

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« INFECTIONS NOSOCOMIALES »

Direction de la gestion de l'information et des connaissances
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Montérégie
Juin 2005

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DESCRIPTION DU CONTINUUM « INFECTIONS NOSOCOMIALES »	5
<i>Typologie des services</i>	7
DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION	8
<i>Carte stratégique</i>	9
ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION	15
<i>Tableau synthèse</i>	19
CONCLUSION	20
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	21
LISTE DES COLLABORATEURS	22

INTRODUCTION

Le Québec, comme tous les pays développés, est de plus en plus confronté à une évolution technologique rapide ainsi qu'aux problématiques sociales et sanitaires que le vieillissement de la population entraîne. Dans les régimes financés publiquement comme le nôtre, la pression sur le budget des gouvernements atteint des niveaux élevés qui viennent compromettre la capacité de l'État à assumer l'ensemble de ses missions.

D'autres tendances de fond justifient également la recherche de modes d'intervention nouveaux permettant d'assurer le renouvellement du système. Des changements s'imposent, entre autres parce que nous avons évolué simultanément sur plusieurs dimensions :

- les besoins de santé aigus auxquels on a pu répondre par des services médicaux ponctuels cèdent la place à des besoins de santé associés à des conditions chroniques ou persistantes et qui sont en croissance;
- les interventions simples réalisées surtout par des médecins et des infirmières auprès de patients dans le cadre d'une visite en cabinet ou à l'hôpital, cèdent la place à des interventions plus élaborées, plus efficaces, plus coûteuses, faisant appel à des équipes multidisciplinaires opérant dans divers types d'organisations;
- les connaissances de base acquises par la formation initiale et par l'expérience cèdent la place à un univers de connaissances spécialisées et multidisciplinaires qui se renouvellent à un rythme insoutenable pour un individu isolé;
- le système de soins relativement rudimentaire et peu coûteux, essentiellement centré sur le médecin et l'hôpital, cède aujourd'hui la place à un système de santé de grande envergure qui compte pour 10 % du produit intérieur brut et pour plus de 40 % du budget de l'État.

C'est dans ce contexte en mouvance que la Loi 25, sanctionnée en décembre 2003, a lancé un projet tout aussi ambitieux que prometteur s'attaquant aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux pour la population québécoise.

La nouvelle vision, mise de l'avant par cette loi, introduit les concepts novateurs de responsabilité de population et de hiérarchisation des services. Selon cette vision, les réseaux locaux de services (RLS) devront garantir l'accès à une large gamme de services à une population définie dont ils seront responsables. Ils auront aussi à travailler dans un contexte de hiérarchisation, ce qui signifie qu'ils n'auront pas à tout produire eux-mêmes, et qu'ils devront se doter d'ententes de services pour compléter leur offre de service. Chaque réseau local sera imputable de rendre accessible une gamme complète de services généraux et spécialisés au bénéfice de sa population.

Pour faciliter la prise de décision des gestionnaires et des cliniciens dans l'élaboration de leur projet clinique, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie a mené une démarche visant à identifier les pistes d'action à fort potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

Ainsi, entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour de 15 continnum d'intervention. Chaque équipe de travail associée à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montérégienne et les services offerts. Ces zones d'inadéquation ont été validées auprès d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Deux outils d'aide à la décision ont ensuite été élaborés dans l'optique de favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes, soit : 1) la carte stratégique, et 2) le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact.

Le présent document présente les résultats de cette démarche pour le continuum « Infections nosocomiales ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « INFECTIONS NOSOCOMIALES »

Les infections nosocomiales sont des infections qui sont contractées lors d'un épisode de soins, que ce soit en externe ou lors d'un séjour dans un établissement de soins. Elles peuvent être reliées à une intervention médicale, telle que les infections de plaies chirurgicales, les infections urinaires associées à la présence d'une sonde, et secondaires à la prise d'antibiotiques. Il peut aussi s'agir d'infections reliées au partage d'un même environnement avec des personnes malades et le personnel soignant. Les microbes responsables de ces infections peuvent être sensibles ou résistants à un ou plusieurs antibiotiques. On parle de bactéries multirésistantes dans le cas où celles-ci sont résistantes à plusieurs antibiotiques.

Les infections nosocomiales constituent une cause majeure de complications lors d'un épisode de soins avec comme impact, une augmentation de la morbidité et de la mortalité, une prolongation de l'hospitalisation et une majoration importante des coûts de santé. Le taux d'infections nosocomiales est estimé à environ cinq cas pour 100 admissions hospitalières. La prévention et le contrôle des infections nosocomiales sont une responsabilité d'établissement de soins. De plus, les nouvelles dispositions législatives accroissent la responsabilité de ces derniers, face à la gestion des risques dans un processus d'amélioration de la qualité des soins.

La Direction de santé publique se préoccupe de certaines infections nosocomiales qui peuvent avoir un impact dans la communauté. C'est le cas des infections à bactéries multirésistantes et des infections qui n'ont pas le profil attendu en terme de nombre ou de sévérité, comme actuellement la diarrhée associée à l'infection à *Clostridium difficile* (DACD). Ces dernières années, l'apparition et la transmission des infections nosocomiales dues aux bactéries multirésistantes, dont le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), et les entérocoques résistant à la vancomycine (ERV), posent des difficultés dans le contexte des soins ambulatoires.

La population à risque est composée de la clientèle admise en établissement de soins (CH, CHSLD). Les facteurs de risque pour acquérir ce genre d'infection suite à un séjour dans un établissement de soins sont : patients âgés de plus de 65 ans, la présence de maladies chroniques sous-jacentes (diabète, maladies vasculaires périphériques, problèmes de santé requérant la dialyse), une hospitalisation prolongée, surtout le fait d'avoir été hébergé dans la même chambre qu'un patient porteur de ce type d'infection et l'utilisation d'antibiotiques de façon prolongée. Selon le bilan du programme canadien de surveillance des infections nosocomiales à SARM, 63 % des patients avaient plus de 65 ans. Dans la majorité des cas (72 %) l'infection à SARM avait été contractée dans un hôpital, comparativement à 7 % dans un établissement de soins de longue durée et 8 % dans la collectivité. Dans 13 % des cas, la source d'infection à SARM ne pouvait être déterminée. De plus, un lien épidémiologique (ex. : voisin de chambre) entre le cas index et un autre patient dans l'hôpital touché par le SARM a été établi pour un peu plus de la moitié des cas (52 %)¹.

¹ SIMOR, A., E. BRYCE, M. LOEB et autres. « Surveillance de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les hôpitaux canadiens? Bilan du programme canadien de surveillance des infections nosocomiales », *RMTC*, 2005, vol. 31, no 3, p. 33-40.

La colonisation par le SARM ou l'ERV est définie comme la présence de ces bactéries (SARM ou ERV) chez une personne sans signe clinique, ni symptôme d'infection. On dira alors que la personne est colonisée ou porteuse de bactéries multirésistantes (SARM ou ERV). Lorsque cette personne développe une infection à bactéries multirésistantes qui nécessite un traitement antibiotique approprié, les répercussions cliniques pour la clientèle affectée sont considérables. De façon générale, l'incidence des infections varie selon l'intensité des soins reçus. Ainsi, de 20 à 60 % des patients hospitalisés et colonisés ou porteurs de SARM présenteront une infection à cette bactérie, comparativement à 5 % des patients colonisés par le SARM recevant des soins en CHSLD. Les infections nosocomiales à SARM engendrent des problématiques majeures de santé. Le taux de mortalité, suite à une infection à SARM, est supérieur à celui d'une infection par un staphylocoque sensible aux antibiotiques, le tiers de ces infections (pneumonie, bactériémie) étant potentiellement létales. De plus, le traitement s'avère plus complexe en raison du choix thérapeutique limité souvent plus toxique et moins efficace. Dans certains cas, l'infection à SARM peut également entraîner une morbidité et des séquelles importantes. Au Canada, on estime le coût additionnel généré par un patient colonisé (frais relatifs surtout aux mesures d'isolement) à 1 360 \$ par séjour hospitalier; le coût attribuable au traitement d'une infection par le SARM est estimé à 14 360 \$ avec une prolongation de la durée d'hospitalisation de 14 jours. S'il s'agit d'une bactériémie, ce coût est estimé à 28 000 \$. Quant aux infections chirurgicales, le coût des soins triple lorsqu'il s'agit d'une infection causée par le SARM².

Puisque les cas peuvent demeurer porteurs de ces bactéries pendant quelques années, il est essentiel d'assurer une continuité au regard du patient affecté par cette condition lors de son cheminement dans le continuum de soins requis (soins aigus en CH, soins en milieux d'hébergement CHSLD et soins ambulatoires ou à domicile par le CLSC) afin d'offrir les différents services ou interventions reconnus efficaces au cours de l'évolution de cette condition (PRÉVENIR – GUÉRIR - SOUTENIR). Il sera d'autant plus important de tenir compte de cette réalité dans un contexte de transformation du réseau, qui intégrera maintenant les différents niveaux de soins en établissement et dans la communauté au sein des nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Sur le plan local, des arrimages doivent se faire entre les différents partenaires du réseau de la santé impliquant, à la fois, les ressources institutionnelles, non institutionnelles, communautaires ou privées afin que ces dernières puissent mettre en place les mesures de prévention appropriées pour éviter la propagation de ces infections dans leurs milieux.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

² SIMOR, A., T. KIM, P.L. OH (2001). « The Economic Impact of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus in Canadian Hospitals Infection Control and Hospital », *Epidemiology*, 2001, vol. 22, no 2, p.99-104.

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance locale (en CH et CHSLD) ▪ Surveillance régionale (Vigie à la Direction de santé publique) ▪ Programme intégré de prévention des infections nosocomiales : CH, CHSLD, CLSC ▪ Services professionnels en prévention des infections (PPI) ▪ Interventions médicales préventives (utilisation judicieuse des antibiotiques) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services de laboratoire - dépistage ▪ Mécanismes de signalement (continuité entre les milieux de soins) ▪ Interventions médicales de 1^{ère} ligne ▪ Interventions médicales spécialisées ▪ Services de laboratoire - diagnostic ▪ Traitement des infections 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures de soutien d'ordre pratique ou psychosocial aux personnes porteuses et à leurs proches ▪ Services d'adaptation et de réadaptation ▪ Soins palliatifs et de fin de vie ▪ Formation aux intervenants des différents milieux de vie

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Après avoir délimité les contours et les caractéristiques du continuum, le groupe de travail a procédé à l'appréciation de l'adéquation des besoins et de l'offre de service, appréciation validée par des experts du réseau le 25 novembre 2004 lors d'une journée de travail à l'Agence. C'est sur cette base solide que le groupe de travail a ensuite dégagé les zones d'amélioration potentielles, qui ont par la suite été traduites en pistes d'action.

La carte stratégique qui suit illustre les pistes d'action du continuum « Infections nosocomiales » selon deux axes d'analyse : 1) les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, tels qu'énoncés par le MSSS dans son cadre de référence sur le projet clinique³, et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum, dans son ensemble, ont été mises arbitrairement dans la section GUÉRIR. Certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

Enfin, il importe de préciser que, dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Direction des communications, MSSS, Octobre 2004, 75 p.

CONTINUUM D'INTERVENTION « INFECTIONS NOSOCOMIALES »

Carte stratégique



10. Accès ressources PPI en CH et CHSLD

6. Systématisation application-normes d'hygiène

5. Programme intégré de prévention en CH, CHSLD, CLSC

11. Dépistage à l'admission et en cours d'hospitalisation

14. Services de soutien





Activités de surveillance spécifiques

1. Systématisation de l'encadrement des activités de surveillance locale
2. Disponibilité d'activités de surveillance standardisées en CHSLD
3. Systématisation de la déclaration des éclosions de cas ERV, de DACD et d'infections à SARM
4. Systématisation de surveillance régionale (ERV, DACD et SARM en CH et CHSLD)



Guides de pratique

7. Systématisation de l'application des guides de pratique de prévention et de contrôle des infections
13. Application des guides de pratique par les médecins de 1^{ère} ligne
8. Utilisation judicieuse des antibiotiques en CH et CHSLD

A) PRÉVENIR⁴

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec ce continuum sont les suivantes :

1. La systématisation de l'encadrement des activités de surveillance locale visant la standardisation des méthodes de collecte d'information (définitions communes, unités de mesure, paramètres).
2. La disponibilité des activités de surveillance standardisées en CHSLD.

La surveillance locale des nouveaux cas de SARM, de SARIV, d'ERV, de DACD, d'acquisition nosocomiale dans chaque centre hospitalier et chaque CHSLD est sous la responsabilité des établissements. La surveillance locale est initiée à différents niveaux dans les CH, mais elle nécessite un encadrement et elle reste à être développée dans les CHSLD.

3. La systématisation de la déclaration des éclosions des cas d'ERV (CH et CHSLD), de DACD (CH) et de la déclaration des éclosions d'infection à SARM (CHSLD), telle que définie dans le cadre des MADO.

Le premier objectif de la surveillance régionale a trait à la vigie sanitaire faite par la Direction de santé publique suite à la déclaration de ces infections par les médecins et les laboratoires (MADO). Les éclosions d'infections à SARM (en CHSLD) et les éclosions d'ERV sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par les médecins, alors que l'infection à SARIV est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) par les laboratoires. La déclaration est faite à la Direction de santé publique (Programme maladies transmissibles) qui fait la saisie des éclosions et des infections dans le système informatique MADO. La définition nosologique (définition de cas) du système MADO ne comprend que les cas confirmés par un test de laboratoire. Comme les connaissances actuelles indiquent que les médecins déclarent les cas d'infections sévères, mais omettent de déclarer un bon pourcentage des autres MADO, il semble qu'il y ait une inadéquation au niveau de la surveillance régionale des éclosions d'infection à SARM et des éclosions d'ERV dans les établissements. Jusqu'à maintenant, il n'y a eu aucun cas d'infection à SARIV répertorié au Québec.

4. La systématisation de la surveillance régionale des nouveaux cas d'acquisition nosocomiale de SARM, d'ERV, de DACD en CH et en CHSLD.

⁴ La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans le présent continuum.

Le deuxième objectif de la surveillance régionale vise à dresser un portrait global des infections nosocomiales à bactéries multirésistantes et à C. difficile dans les milieux de soins (CH, CHSLD), à suivre son évolution dans le temps et permettre la comparaison entre les instances locales. De plus, cette surveillance régionale permettra d'évaluer le niveau d'atteinte de l'objectif du Plan national de santé Publique qui est de réduire de 15% l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales d'ici 2006 et plus particulièrement, d'empêcher la transmission des bactéries multirésistantes dans les milieux de soins.

À cette fin, une surveillance régionale des nouveaux cas de SARM d'acquisition nosocomiale dans les centres hospitaliers de la région existe depuis environ 1½ an sur une base continue et selon des paramètres définis au niveau régional. Ces données analysées sont ensuite retournées à chacun des CH pour suivre l'état de situation localement et régionalement. De plus, un système de surveillance provinciale et régionale des nouveaux cas de DACD d'acquisition nosocomiale dans les centres hospitaliers est en place depuis août 2004.

La surveillance régionale devrait inclure les nouveaux cas d'ERV et englober les milieux CHSLD.

5. La systématisation de l'application d'un programme intégré de prévention des infections nosocomiales en CH, CHSLD et CLSC.

Un programme intégré de prévention des infections nosocomiales permet de réduire la transmission de ces infections, incluant celles à bactéries multirésistantes et la DACD. La réalisation d'un tel programme au niveau local doit bénéficier de l'appui de toutes les directions de l'établissement. La réalisation des activités du programme intégré de prévention des infections est sous la responsabilité de professionnels en prévention des infections.

De tels programmes de prévention sont déjà mis en place à différents niveaux dans les CH et sont à développer au niveau local pour les volets CHSLD et CLSC.

6. La systématisation de l'application des normes d'hygiène de base (salubrité) dans les milieux de soins et des mécanismes de suivi appropriés.

En lien avec les lignes directrices provinciales en hygiène et salubrité qui sont en voie d'élaboration, il a été démontré qu'il y a un besoin de formation pour développer les compétences du personnel affecté à la salubrité. Des activités de mise à niveau pour répondre aux normes d'hygiène de base dans les milieux de soins, ainsi que des mécanismes de suivi des procédures recommandées sont à mettre en place.

7. La systématisation de l'application des guides de pratique en matière de prévention et de contrôle des infections par l'ensemble du personnel dans tous les milieux de soins (CH, CHSLD, CLSC, ressources d'adaptation et de réadaptation, soins palliatifs) et des mécanismes de suivi appropriés.

Il est clairement démontré que l'application des mesures de prévention et de contrôle est essentielle pour limiter la transmission nosocomiale des infections à bactéries multirésistantes et à *Clostridium difficile*.

L'application des mesures spécifiques à chacune de ces infections, telles que recommandées selon le type d'établissements, est sous la responsabilité du comité de prévention des infections des établissements. Le signalement des patients porteurs (infectés ou colonisés) de bactéries multirésistantes ou atteints de DACD doit permettre au personnel des établissements d'instaurer rapidement les mesures d'isolement et de contrôle afin de limiter la transmission de ces infections aux autres patients. Il faut s'assurer de développer et de promouvoir l'utilisation d'un mécanisme standard de signalement de patients porteurs de ces infections pour tous les établissements.

Afin que ces mesures soient connues et appliquées adéquatement par l'ensemble du personnel dans tous les milieux de soins, des sessions de formation devraient être offertes localement. Il est également recommandé de documenter la mise en application des mesures de prévention (hygiène des mains, précautions additionnelles, désinfection de l'environnement) en vérifiant le respect de celles-ci.

Les informations disponibles tendent à démontrer un besoin de formation sur les mesures de prévention et de contrôle de ces infections pour l'ensemble du personnel dans tous les milieux de soins, mais particulièrement en CHSLD, en CLSC, en ressources de réadaptation ainsi qu'en milieu de soins palliatifs. De plus, des activités d'évaluation du respect de ces mesures sont à développer au niveau local.

8. L'utilisation judicieuse des antibiotiques (règles d'utilisation, mécanismes formels de suivi, rétro-information, etc.) en CH, CHSLD.

Une surutilisation des antibiotiques dans les établissements de soins favorise le développement des infections nosocomiales, comme la DACD, et favorise l'émergence des bactéries résistantes. L'utilisation des antimicrobiens (en particulier la vancomycine) est un facteur de risque important dans l'apparition et la dissémination des bactéries multirésistantes (SARIV-ERV). Une réduction de l'utilisation de certains antibiotiques (clindamycine et des céphalosporines de 2^e et 3^e générations) engendre une diminution significative du nombre de cas des infections nosocomiales à *Clostridium difficile* dans les CH avec des taux élevés.

Un programme veillant à l'utilisation rationnelle de la vancomycine doit être en place dans les CH. Les données actuellement disponibles semblent indiquer que ce programme est en place dans la plupart des CH de la région. Un programme d'utilisation judicieuse des antibiotiques, incluant des règles et un mécanisme formel de suivi et de rétro-information aux médecins nécessitant des ressources pharmaceutiques dédiées à l'application de ce programme est à développer dans les milieux de soins (CH, CHSLD).

9. L'amélioration des compétences des ressources en PPI dans tous les milieux de soins.

On doit s'assurer que les professionnels en prévention des infections possèdent ou puissent accéder à une formation de base pour leur permettre de réaliser les tâches reliées à leur rôle.

Les données actuellement disponibles tendent à démontrer un besoin de formation pour ces professionnels afin de développer et de maintenir les compétences nécessaires.

10. L'accessibilité aux ressources en PPI en CH et en CHSLD selon les normes provinciales en vigueur.

Pour réaliser un programme de prévention des infections dans toutes ses composantes, on doit avoir accès à des ressources suffisantes de professionnels en prévention des infections, selon une norme minimale recommandée au niveau provincial, laquelle doit être rehaussée en période d'éclosion.

Au niveau du nombre de ressources actuelles en PPI, la norme d'un équivalent temps complet PPI/133 lits de soins aigus est en voie d'être atteinte pour les CH de la région. Par contre, aucun des CHSLD de la région n'est conforme à la norme d'un équivalent temps complet PPI/250 lits. Un nombre requis de ressources en prévention des infections doit être disponible dans les CH et les CHSLD.

B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention GUÉRIR comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

11. L'accessibilité au dépistage, à l'admission et en cours d'hospitalisation, conformément aux guides de pratique.

Selon les informations recueillies, l'application du dépistage à l'admission et en cours d'hospitalisation, tel que recommandé, est limité par les capacités d'analyse des laboratoires des CH. Il faut s'assurer d'avoir les ressources de laboratoire suffisantes (humaines, techniques et financières) afin d'appliquer, de façon uniforme, le dépistage dans les CH, tel que recommandé. Dans certains CH, le délai d'accès aux résultats des tests de laboratoire est à améliorer (C. difficile – ERV) selon la technique utilisée.

12. La continuité, entre les milieux de soins, des mesures de prévention et de contrôle relatives aux cas porteurs de bactéries multirésistantes (SARM, ERV) ou atteints de DACD, à l'aide d'outils de partage d'information.

Il est essentiel d'établir une communication entre les établissements lors de transfert des patients porteurs de bactéries multirésistantes (SARM, SARIV, ERV) ou atteints de DACD, afin d'instaurer rapidement les mesures d'isolement et d'offrir une prise en charge adéquate du patient.

Il faut s'assurer de développer un outil de transmission de cette information clinique lors du transfert du patient dans les différents types d'établissements, aux niveaux local, régional et interrégional.

13. L'amélioration de l'application des guides de pratique par les médecins de 1^{ère} ligne pour l'utilisation judicieuse d'antibiotiques auprès de porteurs asymptomatiques.

Il faut poursuivre la diffusion des recommandations aux médecins de 1^{ère} ligne, à l'effet de ne pas traiter avec des antibiotiques les porteurs asymptomatiques (SARM – ERV, C. difficile), ce qui peut amener l'apparition de souches de bactéries encore plus résistantes (SARIV).

C) SOUTENIR

De façon générale, le niveau d'intervention SOUTENIR comprend les services de soutien d'ordre pratique ou psychosocial, les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie. La piste d'action reliée spécifiquement à ce niveau d'intervention est la suivante :

14. L'accessibilité aux services de soutien d'ordre pratique (information et éducation) pour les cas porteurs de bactéries multirésistantes (SARM, ERV) ou atteints de DACD et leurs proches.

Les personnes porteuses de bactéries multirésistantes (SARM, ERV) doivent avoir accès à de l'information, pour eux ou leur famille, sur ces infections, sur les conséquences pour leur santé et sur les mesures appropriées à prendre pour éviter la propagation dans leur milieu de vie. Pour ce faire, il faudra favoriser la formation et outiller tous les intervenants des CLSC ou des organismes communautaires impliqués dans la prise en charge de ces patients.

ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION

Pour apprécier le potentiel d'impact populationnel de chacune des pistes d'action, les groupes de travail ont été rencontrés lors de séances au cours desquelles les membres devaient faire consensus sur les valeurs à attribuer à chacune des pistes d'action du continuum. Le tableau suivant présente les 18 éléments du questionnaire qui constituait la base de cet exercice.

LES QUATRE GRANDES VARIABLES DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT

<i>Variables</i>	<i>Éléments</i>
1. <u>Les besoins</u> concernés par l'intervention proposée par la piste.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quelle est la prévalence de la condition visée? ■ Quelle est l'évolution prévisible de cette prévalence? ■ Quel est l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition? ■ Quels sont les coûts sociaux associés à la condition?
2. <u>La puissance de l'intervention</u> proposée par la piste. La puissance de l'intervention cherche à identifier le potentiel d'une action à agir favorablement sur l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est l'effet théorique de l'action ou des correctifs proposés par la piste? ■ Quelle est la qualité de la preuve de cet effet? ■ L'action ou les correctifs proposés sont-ils éthiques⁵? ■ Quel est le degré de conformité de l'action ou des correctifs proposés avec les orientations existantes?
3. <u>L'état du déploiement actuel</u> de l'intervention proposée par la piste. Cette variable s'intéresse à la situation réelle de la mise en œuvre de l'intervention proposée.	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'intervention proposée est-elle disponible en Montérégie? ■ Dans quelle mesure rejoint-elle la clientèle? ■ Quel est le degré actuel de collaboration-coordination de l'ensemble des intervenants concernés par cette intervention? ■ Le cheminement du client en rapport avec cette intervention est-il fluide? ■ Quel niveau de qualité technique cette intervention atteint-elle actuellement? ■ Quel est le degré de pertinence⁶ de sa réalisation?
4. <u>La disponibilité des ressources</u> requises pour déployer l'intervention proposée par la piste. Cette variable cherche à traduire la disponibilité des moyens nécessaires pour produire l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est le degré de disponibilité des ressources financières? ■ Des ressources humaines? ■ Du réseautage et des éléments structurants de coordination nécessaires à la réalisation de l'intervention? ■ Du savoir-faire/expertise⁷ pour réaliser l'intervention?

⁵ La forme donnée à cet élément dans le questionnaire l'a rendu non discriminant. En conséquence, le conserver dans l'analyse ne modifie pas les résultats. Des mesures correctives sont toutefois en élaboration afin d'attribuer à cet élément une réelle capacité de mesure et de discrimination.

⁶ Dans le cadre du présent exercice, le terme « pertinence » revêt la signification suivante : réalisation de la bonne intervention, au bon moment et auprès de la bonne personne, de sorte que toute sur ou sous-utilisation de services s'en trouve évitée.

⁷ Cet élément fait ici strictement référence à l'existence d'un savoir-faire disponible et non à la disponibilité des ressources humaines compétentes pour pratiquer l'intervention.

Le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact de la page suivante résume la disposition des pistes d'action qui découle de leur analyse à l'aide des quatre grandes variables. Cette façon d'organiser les pistes d'action rend explicite leur positionnement relatif en matière d'impact potentiel auprès de la population. Les pistes d'action présentées en rouge sont des pistes pour lesquelles l'analyse a révélé, d'un point de vue régional, une difficulté au niveau de la disponibilité des ressources pour leur déploiement.

Toutes les pistes figurant au tableau synthèse ont avant tout franchi le seuil critère de la variable « puissance de l'intervention ». Chaque piste se positionne ensuite selon le score qu'elle a obtenu par rapport à la moyenne à l'aide de parenthèses, les pistes dont le déploiement apparaît contraint par la disponibilité de ressources.

Les quatre quadrants du tableau synthèse correspondent à la combinaison des variables « besoins » et « état du déploiement ». Ainsi organisée, l'information contenue dans le tableau facilite la composition d'un portefeuille équilibré d'interventions. Une piste pour laquelle les besoins s'avèrent supérieurs à la moyenne du continuum et dont le niveau de déploiement est inférieur à la moyenne offre un gain potentiel plus important qu'une piste pour laquelle, par exemple, les besoins s'avèrent inférieurs à la moyenne et dont le déploiement actuel est supérieur. Aussi, la première apparaîtra au quadrant « Impact à l'échelle de la population du continuum – Pistes de développement », tandis que la seconde figurera au quadrant « Impact à l'échelle de groupes-cibles – Pistes de consolidation ». Le tableau de la page suivante présente le tableau synthèse du continuum « Infections nosocomiales ».

Dans ce premier exercice, seules les zones d'amélioration potentielle, formulées en pistes d'action, ont été considérées. De nombreuses interventions, essentielles au bon fonctionnement d'un continuum, sont passées sous silence, parce qu'elles n'ont pas révélé d'écart entre les besoins et l'offre de service. Ces interventions doivent donc être maintenues et ne devraient pas être mises de côté au profit d'une piste d'action prometteuse. Par ailleurs, les pistes d'action dont la puissance de l'intervention n'a pas atteint le seuil défini lors de l'analyse ne se retrouvent pas dans le tableau synthèse : ces pistes sont à approfondir. Rappelons enfin que l'analyse est basée sur notre perception de la situation régionale montréalaise et que cette analyse doit être validée au niveau local.

Ces informations en main, il devient plus aisé de relever le défi qui consiste à composer un portefeuille équilibré d'interventions qui est le plus adapté possible à l'ensemble des besoins de la population visée. Ce portefeuille équilibré d'interventions devrait, par exemple tenir compte du fait que certaines pistes d'action sont déjà bien engagées dans les milieux locaux, que d'autres le sont moins et que d'autres encore requièrent l'ajout de ressources. En somme, le tableau synthèse invite les décideurs à identifier les pistes à privilégier pour répondre à l'ensemble des besoins de la population visée par le continuum, en tenant compte de la capacité ou de l'opportunité de déployer les ressources nécessaires à l'actualisation des interventions requises.

**Tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action
pour le continuum d'intervention « Infections nosocomiales »**

Pistes de développement

Pistes de consolidation

	Pistes de développement	Pistes de consolidation
Impact à l'échelle de la population du continuum	<ul style="list-style-type: none"> 1. Systématisation de l'encadrement des activités de surveillance locale 5. Programme intégré de prévention en CH, CHSLD, CLSC 6. Systématisation de l'application des normes d'hygiène de base 7. Systématisation de l'application des guides de pratique de prévention et de contrôle des infections 8. (Utilisation judicieuse des antibiotiques en CH et CHSLD) 12. Continuité des mesures de prévention et de contrôle entre les milieux de soins 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Systématisation de la déclaration des éclosions de cas d'ERV, de DACD et d'infections à SARM 4. Systématisation de la surveillance régionale (ERV, DACD et SARM en CH et CHSLD) 9. Amélioration des compétences en des ressources en PPI 10. (Accès aux ressources en PPI en CH et CHSLD) 11. Dépistage à l'admission et en cours d'hospitalisation 14. Services de soutien
l'échelle des groupes	<ul style="list-style-type: none"> 2. Disponibilité d'activités de surveillance standardisées en CHSLD 	<ul style="list-style-type: none"> 13. Application des guides de pratique par les médecins de 1^{ère} ligne

() = contraintes liées à la disponibilité des ressources

CONCLUSION

La démarche pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision, entreprise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie en juin 2004, s'inscrit dans le courant actuel qui préconise un recours accru à des données probantes dans le processus de prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Cette occasion unique de mobilisation des expertises de l'Agence a permis de développer des outils qui offrent une vue d'ensemble des pistes d'action à partir desquelles les décideurs seront en mesure de composer un portefeuille équilibré d'interventions fondées sur des données probantes, dans l'optique de répondre de manière équitable, et avec un maximum d'impact, à la diversité des besoins de la population de leur territoire.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, que ce soit au niveau de la mise en place de modalités concrètes de coordination pour la mise en œuvre des pistes d'action, du développement d'outils ou du raffinement de la méthodologie. Et pour mener à bien ce travail, l'Agence souhaite maintenir un dialogue continu avec ses partenaires, de façon à assurer un partage d'informations valides et pertinentes dans l'optique d'apprécier plus justement la performance du système de santé ainsi que son impact sur la santé et le bien-être de la population montérégienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mesures de contrôles et prévention des infections à Staphylococcus Aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec*, Québec, Comité sur les infectins nosocomiales du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2000.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mesures de contrôle et de prévention des infections à Staphylococcus Aureus ayant une sensibilité réduite à la vancomycine au Québec*, Québec, Comité sur les infections nosocomiales du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Recommandations de normes en ressources humaines pour les programmes de prévention et de contrôle des infections au Québec*, Québec, Comité sur les infections nosocomiales du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mesures de contrôle et prévention des infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec*, Québec, MSSS, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au Clostridium difficile au Québec*, 2^e éd., Québec, MSSS, 2004.

SIMOR, A., E. BRYCE, M. LOEB et autres. « Surveillance de Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline dans les hôpitaux canadiens? Bilan du programme canadien de surveillance des infections nosocomiales », *RMTC*, vol. 31, no 3, p.33-40.

SIMOR, A., T. KIM, P.L. OH. « The Economic Impact of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus in Canadian Hospitals Infection Control and Hospital », *Epidemiology*, vol. 22, no 2, 2001, p.99-104.

LISTE DES COLLABORATEURS

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE

Josée Massicotte, pilote
Constance Le Bel
Louise Normandeau
Liette Tougas
Danielle Vachon

EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU⁸

Suzanne Coache - CSSS Haut-Richelieu/Rouville
Dominique Désy - CSSS la Pommeraie
Izabella Klosowski - CSSS Richelieu-Yamaska
Dominique Lauzon - CSSS Haut-Richelieu/Rouville
Sylvie Leclerc - CSSS Haute-Yamaska
Isabelle Lecorre - Hôpital Charles LeMoyne
Hélène Lussier - CSSS Jardins-Roussillon
Pierre Martel - CSSS Champlain
Christiane Morin-Blanchet - CSSS Haut-Saint-Laurent
Mario Pagé - CSSS Sorel-Tracy
Monique St-Michel - CSSS de Vaudreuil-Soulanges
Anne Vibien - CSSS Richelieu-Yamaska

MEMBRES DU COMITÉ DE COORDINATION SUR LES CONTINUUMS

De septembre 2004 à avril 2005, les travaux sur les continuums ont été menés au sein de l'Agence sous la coordination du Comité de coordination sur les continuums formé de représentants des directions de la Planification et des Affaires publiques (DPAP), de la Santé publique (DSP), de la Direction exécutive de la gestion du réseau (DEGR).

Johanne Fournier, DPAP, responsable du comité de coordination

⁸ Personnes consultées lors du colloque régional tenu le 25 novembre 2004.

Jocelyne Audet, DEGR
Diane Bélanger, DEGR
Paul Berger, DSP
Catherine Bertrand, DEGR
Ginette Lafontaine, DSP
Aimé Lebeau, DSP

ÉQUIPE RESPONSABLE DE LA MÉTHODOLOGIE (OUTILS ET DÉMARCHE) SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE DENIS A. ROY, DIRECTEUR DE LA DGIC

Sylvie Cantin, DPAP
Liliane Foisy, DPAP
Mylène Kosseim, DPAP
Marc Lavoie, DSP

COLLABORATION À LA CONCEPTION, RÉDACTION ET PRODUCTION DES DOCUMENTS

Nicole Lemire, DPAP

COLLABORATION À LA VALIDATION DE CONTENU

Monique Benoit, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN FORME

France Salois, DPAP
Madeleine Pierre, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN LIGNE DE LA BASE DE CONNAISSANCES

Cheickh Youcefi, DPAP
Mohamed Jamali, DAFIT
Vanneth Ngan, DPAP
Catherine Houtekier, DPAP
François Simard, DPAP