cette information est transmise en temps opportun pour les patients transférés d'un foyer à un hôpital ou d'un hôpital à un foyer, et rendre compte au Comité permanent des mesures à prendre à cette fin.**
- 2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des mesures que les foyers de SLD comptent prendre pour exercer une surveillance périodique des processus de dépistage et assurer la conformité aux recommandations du CCPMI et aux exigences des lois en vigueur.**
- 3. Étant donné la disponibilité limitée des chambres individuelles, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit, de concert avec les foyers de SLD et le CCPMI, examiner les recommandations du CCPMI concernant l'isolement et le regroupement en cohorte des pensionnaires qui ont contracté ou qui risquent fortement de contracter une maladie infectieuse, et rendre compte au Comité permanent des résultats de son examen.**
- 4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer s'il exigera de chaque foyer de SLD qu'il rende publics les taux d'immunisation de ses pensionnaires et de son personnel contre la grippe, notamment en affichant ces taux dans un lieu bien en vue du foyer durant la saison de grippe. Le Ministère doit aussi indiquer au Comité permanent s'il affichera sur son site Web public les taux d'immunisation annuels (des pensionnaires et du personnel) contre la grippe pour chacun des quelque 600 foyers de SLD de l'Ontario.**
- 5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des résultats de son évaluation des avantages et inconvénients des programmes obligatoires d'immunisation contre la grippe pour le personnel des foyers de SLD.**

6. **Étant donné la grande quantité d'antibiotiques prescrits à de nombreux pensionnaires des foyers de SLD et les dommages causés par les micro-organismes résistants aux antibiotiques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des mesures qu'il a prises — par exemple en prévoyant des discussions avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario — pour examiner périodiquement l'utilisation des antibiotiques dans chaque foyer de SLD.**
7. **Comme les foyers de SLD vérifiés ont trouvé utile l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments et que le Ministère a indiqué qu'environ 65 % des foyers avaient procédé à une telle évaluation, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité permanent si les foyers qui n'ont pas encore effectué l'évaluation seront tenus de le faire et dans quel délai. Le Ministère doit aussi préciser la fréquence avec laquelle les foyers seront tenus de procéder à cette auto-évaluation.**
8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité permanent s'il compte établir des normes repères pour les taux d'infection enregistrés dans les foyers de SLD, par type d'infection existant dans les foyers. Sinon, le Ministère doit expliquer pourquoi il a décidé de ne pas établir de telles normes.**
9. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer le Comité permanent des délais imposés aux foyers de SLD pour se conformer à l'obligation de rendre publiques des données comparables sur les indicateurs de la sécurité des patients, tels les cas de *C. difficile*, comme les hôpitaux sont déjà tenus de le faire. Si une approche graduelle est prévue, le Ministère doit signaler au Comité les indicateurs de la sécurité des patients qui seront déclarés par les foyers de SLD et la date limite à laquelle les foyers sont censés commencer à déclarer chaque indicateur.**
10. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer le Comité permanent du nombre et du pourcentage de foyers de SLD qui emploient un professionnel formé et agréé en prévention et contrôle des infections (PPCI).**
11. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit signaler au Comité permanent d'autres façons pour les foyers de SLD d'accéder à une expertise en prévention et contrôle des infections lorsqu'il n'est pas pratique d'employer un professionnel agréé en prévention et contrôle des infections (PPCI).**