

**Étude évaluative sur l'implantation et les effets du
programme de prévention et de contrôle des
bactéries multirésistantes en centre de réadaptation
en déficience physique au Québec**

RAPPORT D'ÉVALUATION

AUTEURS

Grégory Léon, Ph. D.
Lucie Beaudreau, B. Sc. inf., M. Sc.
Alejandra Irace-Cima, M.D.
Jasmin Villeneuve, M.D.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Susie Gagnon, M.A.
Danièle Francoeur, Ph. D.
Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et des services
Institut national de santé publique du Québec

Dahlia Kairy, pht, PhD
Programme de physiothérapie, École de réadaptation
Faculté de Médecine, Université de Montréal

Danie Lavoie, B. Sc. pht., M. Sc. adm.
Direction des services en déficience et en réadaptation physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Georgiana Titeica, B. Sc. inf., M. Sc.
Direction de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Marc Dionne, M.D.
Anne Fortin, M.D.
Suzanne Leroux, ICS-PCI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Madeleine Tremblay, B. Sc. inf.
Direction de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont apporté leur concours à cette évaluation. Ils remercient la Direction générale de la santé publique d'avoir financé sa réalisation.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-81816-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Table des matières

Glossaire	III
Liste des sigles et acronymes	IV
Faits saillants.....	1
Sommaire.....	2
1 Introduction.....	5
2 Prévention et contrôle des infections nosocomiales dans les établissements de santé du Québec	6
3 Organisation des services de réadaptation en déficience physique au Québec	7
4 Cadre théorique.....	9
5 Méthodologie.....	10
5.1 Population à l'étude et démarche d'évaluation	10
5.2 Sélection des installations et recrutement des participants.....	10
5.3 Collecte des données	12
5.4 Analyse des données.....	12
5.5 Approbation scientifique et éthique du projet	13
6 Résultats	13
6.1 Implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation.....	13
6.1.1 Les composantes structurelles du programme	13
6.1.2 Les activités du programme	14
6.2 Effet des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services de réadaptation	17
6.2.1 À l'admission.....	17
6.2.2 En cours de séjour	19
6.2.3 À la sortie	23
6.3 Facteurs facilitant et contraignant l'implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation.....	25
6.3.1 Facteurs facilitants	25
6.3.2 Facteurs contraignants	26
6.4 Propositions des participants pour une meilleure implantation du programme et des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes en centre de réadaptation.....	27
6.4.1 Propositions au regard des forces.....	27
6.4.2 Propositions au regard des zones de fragilités	28
7 Discussion.....	28
7.1 Interprétation des résultats	28
7.2 Forces et limites de l'évaluation	30
8 Pistes et cibles d'action.....	31
9 Conclusion	32
10 Références.....	33
Annexe 1 Modèle logique du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en établissement de santé	35
Annexe 2 Trajectoire type de services de réadaptation en déficience physique au Québec	36
Annexe 3 Modèle intégrateur de la qualité.....	37

Annexe 4	Démarche d'évaluation	38
Annexe 5	Types de participants rencontrés en entrevue.....	39
Annexe 6	Implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation en déficience physique	40
Annexe 7	Effets des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services en centre de réadaptation en déficience physique	42

Glossaire

Accessibilité : l'accessibilité se définit par l'ensemble des facteurs qui permet à la population d'accéder à un service. L'accessibilité se mesure sous différents angles comme celui de la facilité d'accès géographique et physique, les délais d'attente, un horaire adapté aux besoins des usagers ou encore à la disponibilité du personnel (ASSS Mauricie et Centre-du-Québec, 2014).

Continuité/coordination : la continuité est la capacité de fournir les soins et les services requis de façon intégrée, ininterrompue et coordonnée. Dans le contexte d'une organisation des services par niveau (services de 1^{re} ligne, de 2^e ligne et de 3^e ligne), la continuité doit s'opérer entre les partenaires internes et externes (ASSS Mauricie et Centre-du-Québec, 2014).

Éclosion : une éclosion se définit par une augmentation significative du taux d'incidence d'un agent pathogène ou d'un gène de résistance par rapport à une situation dite normale, c'est-à-dire lorsque le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas attendus (MSSS, 2017).

Efficacité : l'efficacité peut être définie comme des soins ou des services qui produisent les résultats escomptés pour les usagers.

Globalité : la globalité considère le caractère complet de tous les soins et des services requis pour répondre aux besoins de la population et des usagers (ASSS Mauricie et Centre-du-Québec, 2014).

Humanisation : l'humanisation des soins et des services fait référence à la considération que l'on porte à la personne, à une relation personnalisée, à des comportements empreints d'attention et de discrétion. Elle se traduit également par les efforts déployés pour répondre aux besoins des clientèles vulnérables (ASSS Mauricie et Centre-du-Québec, 2014).

Infections d'origine nosocomiale : les infections d'origine nosocomiale sont des infections acquises au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés (MSSS, 2006).

Installation : une installation est définie comme un lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions (MSSS^d, 2015).

Sécurité : la sécurité est la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population. Ainsi, la sécurité se traduit par une réduction du taux d'événements indésirables dans la prestation de soins et de services, une diminution de la gravité des accidents s'ils surviennent et par l'adoption de pratiques reconnues (ASSS Mauricie et Centre-du-Québec, 2014).

Liste des sigles et acronymes

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
ASI	Assistant au supérieur immédiat
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
BMR	Bactérie multirésistante
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
DSIE	Demande de services interétablissements
ERV	<i>Enterococcus</i> résistant à la vancomycine
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCI	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Faits saillants

Les infections nosocomiales constituent un problème de santé publique qui affecte la sécurité et les coûts des soins de santé. La présente évaluation suit un mandat confié à l'Institut par le ministère de la Santé et des Services sociaux et vise à soutenir la prise de décision quant à la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes en centre de réadaptation en déficience physique (ci-après, les centres de réadaptation).

Au même titre que les centres hospitaliers, les centres de réadaptation sont des installations soumises à des standards ministériels d'accès et de continuité des services ainsi qu'à des normes de gestion des risques liés aux infections nosocomiales. Une évaluation a été réalisée en centre de réadaptation afin de recueillir les perceptions des membres du personnel sur l'implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et les effets des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services.

Les résultats de l'évaluation permettent de soutenir que le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales est implanté conformément au cadre de référence ministériel dans les centres de réadaptation à l'étude. Cependant, dans un contexte de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes, plusieurs enjeux de qualité des soins et des services se révèlent dans les pratiques cliniques internes et externes. À la lumière des résultats, trois pistes d'action au niveau provincial sont formulées dans le but d'y faire face.

1. Améliorer la qualité des soins et des services des usagers faisant l'objet de précautions additionnelles pour prévenir la transmission des bactéries multirésistantes.

Les effets des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services étant plus souvent présumés que mesurés, il apparaît essentiel de les évaluer au regard d'indicateurs autres que ceux de structure, de processus et de résultat déjà en place pour évaluer le programme (ex. le délai de transfert; le délai de prise en charge; et la durée de séjour).

De plus, un sondage des employés et de la clientèle auprès d'un échantillon représentatif des centres de réadaptation du Québec permettrait d'approfondir les connaissances dans ce domaine. Une recherche-action apparaît également nécessaire afin de développer et de mettre en œuvre un cadre logique permettant de déterminer les conditions de réussite pour l'implantation de ces mesures en centre de réadaptation.

2. Comblent les besoins en ressources matérielles du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

La qualité des soins et des services intégrés de réadaptation gagnerait à être améliorée au regard de plusieurs dimensions de la qualité abordées dans cette évaluation. Divers changements apportés à l'échelle organisationnelle permettraient d'atteindre cet objectif tout en soutenant la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes (ex. augmenter le nombre de lits en chambres individuelles avec toilette non partagée; améliorer la communication interinstallations pour le suivi du statut infectieux des usagers; et créer des zones de thérapie dédiées aux usagers porteurs d'une bactérie multirésistante).

3. Consolider les connaissances du personnel au regard des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes.

La formation à l'embauche vise, entre autres, à sensibiliser l'ensemble du personnel sur les notions de base en prévention et contrôle des infections nosocomiales. En ce qui concerne les précautions additionnelles pour prévenir la transmission des bactéries multirésistantes, il apparaît nécessaire de mieux sensibiliser le personnel aux solutions mises en œuvre pour éviter les possibles effets non souhaités quant à la qualité des soins et des services et, ainsi, éviter certains écarts de perception. De plus les centres de réadaptation gagneraient à consolider les actions positives, telles que la capacité d'offrir des formations selon différentes modalités et l'évaluation des connaissances pour vérifier l'atteinte des objectifs des formations.

Sommaire

Contexte

Depuis plusieurs années, dans le contexte des réformes du système de santé visant à améliorer la qualité des soins et des services, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les directions de santé publique s'intéressent aux effets des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins dans un réseau de services intégrés. Selon une revue de la littérature, aucune étude québécoise n'a abordé ce sujet au regard de la réalité des centres de réadaptation en déficience physique (ci-après, les centres de réadaptation). La présente évaluation vise à soutenir la prise de décision quant à la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes en centre de réadaptation. Elle a été réalisée en réponse à un mandat confié par le ministère. Elle s'inscrit dans le Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (cible 22 - Évaluation et recherche).

Trois objectifs ont guidé la réalisation de cette évaluation :

1. documenter l'implantation des structures et des activités du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation;
2. décrire les principaux facteurs facilitant ou contraignant l'implantation du programme en centre de réadaptation;
3. mettre au jour les effets des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services en centre de réadaptation.

Méthodologie

Les questions de l'évaluation et l'analyse des résultats ont pris appui sur le Modèle intégrateur de la qualité, qui permet de définir et d'évaluer la qualité des soins et des services selon le point de vue des organisations et des usagers. À l'automne 2015, des entrevues individuelles ont été menées auprès de 22 employés (gestionnaires, intervenants et conseillers en prévention et contrôle des infections nosocomiales) de 4 centres de réadaptation et de 2 centres hospitaliers référents, répartis dans 4 régions sociosanitaires du Québec. Les

questions portaient sur la qualité des soins et des services intégrés de réadaptation en déficience physique dans un contexte de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes. Les données d'entretiens ont été jumelées aux notes de terrain et à une analyse documentaire (rapport de gestion, rapport d'agrément et rapport de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, lorsque disponibles) dans une stratégie de triangulation visant à assurer la validité des analyses effectuées. Le projet a obtenu l'approbation scientifique et éthique du Comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain.

Principaux constats de l'évaluation

Constat #1 : Le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales est implanté conformément au cadre de référence ministériel dans les centres de réadaptation à l'étude.

Selon l'analyse qui prend appui sur le cadre de référence ministériel daté de 2006, le programme est implanté conformément au regard de l'ensemble des composantes structurelles et des activités attendues. Bien que des centres de réadaptation contrastés aient été inclus dans l'évaluation (c.-à-d., par la taille, le type de clientèle et le type de région desservie), les matériaux collectés indiquent que les structures et les activités du programme de PCI sont assez homogènes dans ces centres. Les différences observées étaient liées au fait que certains centres ne disposent pas de lits d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive et que la responsabilité quant à l'implantation des composantes du programme est partagée avec des installations partenaires qui leur allouent des lits pour les usagers internes.

Constat #2 : Dans le contexte de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes, plusieurs enjeux de qualité des soins et des services se révèlent dans le cours des pratiques cliniques internes et externes en centre de réadaptation.

Selon l'analyse des effets du programme sur la qualité des soins et des services en centre de réadaptation, les mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes constituent des points forts au regard de la sécurité et, dans une certaine mesure, de l'humanisation. Par exemple, le personnel associe ces

mesures à l'atteinte des objectifs du programme concernant la faible incidence des infections nosocomiales, le respect des normes d'agrément, la satisfaction des usagers au regard des pratiques d'hygiène des mains du personnel et la propreté des lieux et des équipements. En contrepartie, certaines mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes génèrent des préoccupations du personnel au regard de la continuité, la globalité, l'humanisme et l'efficacité des soins et des services. Par exemple, selon le niveau de risque infectieux établi, ces mesures peuvent être associées à des délais de transfert ou de prise en charge parfois plus longs, des restrictions d'accès aux thérapies ou à des contraintes d'utilisation d'équipements. Certaines situations révèlent aussi des difficultés à protéger la confidentialité des renseignements sur le statut infectieux des usagers, des situations où les usagers faisant l'objet de restriction à la chambre perçoivent la réadaptation plus difficilement et, finalement, des difficultés à atteindre le plein potentiel de réadaptation des usagers. Les résultats de l'évaluation permettent de soutenir que ces enjeux sont connus des gestionnaires et des cliniciens et qu'ils sont pris en compte lors du processus de gestion des risques liés aux bactéries multirésistantes, assurant la sécurité individuelle et collective des usagers. De plus, l'adaptation des pratiques de réadaptation selon le risque infectieux et la présence d'interventions compensatoires peuvent se réaliser et sont décrites comme des solutions à l'égard des effets non souhaités sur la qualité des soins en centre de réadaptation.

Constat #3 : Plusieurs facteurs influencent l'implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation.

Selon l'analyse qui prend appui sur les catégories conceptuelles du modèle de Damschroder, l'accès aux connaissances et à l'information, les ressources disponibles et le soutien organisationnel pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales constituent les principales forces. Ces facteurs facilitants témoignent de l'engagement des centres de réadaptation à cet égard. En contrepartie, d'autres facteurs doivent être pris en compte afin d'accroître

l'implantation du programme : les caractéristiques structurelles et les communications interorganisationnelles, ainsi que les connaissances ou attitudes du personnel et les interactions entre l'utilisateur et le personnel. Dans un contexte de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes, ces facteurs constituent les principales zones de fragilité. Ils affaiblissent la capacité du réseau à produire des soins et services intégrés de réadaptation de qualité.

Pistes et cibles d'action

L'analyse du matériel collecté dans le cadre de cette évaluation a permis d'identifier trois grands enjeux associés à l'implantation du programme et de mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes. Pour chacun de ces enjeux, nous avons formulé des pistes d'action au niveau provincial permettant d'y faire face.

Un premier enjeu renvoie au besoin d'**améliorer la qualité des soins et des services des usagers faisant l'objet de précautions additionnelles pour prévenir la transmission des bactéries multirésistantes**. En raison du peu de données disponibles sur les effets réels de ces mesures à l'égard de la qualité des services, notamment de l'expérience de soins des usagers, nous proposons les cibles d'action suivantes de manière à approfondir les connaissances et de mieux outiller les cliniciens et les gestionnaires en centre de réadaptation :

- mesurer les effets des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes au regard d'indicateurs de qualité autres que ceux déjà en place pour évaluer le programme (ex. le délai de transfert; le délai de prise en charge; et la durée de séjour).
- réaliser une étude transversale (sondage) des effets des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services en centre de réadaptation.
- réaliser une recherche-action pour développer et mettre en œuvre un cadre logique permettant de déterminer les conditions de réussite pour l'implantation des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes en centre de réadaptation.

Un deuxième enjeu renvoie au besoin de **combler les besoins en ressources matérielles du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales**. De manière à améliorer la qualité des soins et des services intégrés de réadaptation au regard de plusieurs dimensions abordées dans cette évaluation, nous proposons les cibles d'action suivantes :

- lors de travaux d'infrastructure, augmenter le nombre de lits en chambres individuelles avec toilette non partagée.
- lors du rehaussement des outils informationnels, améliorer la communication interinstallations pour le suivi du statut infectieux des usagers.
- au niveau local (centre de réadaptation), consolider les actions positives, par exemple, l'achat d'équipements de réadaptation facilement désinfectables et des zones de thérapie dédiées aux usagers porteurs d'une bactérie multirésistante.

Un troisième enjeu renvoie au besoin de **consolider les connaissances du personnel au regard des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes**. De manière à éviter certains écarts de perception quant à la qualité des soins et des services qui peuvent être attribuables aux connaissances des individus, nous formulons les pistes d'action suivantes :

- lors de la formation à l'embauche, aborder les effets des précautions additionnelles pour prévenir la transmission des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services ainsi que les solutions mises en œuvre pour éviter les possibles effets non souhaités.
- au niveau local (centre de réadaptation), consolider les actions positives, par exemple, la capacité d'offrir des formations selon différentes modalités et l'évaluation des connaissances pour vérifier l'atteinte des objectifs de formation.

Conclusion

L'évaluation montre que le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales est implanté conformément au cadre de référence ministériel dans les centres à l'étude. Cependant, dans le contexte de

prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes, des enjeux de qualité des soins et des services intégrés se révèlent dans le cours des pratiques cliniques internes et externes.

Plusieurs hypothèses ont été soulevées par l'équipe d'évaluation en vue d'interpréter les résultats de cette étude au regard de la récente réorganisation des établissements (Loi 10). En lien avec les attentes de certains participants, la réorganisation des établissements devrait mener à une harmonisation des activités du programme (surveillance, formation, etc.) et au partage de l'expertise et des ressources (humaines, matérielles, budgétaires et informationnelles) en prévention et contrôle des infections entre les installations d'un même établissement. Dès lors, il est possible que la récente réorganisation des établissements puisse mener à une amélioration de la satisfaction du personnel au regard de certaines situations rapportées dans cette évaluation.

En contrepartie, en lien avec les incertitudes de certains participants, la création d'un seul comité de prévention et contrôle des infections par établissement fait craindre, entre autres, une perte d'influence des responsables de la prévention des infections en centre de réadaptation auprès de la direction de l'établissement. Les établissements pourraient s'assurer que les nouvelles structures organisationnelles en prévention et contrôle des infections des établissements soient conformément implantées et que les problématiques spécifiques aux centres de réadaptation soient abordées dans le cadre de ces structures. Les établissements pourraient également déterminer un modèle de table clinique de prévention et contrôle des infections nosocomiales permettant de véhiculer de manière adéquate les enjeux concernant les centres de réadaptation.

Formulées dans la perspective d'améliorer l'implantation du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales dans les centres de réadaptation, les pistes et cibles d'actions suggérées dans cette étude pourraient être intégrées dans le processus de rédaction des lignes directrices provinciales pour la prévention et le contrôle des bactéries multirésistantes en milieu de réadaptation.

1 Introduction

Les infections nosocomiales constituent un problème de santé publique qui affecte la sécurité et les coûts des soins de santé (OMS, 2011). Au Québec, le Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales confirme l'importance que le gouvernement accorde à la lutte contre ces infections (MSSS^a, 2015). En vertu des lois et des normes provinciales en vigueur sur les services de santé, le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) constitue une priorité pour tous les établissements de santé et de services sociaux afin d'assurer la sécurité des patients.

Les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) sont des installations qui aident les personnes ayant une déficience physique à retrouver une autonomie optimale et qui soutiennent leur intégration ainsi que leur participation sociale. La réadaptation implique de nombreux intervenants, équipements et appareils spécialisés qui sont partagés sur divers plateaux techniques et qui favorisent les contacts physiques. Le risque de transmission par contact d'un germe infectieux, comme une bactérie multirésistante (BMR), est donc élevé si des mesures de PCI ne sont pas correctement implantées dans ces installations. Depuis plusieurs années, dans le contexte des réformes du système de santé et des services sociaux visant à améliorer, entre autres, l'accessibilité, la continuité et la sécurité des soins et des services, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les directions de santé publique s'intéressent aux effets des mesures de prévention et de contrôle des BMR sur la qualité des soins et des services en CRDP. En effet, au même titre que les centres hospitaliers (CH), les CRDP sont des installations soumises à des standards ministériels d'accès et de continuité des services et à des normes de gestion des risques liés aux infections nosocomiales. L'atteinte d'un équilibre entre les objectifs d'accessibilité et de continuité des services de réadaptation et ceux de gestion des risques à l'égard des BMR est donc un enjeu important de l'implantation du programme de PCI en CRDP.

Les questions à l'origine du projet étaient les suivantes : quelles sont les politiques, les procédures et les pratiques de prévention et de contrôle des BMR en CRDP? Sont-elles implantées conformément aux lignes directrices québécoises? Quels sont les effets des

politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des BMR sur la qualité des soins et des services en CRDP? Les lignes directrices sont-elles appliquées de façon trop stricte ou inappropriée? Quels sont les points critiques ou les défis d'implantation?

Bien que ces questions soient fréquemment soulevées, entre autres en raison de la persistance des infections nosocomiales et la fermeture temporaire de lits en CRDP, aucune étude n'a tenté d'y répondre au regard de la réalité des CRDP au Québec. Le besoin d'approfondir les connaissances justifiait la réalisation de cette évaluation. Certaines études dans ce domaine sont disponibles pour les CH québécois, mais celles-ci ne peuvent se transposer aux CRDP puisque l'organisation des services est différente tout comme les services eux-mêmes, ainsi que les besoins de la clientèle desservie. Pour ces raisons, le MSSS a mandaté et financé l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour réaliser cette étude évaluative. Elle s'inscrit dans le Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la PCI (cible 22- Évaluation et recherche). Suivant ce mandat, une équipe multidisciplinaire composée de membres de l'unité *Évaluation de l'organisation des soins et des services* et de l'unité *Surveillance, prévention et contrôle des maladies infectieuses* a été formée. Ensuite, un comité de pilotage scientifique composé de membre de différents milieux (gouvernemental, santé publique et académique) a été formé afin d'assumer la gouverne du projet.

Les objectifs de l'évaluation étaient les suivants :

1. Documenter l'implantation des structures et des activités du programme de PCI en CRDP;
2. Décrire les principaux facteurs facilitant ou contraignant l'implantation du programme;
3. Mettre au jour les effets des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des BMR sur la qualité des soins et des services en CRDP.

Dans ce rapport, dans le but d'alléger le texte et de faciliter la lecture, le générique masculin est utilisé et désigne autant les femmes que les hommes. Quant à eux, les tableaux résumés et les figures se retrouvent dans les annexes.

2 Prévention et contrôle des infections nosocomiales dans les établissements de santé du Québec

Au cours des dernières années, le Québec s'est doté de lois, de politiques et d'outils afin de lutter contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux. Sur le plan légal, les deux principales lois qui trouvent application au regard des infections nosocomiales et de l'implantation du programme de PCI dans les établissements sont la *Loi sur la santé publique* (c. S-2.2) et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (c. S-4.2). D'autres textes mis en œuvre par plusieurs organismes et comités trouvent également application au regard du cadre légal encadrant la lutte contre les infections nosocomiales, notamment la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* (c. I-13.1.1), le Code de déontologie des médecins du Québec, les codes d'autres professionnels de la santé et, finalement, les normes québécoises et canadiennes d'agrément. Sur le plan politique, le Québec s'est doté de politiques et de plans d'action de lutte contre les infections nosocomiales qui ont récemment été renouvelés : un *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS^b, 2015); un *Plan stratégique 2015-2020* (MSSS^c, 2015) et un *Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales* (MSSS^a, 2015).

Parmi les documents de référence publiés par le MSSS et le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ, on retrouve plusieurs lignes directrices qui visent l'application de mesures de PCI uniformisées et efficaces dans les établissements. À titre d'exemple, des mesures techniques et d'ingénierie, des mesures administratives et organisationnelles et des mesures cliniques^{1, 2}. Au niveau clinique, on notera que des mesures de PCI pour deux BMR, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'*Enterococcus* résistant à la vancomycine (ERV), ont été publiées pour les besoins particuliers des CRDP (MSSS, 1998; INSPQ, 2009). On retrouve également un cadre de référence ministériel pour l'implantation du programme de PCI dans les

établissements (MSSS, 2017). On notera que ce cadre de référence vient d'être mis à jour dans le contexte de la réorganisation du réseau, mais que la version datée de 2006 a servi de document de référence lors de cette évaluation.

L'annexe 1 présente une modélisation du programme de PCI en établissement sur laquelle a pris appui l'analyse d'implantation en CRDP. Brièvement, outre les lois, les politiques, les lignes directrices et le cadre de référence précédemment décrits, les *intrants* du programme de PCI sont les structures qui assurent l'implantation et le bon fonctionnement du programme, notamment, un service de PCI, un comité de PCI et les ressources humaines, matérielles, budgétaires et informationnelles de PCI. Quant à eux, les *extrants* sont les six activités constituant le programme de PCI : i) la surveillance, ii) les politiques, les procédures et les mesures de soutien, iii) l'éducation et la formation, iv) l'évaluation du programme, v) la communication et l'information et vi) la gestion des éclosions. Les *résultats* attendus sont, entre autres, une incidence des infections nosocomiales faible ou nulle, une amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que la réduction des coûts liés aux infections nosocomiales.

Le programme de PCI vise à prévenir la transmission ou l'acquisition de germes infectieux par contact entre les usagers, le personnel et l'environnement qui sont tous les trois en relation. Quelle que soit la mission de l'installation, les pratiques de base et les précautions additionnelles pour prévenir la transmission de germes infectieux doivent être considérées comme à la base des politiques et des procédures de PCI mises en œuvre dans les établissements. Les pratiques de base s'appliquent en tout temps et à tous les usagers sans égard à leur diagnostic établi ou présumé. Elles comprennent entre autres : l'hygiène des mains; l'évaluation des risques (ex. contact avec du sang, des liquides organiques ou des sécrétions); le port de l'équipement de protection individuelle approprié selon le risque; et le nettoyage et la désinfection du matériel partagé et de l'environnement. Quant à elles, les précautions additionnelles s'ajoutent aux pratiques de base pour les usagers porteurs ou suspectés d'être porteurs d'un germe infectieux (ex. en attente d'un

¹ Publications du MSSS – Infections nosocomiales : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/infections-nosocomiales>

² Publications du CINQ : <https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales/cinq>

résultat de dépistage). Au regard des BMR, elles comprennent entre autres : le port de l'équipement de protection individuelle approprié pour tout contact avec l'usager ou son environnement; des mesures de restriction à la chambre ou au lit selon le niveau de risque; l'affichage de l'équipement de protection individuelle requis; l'équipement réservé pour les soins et les thérapies; des précautions de contact lors du transport; et la communication des précautions additionnelles à prendre à l'installation d'accueil avant le transfert d'un usager.

Au Québec, l'implantation du programme de PCI dans les établissements de santé a permis de stabiliser et, dans certains cas, de diminuer l'incidence de plusieurs infections nosocomiales. Néanmoins, la persistance de ces infections dans ce milieu demeure un indice de la difficulté d'atteindre les cibles du programme en raison de plusieurs facteurs. Les facteurs qui influencent l'implantation d'un programme de PCI en CH sont bien documentés dans la littérature (Bearman, 2014; Castro-Sánchez, 2015; De Bono, 2014; Zingg, 2015). Par exemple, les facteurs organisationnels tels que la disponibilité des ressources. De même, les effets des mesures de prévention et de contrôle des BMR sur la qualité des soins et des services sont bien documentés en CH. Selon la littérature, outre les effets bénéfiques au regard de la diminution du risque infectieux, les précautions additionnelles pour prévenir la transmission des BMR (restriction à la chambre) sont décrites comme ayant des effets non souhaités sur l'expérience de soins des usagers, la sécurité des soins en cas de chute, ou le temps passé par le personnel médical au chevet de l'usager (Abad, 2010; Jones, 2010; Morgan 2009). Une synthèse exploratoire de la littérature réalisée dans le cadre de ce projet révèle que les enjeux de qualité des soins et des services dans le contexte de prévention et de contrôle des BMR sont peu documentés en CRDP (synthèse non publiée). Quelques études d'intérêt ont été identifiées (Boscart, 2012; Colorado, 2014; Kennedy, 1997; Webber, 2012), mais aucune d'entre elles ne permet d'obtenir des éléments de réponse au regard de la réalité des CRDP du Québec.

3 Organisation des services de réadaptation en déficience physique au Québec

Avant la réorganisation des établissements en avril 2015 (Loi 10), le Québec disposait de 21 CRDP publics ou privés répartis dans 16 des 18 régions sociosanitaires du Québec, selon les données de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ). La gestion des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation pour les déficiences motrices, auditives, visuelles et du langage était confiée à ces installations dans les limites de leur vocation régionale ou suprarégionale. Depuis avril 2015, cette gestion est confiée aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui sont issus de la fusion des établissements publics d'une même région et qui ont la responsabilité d'assurer la prestation des soins et des services à la population de leur territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique. Les soins et les services en CRDP continuent, pour la plupart, à être fournis dans les mêmes points de services (environ une centaine répartis sur l'ensemble du Québec).

Les CRDP s'enchâssent dans un réseau d'installations qui offrent un continuum de services de réadaptation pour des besoins très variés (ex. traumatisme crânio-cérébral, blessure médullaire, amputation ou accident vasculaire cérébral). L'annexe 2 schématise la « trajectoire type » de services de réadaptation en déficience physique selon deux documents de référence (MSSS, 2007; ASSS Montréal, 2010). Au début de cette trajectoire, on retrouve les services préhospitaliers d'urgence pour les personnes ayant subi un traumatisme et dont la condition de santé doit être stabilisée. On retrouve également diverses installations et organisations partenaires du réseau local de services qui offrent des services de 1^{re} ligne, incluant des services spécifiques en déficience physique pour les personnes souffrant d'une maladie (ex. les centres locaux de services communautaires ou CLSC et les cliniques médicales, incluant les groupes de médecine de famille ou GMF). Une fois que le diagnostic est posé et que les besoins de réadaptation physique sont évalués, une demande de services

interétablissements (DSIE)³ est analysée par le CRDP d'appartenance de la région de la personne selon des critères prédéterminés. À la réception de la demande, le CRDP l'évalue et, sur acceptation, transmet une date de transfert à l'installation référente. Selon le type de clientèle ou la disponibilité des ressources dans une région, les demandes peuvent être acheminées vers un centre hospitalier de réadaptation mandaté. Les clientèles ayant subi un accident vasculaire cérébral ou autre atteinte neurologique, une amputation ou alors des blessures orthopédiques graves sont orientées vers les guichets uniques qui leur sont identifiés. Quant à elles, les clientèles ayant subi un traumatisme crânio-cérébral, des lésions médullaires ou des brûlures graves sont orientées vers les établissements désignés selon les ententes régionales en vigueur (ex. consortium régionaux et interrégionaux ou centres d'expertises).

Au cœur de cette trajectoire, on retrouve ainsi les CRDP à vocation suprarégionale ou régionale. Les usagers référés aux services internes (aussi dit de réadaptation fonctionnelle intensive) sont un type de clientèle dont la condition médicale ou d'autres facteurs nécessite leur admission (ex. l'éloignement géographique et le gain d'efficacité clinique). Généralement, le caractère intensif de la réadaptation interne implique une équipe multidisciplinaire et des interventions cinq jours par semaine (jusqu'à deux fois par jour selon les besoins) afin d'assurer la meilleure récupération possible des capacités fonctionnelles. Le processus de réadaptation interne inclut également des activités sociales et des congés de fin de semaine afin que les usagers développent des capacités d'autonomie et d'intégration sociale dans leur milieu de vie. On notera que dans plusieurs régions, les lits des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ne se retrouvent pas toujours en CRDP. Le cas échéant, ces services internes sont offerts en partenariat avec une installation de la région autre qu'un CRDP qui alloue des lits d'URFI au CRDP (ex. un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou CHSLD ou un CH).

À la fin de leur séjour, les usagers qui peuvent réintégrer leur domicile de façon sécuritaire reçoivent des services en externe en continuité des services internes dans le CRDP de leur région. Ces usagers

reçoivent des services par blocs d'heures d'interventions de façon plus ou moins intensive (jusqu'à cinq fois par semaine selon les besoins) sur divers plateaux techniques spécialisés. Les services externes comprennent également les services à domicile ou les services de soutien à l'intégration et au maintien dans le milieu (ex. milieu résidentiel, occupationnel ou socioprofessionnel). On précisera que l'inscription aux services externes peut également se faire suite à l'évaluation d'une demande de services adressée directement par une personne atteinte d'une déficience physique (ou sa famille) ou, alors, par l'intermédiaire d'un professionnel de la santé. Finalement, à la fin de cette trajectoire, on retrouve les CHSLD ainsi que les services à domicile et dans la communauté de première ligne (CLSC) offrant des services spécifiques de maintien des acquis fonctionnels et de soutien à l'intégration à long terme.

Au Québec, les personnes souffrant d'une déficience physique et leur famille sont confrontées à plusieurs défis au regard de la qualité des soins et des services, notamment l'accessibilité, la continuité et la pertinence (ASSS Estrie, 2007). L'accès aux services de réadaptation pose plusieurs contraintes au réseau de la santé, notamment en raison de l'étendue de l'offre de services nécessaire pour répondre aux attentes et aux besoins des personnes souffrant d'une déficience physique et de leurs proches. De plus, les services de réadaptation impliquent souvent la collaboration de plusieurs partenaires du réseau et des intervenants de disciplines diverses. Ainsi, afin d'orienter et de soutenir les services en déficience physique, le Québec s'est doté d'un cadre légal, de politiques et d'outils. Au niveau légal, la mission des centres de réadaptation est définie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (c. S-4.2, art. 84, 86 et 87). Sur le plan politique, des orientations et des standards ministériels en déficience physique sont décrits dans plusieurs documents clés (MSSS, 1995; MSSS, 2003; MSSS, 2007; MSSS, 2013), dont le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* (MSSS, 2008). Ce plan décrit les standards d'accès et de continuité (c.-à-d. d'accompagnement personnalisé : désignation d'un intervenant pivot, élaboration d'un plan d'intervention et d'un plan de service individualisé) des services de réadaptation, deux points critiques du

³ La DSIE est utilisée dans plus de 300 établissements par les responsables de liaison dans les CH, les responsables de l'accueil et des services de maintien à domicile dans les CLSC, par différents services des CHSLD et des centres de réadaptation ainsi que dans certains centres d'appels Info-Santé.

continuum de services, afin d'assurer une meilleure homogénéité dans les pratiques et les critères d'accès aux services. Selon ce plan, les délais d'accès raisonnables établis pour les CRDP varient selon le niveau de priorité des demandes de services : 72 heures suivant la réception de la demande pour le niveau de priorité urgent; 90 jours suivant l'analyse de la demande pour le niveau de priorité élevé; et à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande pour le niveau de priorité modéré. Selon un mémoire de l'AERDPQ au regard de la réorganisation du réseau, environ 77 000 personnes par année reçoivent des services de réadaptation en déficience physique, dont 52 % pour une déficience motrice. L'accessibilité des services de réadaptation demeure un enjeu prioritaire malgré les progrès réalisés au cours des 10 dernières années (AERDPQ, 2014).

4 Cadre théorique

Les questions de l'évaluation ont été conceptualisées sur la base du Modèle intégrateur de la qualité, qui est schématisé à l'annexe 3. Ce modèle théorique est connu du réseau de la santé, car il est utilisé dans plusieurs cadres de référence sur la qualité des soins et des services (AERDPQ, 2010). Il présente les différentes perspectives de la qualité dans lesquelles ont été introduites plusieurs dimensions de la qualité. Au cœur de ce modèle, on retrouve l'utilisateur qui représente la cible des actions des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. On notera que l'annexe 3 ainsi que les définitions présentées dans les paragraphes qui suivent sont tirées de publications du réseau (ASSS Estrie, 2011; ASSS Mauricie et Centre-du-Québec, 2014; Cantin et Rocheleau, 2006).

Les perspectives de la qualité

La qualité se définit et s'évalue de façon différente selon qu'elle soit perçue du point de vue des organisations ou du point de vue des usagers.

- La *qualité attendue* est principalement déterminée par les attentes, implicites ou explicites, des clientèles, de la communauté et du grand public. Ces attentes sont à leur tour influencées par les besoins de ces personnes ou de ces groupes liés à leur condition.
- La *qualité voulue* est déterminée par les décideurs (ex. : administrateurs, ordres professionnels et gestionnaires) et elle se traduit par les différents cadres normatifs ou législatifs servant d'assises à la vision, aux valeurs et aux orientations stratégiques des organisations.
- La *qualité rendue* comprend les différents processus permettant de vérifier l'application des cadres normatifs et l'atteinte des résultats convenus (ex. les processus d'agrément). La qualité rendue mesure ainsi les écarts entre la qualité attendue, voulue et perçue. Elle contribue à l'ajustement des autres dimensions de la qualité.
- La *qualité perçue* réfère au point de vue et à l'appréciation des services autant par les usagers que par les instances concernées (comité des usagers, membres du personnel, groupe de défense, population, etc.). Pour les usagers, la qualité perçue réfère aussi à la qualité de leur expérience de soins et de services.

Les dimensions de la qualité

La qualité peut se décliner en plusieurs dimensions qui peuvent toucher l'organisation des services, l'interaction avec l'utilisateur ou la prestation des soins. Les définitions de chacune des dimensions de la qualité abordées dans cette étude se retrouvent dans le glossaire : accessibilité, continuité, efficacité, globalité, humanisation et sécurité.

L'appréciation de la qualité

Pour chacune des dimensions de la qualité, les soins et les services offerts peuvent être analysés selon les quatre perspectives du modèle intégrateur afin d'identifier des écarts et ensuite de proposer des pistes d'action. Selon Cantin et Rocheleau (2006) :

- un *écart d'attente* (c.-à-d. des services attendus supérieurs à l'offre de service) renseigne une organisation sur la nécessité de faire connaître ou d'améliorer son offre de service afin de mieux répondre aux besoins souhaités ou requis par les usagers.
- un *écart de qualité* (c.-à-d. des services rendus non conformes aux standards ou aux normes de service) renseigne une organisation sur la nécessité d'ajuster son offre de service au regard des normes reconnues pour ainsi en améliorer la qualité.

- un *écart de perception* (c.-à-d. des services perçus différents des services rendus) renseigne une organisation sur la nécessité d'améliorer les mécanismes de communication pour mieux faire connaître les services rendus ou disponibles aux usagers.
- un *écart de satisfaction* (c.-à-d. des services perçus qui ne correspondent pas aux services attendus) renseigne une organisation sur une insatisfaction des usagers ou du personnel au regard des services offerts qui peut révéler à la fois un écart d'attente, un écart de qualité et un écart de perception.

5 Méthodologie

5.1 Population à l'étude et démarche d'évaluation

Les CRDP du Québec constituaient la population à l'étude. Ce sont des installations qui offrent des services spécialisés et surspécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes souffrant d'une déficience physique motrice, auditive, visuelle ou du langage qui peut être congénitale ou acquise. Une évaluation de processus s'appuyant sur un devis qualitatif a été réalisée afin d'atteindre les objectifs de cette étude. L'annexe 4 présente les différentes composantes de la démarche d'évaluation. L'évaluation a été abordée dans l'optique d'une trajectoire type de services de réadaptation. Elle a porté sur les services internes, mais aussi sur les services externes, où l'on retrouve un nombre important d'usagers.

5.2 Sélection des installations et recrutement des participants

5.2.1 SÉLECTION DES INSTALLATIONS

Les critères suivants ont été utilisés lors de la sélection des installations :

Critères d'inclusion

- Un CRDP selon la liste des installations membres de l'AERDPQ en date de février 2015; OU
- Un CH faisant partie d'une trajectoire de services de réadaptation en déficience physique.

Critères d'exclusion

- Un CRDP situé dans une région à plus de six heures de route de Québec ou de Montréal : l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; OU
- Un centre hospitalier de réadaptation avec une clientèle strictement pédiatrique ou gériatrique; OU
- Un CRDP qui n'offre pas de services spécialisés en déficience physique motrice; OU
- Un centre de réadaptation pour la déficience intellectuelle, le traitement des troubles envahissants du développement, le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ou un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les mères en difficulté d'adaptation.

Sur les 21 CRDP publics ou privés du Québec, selon les données de l'AERDPQ, 15 installations étaient éligibles suite à l'application des critères de sélection précédemment décrits. De ces installations, le comité de pilotage scientifique du projet a sélectionné 5 CRDP publics selon un échantillonnage de convenance guidé par des critères de sélection supplémentaires : connaissance d'une trajectoire de services bien établie; diversité des types de régions desservies; diversité des types de clientèle; et la connaissance d'une problématique régionale d'accès aux services de réadaptation et l'épidémiologie des BMR. Ensuite, 2 CH publics qui réfèrent couramment des usagers aux CRDP retenus ont été sélectionnés. Ensemble, ces installations constituent 2 grappes composées chacune de 3 installations (1 CH et 2 CRDP). On notera que les CRDP constituaient des établissements distincts lors de l'élaboration de ce projet et que malgré la réorganisation du réseau en avril 2015 les CRDP fusionnés font toujours partie d'établissements distincts (CISSS ou CIUSSS). Les CH référents font quant à eux partie des établissements non fusionnés.

5.2.2 SÉLECTION ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Les critères suivants ont été utilisés lors de la sélection des participants dans les installations retenues :

Critère d'inclusion

- Le personnel responsable de l'implantation du programme de PCI; OU
- Le personnel occupant un poste de gestion, de coordination ou de liaison dans un des programmes-clientèles et services; OU
- Un professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute ou ergothérapeute).

Critère d'exclusion

- Le personnel attiré aux tâches d'hygiène et de salubrité des lieux et des équipements; OU
- Les bénévoles; OU
- La clientèle (usagers et familles).

L'objectif initial de recrutement était un total de 20 à 25 participants (pour une moyenne de 4 participants par installation) situés à des postes et à des niveaux hiérarchiques différents afin d'obtenir des points de vue différents et de corroborer les faits décrits. Ce nombre pouvait être plus élevé si nous n'arrivions pas à saturation des données, principal élément qui permet de valider les résultats (Patton, 2002). La saturation des données est atteinte lorsque les principaux thèmes reviennent et que peu de nouveaux éléments sont amenés par la réalisation de nouvelles entrevues. L'organigramme des installations et le processus d'évaluation éthique ont facilité l'identification de participants potentiels. Une invitation et un formulaire d'information et de consentement ont été envoyés par courriel aux personnes identifiées. Des suivis d'invitation ont été effectués par courriel ou par téléphone.

5.2.3 PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

L'annexe 5 présente les types de participants rencontrés en entrevue. Les 22 participants rencontrés se répartissent de la façon suivante :

- 6 participants occupaient un poste de conseiller en PCI; ci-après « les conseillers en PCI »;
- 8 participants occupaient un poste de gestion, de coordination ou de liaison dans un programme-clientèle ou un service; ci-après « les gestionnaires »;
- 8 participants occupaient un poste de professionnel de la santé (médecin, physiothérapeute ou ergothérapeute); ci-après « les intervenants ».

La plupart des participants (n = 17) provenaient des CRDP évalués. Les autres (n = 5) provenaient des deux CH qui réfèrent des usagers à ces installations. À titre indicatif, les entrevues ont duré entre 25 et 120 minutes (58 minutes en moyenne). Le nombre d'années d'expérience des participants au poste décrit variait de 2 à 11 ans pour les conseillers en PCI (6 ans en moyenne), de 2 à 20 ans pour les gestionnaires (9 ans en moyenne) et de 4 à 36 ans pour les intervenants (16 ans en moyenne). Certains gestionnaires et intervenants étaient membres de Comités de PCI.

Les CRDP évalués sont situés dans 4 régions sociosanitaires distinctes. Ces centres offrent des soins et des services spécialisés et parfois surspécialisés pour une large gamme de déficiences physiques motrices pour une clientèle adulte et pédiatrique (ex. traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, blessé médullaire, amputation et maladie dégénérative). Les services sont offerts sur une base interne, externe, à domicile ou dans des milieux spécialisés (ex. écoles et garderies spécialisées). Pour 2 CRDP, les lits de réadaptation fonctionnelle intensive ne se retrouvent pas en CRDP, mais dans une autre installation de la

région qui alloue des lits d'URFI au CRDP. Finalement, plusieurs types de plateaux techniques (ex. gymnase, aquathérapie, évaluation de la conduite automobile, évaluation et développement des capacités de travail et de vie autonome et attribution des fauteuils roulants) et des salles de loisirs sont disponibles pour la clientèle. À titre indicatif, les CRDP évalués ont une capacité de 10 à 200 lits en chambres individuelles, en chambres semi-privées ou, pour la plupart, en chambres à 4 lits. Pour la période 2014-2015, le nombre total d'usagers ayant reçu des services de réadaptation motrice dans ces centres se situait entre 4000 et 8000; la plupart étant des usagers des services externes.

5.3 Collecte des données

Un guide d'entrevue a été développé en fonction des objectifs de l'évaluation et des variables à documenter. Les documents de référence utilisés sont le cadre de référence ministériel en PCI à l'intention des établissements (MSSS, 2006), les lignes directrices provinciales de prévention et de contrôle des BMR en milieu de réadaptation (MSSS, 1998; INSPQ, 2009) et une synthèse exploratoire de la littérature portant sur le sujet de l'évaluation réalisée par les auteurs (synthèse non publiée). On notera que le programme de PCI couvre plusieurs types de microorganismes (bactéries, virus et parasites). Le guide d'entrevue avait comme objectif de diriger le discours des participants sur les mesures de prévention et de contrôle des BMR, notamment le SARM, l'ERV et les bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC). Lors des entrevues, certains participants ont néanmoins abordé d'autres problématiques nosocomiales connexes qui, en accord avec notre protocole, n'ont pas été prises en considération dans l'analyse.

Un prétest a été réalisé à l'été 2015 dans un CRDP répondant aux critères de sélection. Les résultats de ce prétest ont été présentés au comité de pilotage du projet en vue de valider le guide d'entrevue et l'approche du terrain, mais n'ont pas été intégrés à ce rapport. Quant à elle, la collecte des données d'évaluation a été effectuée à l'automne 2015, alors que le fonctionnement des organisations locales était dans une période charnière en raison de la récente réorganisation des établissements (le 1^{er} avril 2015). Elle a été réalisée par le biais d'entrevues individuels semi-dirigés à questions ouvertes avec enregistrement audio. La plupart des entretiens ont été réalisés en personne

sur le lieu de travail des participants. Des notes de terrain et une analyse documentaire ont complété la collecte des données (ex. rapports de gestion, rapports de PCI et rapport d'agrément, lorsque disponibles). Aucun autre instrument n'a été utilisé pour recueillir des données complémentaires (ex. entrevues de groupe ou questionnaires).

5.4 Analyse des données

Les enregistrements audio ont été transcrits (verbatim) et anonymisés afin d'assurer la confidentialité des données. Le logiciel NVivo 10 (QSR International) a été utilisé pour la gestion, le classement ainsi que la codification des données textuelles. Une analyse de contenu thématique a été réalisée afin de classer les divers éléments présents dans le discours des participants dans différentes catégories ou « nœuds » (Bradley, 2007). Plusieurs catégories ont été prédéterminées en fonction des variables à documenter, alors que d'autres ont émergé en cours de codage. L'analyse des données s'est faite au fur et à mesure de leur collecte. Chaque entrevue a fait l'objet d'une première lecture complète avant le codage afin de la comprendre en profondeur. Le codage des entrevues a été réalisé par les auteurs et la grille de codage a ensuite été validée par l'équipe d'évaluation jusqu'à l'obtention d'un accord au regard des différentes catégories générées et l'atteinte de la saturation. Les données d'entretiens ont été jumelées aux notes de terrain et à une analyse documentaire dans une stratégie de triangulation visant à assurer la validité des analyses effectuées. L'interprétation des résultats a ensuite été soumise au comité de pilotage scientifique pour validation finale.

L'analyse des données a pris appui sur le modèle intégrateur de la qualité, mais aussi sur d'autres modèles d'intérêt. Plus précisément, l'analyse d'implantation s'est appuyée sur le modèle logique du programme de PCI conçu par les auteurs selon le cadre de référence de 2006 (annexe 1). Il offre une façon d'évaluer le degré de conformité à la lumière des normes établies par différentes instances, notamment le MSSS et Agrément Canada (qualité voulue). Aussi, l'analyse des facteurs qui influencent l'implantation du programme s'est appuyée sur les catégories conceptuelles du modèle de Damschroder *et al.* (2009). Quant à elle, l'analyse des effets a pris appui sur la trajectoire type des services de réadaptation

(annexe 2). Elle offre une façon d'évaluer les effets perçus au regard des attentes de la clientèle (qualité attendue) à différents points de la trajectoire. Aussi, l'interprétation des écarts de satisfaction s'est appuyée sur l'étude de Cantin et Rocheleau (2006).

On notera que l'analyse a porté sur l'ensemble des données collectées pour en faire un discours commun où les résultats sont corroborés par les différents types de participants rencontrés, sans chercher à comparer les installations. Des analyses du discours par grappe d'installation et par type de participant ont aussi été effectuées afin d'identifier de possibles facteurs contextuels susceptibles de moduler les pratiques de PCI ou d'influencer l'organisation des soins et des services.

5.5 Approbation scientifique et éthique du projet

Le projet a obtenu l'approbation scientifique et éthique du Comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Le numéro de référence attribué est le suivant : CRIR-1076-0415/multi.

6 Résultats

6.1 Implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation

La présente section résulte de la synthèse des matériaux portant sur les structures et les activités du programme de PCI en CRDP, collectés auprès des participants. L'annexe 6 donne un aperçu de l'implantation du programme dans les quatre CRDP à l'étude au regard du cadre de référence ministériel en PCI daté de 2006 (MSSS, 2006).

6.1.1 LES COMPOSANTES STRUCTURELLES DU PROGRAMME

Selon le cadre de référence, un service de PCI et un comité de PCI constituent deux composantes structurelles essentielles du programme. L'évaluation montre que ces structures sont implantées uniquement dans les CRDP qui disposent de lits d'URFI. Pour les autres CRDP, des alliances et plans d'action communs

en PCI ont été convenus avec des installations partenaires (CHSLD ou CH) qui allouent des lits d'URFI à ces centres. L'implantation d'un comité et d'un service de PCI en tant que tel est ainsi sous la responsabilité de ces installations partenaires. Ces ententes comprennent des échanges périodiques entre les gestionnaires de risque en CRDP et les responsables de la PCI dans les installations partenaires concernant le statut infectieux des usagers en séjour dans ces dernières.

Service de PCI. Dans les CRDP qui disposent d'un service de PCI, on retrouve une équipe de PCI dont la composition et le mandat opérationnel sont conformes à la description du cadre de référence : un membre du personnel clinique responsable de l'équipe de PCI (un médecin ou un infirmier clinicien); un conseiller en PCI responsable pivot des activités de PCI et des mesures de soutien au personnel (un infirmier); et une ressource de secrétariat. On notera qu'un seul conseiller en PCI est affecté à l'équipe de PCI, mais qu'un deuxième pouvait l'être selon les besoins afin de respecter le ratio recommandé d'un équivalent à temps complet par 133 lits. De plus, aucun médecin microbiologiste-infectiologue n'est présent en CRDP, mais des ententes sont convenues avec un CH de la région afin d'obtenir l'expertise d'un infectiologue par téléphone lors de situations particulières.

Dans les CRDP qui ne disposent pas d'un service de PCI en tant que tel, on retrouve tout de même un conseiller en PCI pour les services externes de réadaptation. Cette ressource se rapporte périodiquement au comité local de gestion des risques pour le suivi de certaines infections (généralement d'origine communautaire) qui pourraient se propager au sein de leur clientèle. Cette ressource joue un rôle clé dans la mise en œuvre des activités de PCI, incluant les mesures de soutien au personnel des services externes.

Comité de PCI. Dans les CRDP qui disposent d'un comité de PCI, on retrouve un comité multidisciplinaire dont la composition et le mandat décisionnel sont conformes à la description du cadre de référence : un représentant du service de PCI et un représentant des différents programmes-clients et services du CRDP qui sont responsables de déterminer les objectifs et priorités d'action en PCI. On notera qu'au moment des entrevues (automne 2015), les comités locaux de PCI

étaient encore fonctionnels à la demande des établissements, mais que la réorganisation du réseau mènera à l'abolition de ces comités en faveur d'un comité stratégique de PCI qui sera administré au sein du CISSS/CIUSSS. Aussi, cette réorganisation a déjà mené à l'abolition de certaines tables régionales en PCI qui relevaient des agences régionales qui ont également été abolies.

Dans les CRDP qui ne disposent pas d'un comité de PCI en tant que tel, on retrouve un comité local de gestion des risques qui assure la mise en place des ressources et des activités de PCI en fonction des objectifs et priorités définis.

Ressources humaines en PCI. Outre l'équipe du service de PCI, on retrouve dans les CRDP évalués d'autres types de ressource qui travaillent quotidiennement avec le conseiller en PCI afin de soutenir l'application des mesures de PCI ou prendre en charge des problématiques infectieuses qui touchent les usagers et le personnel : le service d'hygiène et de salubrité; le service de stérilisation; le service de santé et sécurité au travail; et les préposés dédiés aux usagers porteurs d'une BMR ainsi qu'à la désinfection des équipements de réadaptation utilisés par ces derniers.

Ressources matérielles en PCI. Les CRDP ont accès à un service de laboratoire de microbiologie externe offert par un CH de la région. On retrouve également des équipements de soins à usage unique, l'équipement de protection individuelle et tous les produits de désinfection requis sur les unités et les plateaux techniques (ex. jaquettes jetables, gants, masques, désinfectants pour les mains et les surfaces).

Ressources budgétaires et informationnelles en PCI. Les conseillers en PCI rencontrés ont rapporté qu'ils disposent de ressources budgétaires satisfaisantes pour soutenir les activités de l'équipe de PCI (ex. participation à des formations et à des rencontres de comités externes) ainsi que les activités locales de PCI (ex. formation du personnel, audits du personnel sur les pratiques d'hygiène des mains et l'affichage des mesures de PCI). Quant à eux, l'équipement de protection individuelle et les produits de désinfection requis sur les unités et les divers plateaux techniques sont financés par les budgets des différents programmes-clients et services et sont perçus comme suffisants. Un accès informatique aux

bases de données administratives (ex. registre des admissions/départs/transferts) et à un logiciel de surveillance des infections nosocomiales a également été rapporté par certains conseillers en PCI.

6.1.2 LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME

Selon le cadre de référence ministériel en PCI daté de 2006, le programme de PCI devrait couvrir six champs d'activités et être adapté aux caractéristiques de l'installation, entre autres, le type de clientèle, l'offre de services et l'épidémiologie locale. L'évaluation montre que dans les CRDP qui disposent de lits d'URFI, on retrouve les six champs d'activités qui sont décrits ci-dessous. Dans les autres centres (c.-à-d., ceux où des installations partenaires allouent des lits d'URFI pour les usagers internes), on ne retrouve pas les activités de surveillance ni de gestion des éclosions pour les BMR en raison du type de clientèle desservie (usagers externes).

Surveillance. On retrouve dans les CRDP qui disposent de lits d'URFI, une surveillance des BMR effectuée de manière ciblée et continue, car le statut de porteur des usagers admis n'est pas toujours connu lors du transfert. Selon les lignes directrices, tous les usagers transférés d'un CH doivent être dépistés pour une BMR à leur admission sauf si un dépistage récent a été fait (c.-à-d. moins de 24 heures avant l'admission) (MSSS, 1998; INSPQ, 2009). Par contre, un dépistage de l'ensemble de la clientèle externe n'est pas recommandé compte tenu de la difficulté d'application et de l'impact de cette mesure pour les centres. Trois BMR jugées prioritaires par les autorités de santé publique sont systématiquement dépistées à l'admission : le SARM, l'ERV et les BGNPC. Les données sont générées par les laboratoires de microbiologie des CH à partir des prélèvements effectués sur les usagers admis. En cours de séjour, il est recommandé que ce soit le service de PCI qui détermine si une procédure de dépistage des BMR doit être mise en place et sa périodicité selon les données épidémiologiques locales et les risques inhérents à la clientèle. Dans les CRDP évalués, cette pratique a effectivement été décrite pour des situations particulières : des usagers porteurs ou provenant d'un CH en éclosion pour un BGNPC; des unités où séjournent des usagers à risque d'acquisition d'une BMR (ex. grands brûlés); et lorsqu'une éclosion à BMR est suspectée sur une unité. Finalement, à la fin du séjour, aucun dépistage des BMR n'est effectué (sauf

exception), mais l'historique connu du statut infectieux est communiqué aux services externes de réadaptation.

Politiques, procédures et mesures de soutien en matière de PCI. On retrouve dans les CRDP évalués des politiques et des procédures de PCI élaborées et mises à jour par le conseiller en PCI. Elles sont insérées dans un « cartable des politiques et procédures de PCI » et diffusées à l'ensemble du personnel; le contenu du cartable étant le même pour tous les programmes-clientèles et services. On retrouve dans ce cartable, entre autres, des volets portant sur : les pratiques de base; les précautions additionnelles; l'hygiène et la salubrité; et des volets spécifiques aux BMR. On retrouve notamment des protocoles spécifiques pour le SARM et l'ERV, incluant des précautions additionnelles et des procédures de prélèvement pour les dépistages, et parfois divers dépliants d'information et les modules de formation du personnel. Selon les conseillers en PCI, les politiques et les procédures retrouvées dans ce cartable s'appuient sur les lignes directrices provinciales et d'autres preuves scientifiques reconnues. Elles sont préalablement validées auprès du comité de PCI, ou à défaut par le comité de gestion des risques, pour leur conformité et leur faisabilité, respectivement au regard des normes et des ressources locales disponibles.

Selon les conseillers en PCI, l'intégration des politiques et des procédures de PCI aux activités professionnelles quotidiennes du personnel est sous la responsabilité des chefs d'équipes. Par contre, aucune procédure relative à l'implantation dudit cartable dans chacun des programmes-clientèles et services n'a été décrite. Les conseillers en PCI fournissent plutôt un soutien aux différentes équipes par le biais de formations et d'accompagnements personnalisés, selon les besoins. De plus, le conseiller en PCI visite les équipes lors de tournées ou de situations particulières. Ces visites permettent de renforcer les liens avec le personnel et de régler ou d'identifier des problèmes dans l'application des politiques et des procédures de PCI. Aussi, les assistants au supérieur immédiat (ASI) sur les unités de soins sont une ressource utilisée par le conseiller en PCI afin de veiller au quotidien à l'application des bonnes pratiques de PCI au sein des équipes cliniques. Quant à lui, le personnel du service

de santé et sécurité au travail collabore avec le conseiller en PCI afin de prévenir et de réagir lors des situations où un membre du personnel pense s'être infecté.

Dans les CRDP qui ne disposent pas d'un service et d'un comité de PCI en tant que tel, des efforts ont été déployés au cours des dernières années afin de mettre à jour et d'uniformiser les politiques et les procédures de PCI entre les points de services. Des efforts ont également visé à renforcer la communication ainsi que la formation en PCI auprès du personnel des services externes afin de soutenir l'intégration des politiques et des procédures de PCI à leur pratique.

Éducation et formation en PCI. On retrouve dans les CRDP évalués des sessions de formation à l'embauche offertes par les conseillers en PCI. Ces sessions sont obligatoires pour l'ensemble du personnel, incluant les stagiaires, les étudiants et le personnel de l'entretien ménager. Les modules récurrents ont pour objet les pratiques de base et les précautions additionnelles. Certaines sessions sont réalisées en groupe ou de façon individuelle, par vidéo ou par l'intermédiaire d'une plateforme Web. Le service des ressources humaines est généralement impliqué dans ce processus et les formations obligatoires en PCI peuvent être combinées avec celles en matière de santé et de sécurité au travail. En cours d'emploi, des rappels sur les pratiques de base sont faits de façon variable selon les centres (ex. à la suite d'un audit sur l'hygiène des mains ou lors de mise à jour de certaines politiques et procédures de PCI). Des formations *ad hoc* sont offertes à la demande des équipes ou si des lacunes sont observées par le conseiller en PCI lors des tournées sur les unités.

La plupart des conseillers en PCI rencontrés ont eu une formation préalable en sciences infirmières. Ils ont suivi au minimum une formation de base en PCI. Les autres aspects théoriques et pratiques de la PCI en CRDP semblent avoir été acquis au fil des années sous le mentorat du responsable de l'équipe de PCI. Un seul conseiller en PCI a précisé avoir complété un microprogramme de deuxième cycle en PCI dans une université québécoise. Aussi, les conseillers en PCI ont indiqué avoir accès à la littérature scientifique en ligne et pouvoir participer à des formations ainsi qu'à des colloques afin d'améliorer leurs connaissances en PCI.

Évaluation du programme de PCI. On retrouve dans les CRDP évalués deux processus d'évaluation distincts. Une évaluation interne annuelle est réalisée par le comité de PCI, ou à défaut par le comité de gestion des risques, et de façon plus globale par la direction générale de l'installation dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services. Quant à elle, une évaluation externe quadriennale ou quinquennale est réalisée via les programmes d'agrément québécois ou canadien.

D'ordre général, l'évaluation a pour objet le suivi de différents indicateurs de structure, d'activité et de résultats du programme de PCI au regard des normes en vigueur et des cibles locales. Entre autres, le ratio du nombre de conseillers en PCI sur le nombre de lits (norme : 1/133 lits), le pourcentage du personnel respectant les mesures d'hygiène des mains (cible : 80 % du personnel audité), le pourcentage des employés ayant reçu une formation sur les pratiques de base (cible : 100 % des nouveaux employés), le pourcentage d'utilisateur dépisté pour une BMR à l'admission (cible : 100 % des usagers) et le taux d'incidence d'infections nosocomiales attribuables à une BMR jugée prioritaire (SARM, ERV et BGNPC).

Communication et information en PCI. On retrouve dans les CRDP évalués deux grands types de communications en PCI. Les communications internes en PCI visent l'ensemble du personnel et des usagers afin de les sensibiliser aux risques de transmission d'agents infectieux et leur rôle dans la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Les thématiques et les moyens de communication privilégiés par les conseillers en PCI sont : le rappel des pratiques de base et des précautions additionnelles par le biais d'affichages, de dépliants, de journées de sensibilisation, de messages sur l'intranet ou par courriel. Les communications internes comprennent également : la diffusion des résultats d'audit du personnel sur l'hygiène des mains; l'affichage d'une alerte écloison confirmée; une liste à jour des usagers porteurs d'une BMR; l'affichage au seuil de la porte des mesures de précaution additionnelles à appliquer; l'information sur le statut infectieux au dossier de l'utilisateur; et un cartable des politiques et procédures de PCI physiquement disponible sur les unités.

Quant à elles, les communications externes en PCI visent à prévenir la transmission de germes infectieux entre les installations. Elles comprennent la communication du statut infectieux d'un usager avant son transfert vers une autre installation par l'intermédiaire de la DSIE. Elles comprennent également des échanges entre les conseillers en PCI et le personnel des directions de santé publique (ex. incidence locale des infections nosocomiales et demandes d'expertise auprès d'un médecin-conseil) et, finalement la publication annuelle d'un rapport de gestion détaillant le suivi de certains indicateurs du programme de PCI.

Gestion des écloisions. On retrouve dans les CRDP qui disposent de lits d'URFI, un plan de gestion des écloisions qui se met en œuvre dès qu'un cas d'écloison est suspecté par le personnel clinique. La surveillance via les dépistages permet de détecter les écloisions. Ainsi, la gestion des écloisions à BMR (à titre d'une activité du programme de PCI) s'applique aux services internes, bien que certaines mesures découlant du plan de gestion puissent également toucher les services externes en raison de l'équipement partagé. Selon les participants, les écloisions à BMR sont des événements rares en CRDP comparativement aux écloisions de *Clostridium difficile*, de gastroentérites ou de grippe saisonnière nosocomiales, ces dernières étant très contagieuses et persistantes dans l'environnement. Toutes les situations d'écloisions suspectées sont gérées très rapidement afin d'éviter la propagation au reste de la clientèle. Lorsque le personnel clinique suspecte une écloison, il est avisé de communiquer avec le service de PCI afin d'engendrer une série d'actions sur la base du plan de gestion établi, comprenant : la communication interne d'information sur la problématique et les mesures à suivre; le rehaussement immédiat des mesures de PCI; l'investigation de la source de transmission; un plan d'action et de suivi; et la communication aux instances régionales.

En résumé de la section 6.1, les résultats de l'évaluation permettent de soutenir que les CRDP évalués ont implanté les structures et les activités du programme de PCI attendues selon les lignes directrices provinciales. Ces structures et activités sont adaptées aux caractéristiques des centres, entre autres, le type de clientèle, l'offre de services et l'épidémiologie locale. Bien que des CRDP contrastés

aient été inclus dans l'évaluation (c.-à-d. par la taille, le type de clientèle et le type de région desservie), les structures et les activités implantées se sont révélées assez homogènes. Les différences observées étaient liées au fait que certains CRDP ne disposent pas de lit d'URFI et que la responsabilité quant à l'implantation des composantes du programme de PCI est partagée avec des installations partenaires (CHSLD ou CH) qui leur allouent des lits d'URFI pour les usagers internes.

6.2 Effet des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services de réadaptation

La présente section a été structurée de façon à décrire le fonctionnement et les effets du programme à trois moments du cheminement des usagers dans les centres évalués : à l'admission (transfert); en cours de séjour (services internes); et à la sortie (services externes). Pour chacun de ces moments, on retrouve, d'abord, comment les structures et les activités du programme de PCI sont mobilisées au quotidien et, ensuite, les effets des mesures de prévention et de contrôle des BMR sur la qualité des soins et des services, selon le point de vue des participants. Les effets décrits concernent plusieurs dimensions de la qualité qui touchent à l'organisation des services, l'interaction avec l'usager et la prestation des soins. Rappelons qu'aucun usager n'a été rencontré lors de cette étude. L'annexe 7 présente un résumé des résultats.

6.2.1 À L'ADMISSION

Structures et activités de PCI mobilisées à l'admission

Communications et information en PCI. Dès la fin des soins hospitaliers, une DSIE est acheminée par un infirmier de liaison vers le CRDP désigné pour évaluation et orientation. Outre l'information clinique requise pour évaluer l'admission d'un usager, le CH doit informer l'installation d'accueil du statut infectieux d'un usager. Les résultats de dépistages en cours d'hospitalisation pour les BMR d'intérêt doivent être saisis dans la DSIE de même que ceux recommandés dans les jours ou les heures précédant la date d'admission ou de transfert. Ces résultats sont pris en considération pour l'attribution d'un lit et l'application de mesures de PCI, selon les risques. Étant donné que

plusieurs jours peuvent s'écouler entre la transmission de la DSIE et celle de la date d'admission en CRDP, des échanges d'information par téléphone concernant le statut infectieux d'un usager peuvent être requis entre les équipes de liaisons et de PCI des deux installations concernées. Ces échanges peuvent inclure la reprise de tests de dépistage avant le transfert d'un usager.

Au CRDP d'accueil, l'équipe de liaison communique avec les différents responsables de l'admission, des programmes-clients et des unités concernées afin de coordonner l'arrivée d'un usager : type de chambre; équipe clinique attitrée; et affichage des mesures de PCI au seuil de la porte, s'il y a lieu. L'implication du conseiller en PCI dans le processus varie selon la complexité des cas et selon les besoins des équipes cliniques quant aux mesures de PCI à appliquer. L'installation référente peut communiquer des recommandations concernant les mesures de PCI requises pour un usager porteur d'une BMR.

Surveillance (dépistage). À l'admission, tous les nouveaux usagers sont dépistés pour les BMR d'intérêt, que l'historique du statut infectieux soit préalablement connu ou non. En effet, bien qu'il soit d'usage que l'installation référente communique cette information avant le transfert, des résultats de dépistage qui ne sont pas (encore) disponibles à l'arrivée d'un usager ou qui ne respectent pas certaines normes (ex. un dépistage récent et pour l'ensemble des sites anatomiques souhaités) incitent les CRDP évalués à répéter le dépistage des BMR. Selon les conseillers en PCI, l'objectif est de prévenir la propagation des souches résistantes entre les installations, et ainsi d'assurer la sécurité de tous les usagers.

Application des pratiques de base et des précautions additionnelles. Dans l'attente des résultats de dépistage, des précautions additionnelles sont appliquées temporairement à tous les nouveaux usagers. Ces mesures à visée préventive s'ajoutent aux pratiques de base qui s'appliquent en tout temps. Elles sont ajustées selon différents facteurs de risque évalués par les équipes cliniques et le conseiller en PCI; par exemple : selon l'historique du statut infectieux; le type de BMR; le type d'unité de soins; le niveau de collaboration de l'usager; et l'épidémiologie locale.

Brièvement, les nouveaux usagers dont le statut de porteur est inconnu (dépistage en cours) ou confirmé positif pour une BMR d'intérêt sont regroupés selon leur statut infectieux en chambres semi-privées, mais sans être restreint à la chambre pour les thérapies. Les chambres individuelles, en faible nombre dans les CRDP évalués, sont attribuées aux usagers placés en restriction à la chambre en raison d'un risque élevé de transmission d'une BMR à un autre usager; par exemple, en raison de problèmes cognitifs ou de plaies, de sécrétions, d'excrétions ou d'écoulements qui ne peuvent être contenus. En l'absence de chambres individuelles, les usagers à risque de transmettre une BMR peuvent être placés en chambres semi-privées sans cochambreur (ce qui implique la fermeture de lits) ou, après réévaluation des risques, en présence d'un cochambreur, mais avec une restriction au lit. Ces usagers à risque peuvent également être placés temporairement en chambres individuelles sur une autre unité en attendant qu'un lit se libère sur l'unité d'accueil. Finalement, les usagers dont le statut est confirmé négatif pour une BMR sont placés en chambre régulière, généralement à quatre lits.

Effets sur la continuité des soins et des services à l'admission

La continuité des services est une dimension de la qualité touchant l'organisation des services. La prestation de services d'une manière rapide, continue et coordonnée entre les partenaires du réseau de services intégrés de réadaptation est essentielle afin de ne pas engendrer de congestion en amont des CRDP (notamment dans les CH), de délais dans le début de la réadaptation intensive ou sur une base externe. D'ailleurs, des études suggèrent que plus la réadaptation débute rapidement, plus l'atteinte du plein potentiel de réadaptation est élevée (Lynch, 2014).

Transfert. Selon les participants, la vérification du statut infectieux d'un usager pour une infection ou une colonisation à BMR auprès de l'installation référente constitue un des critères généraux d'admission. Toutefois, la connaissance de ce statut ne constitue en aucun cas un motif de refus d'accès en CRDP. Selon les lois et les normes gouvernementales, les CRDP ont l'obligation d'admettre tous les usagers dont le profil répond aux critères d'admissibilité. Ces installations ont pour cible de maintenir un taux d'occupation des lits de 100 % et un taux de demandes de services traitées à 90 %. Aussi, selon les lignes directrices de PCI, le

transfert d'un patient d'un milieu de soins à l'autre ne doit jamais être retardé sous prétexte que les résultats de dépistage ne sont pas disponibles. Dans les centres évalués, le transfert des usagers à risque de transmettre une BMR peut, à l'occasion, être retardé de quelques jours en raison des mesures de prévention et de contrôle des BMR en vigueur. Selon les conseillers en PCI et les gestionnaires, les raisons associées à ces délais de transfert sont variables : des lits en chambres semi-privées sur l'unité d'accueil peuvent être temporairement fermés en raison de précautions additionnelles (restriction à la chambre); un délai supplémentaire de quelques heures peut être souhaité à l'unité d'accueil afin de regrouper les usagers selon leur statut infectieux; ou alors de nouveaux résultats de dépistage peuvent être souhaités avant le transfert.

Selon les participants, les délais de transfert en raison de ces mesures demeurent rares, car une faible proportion des nouveaux usagers admis sont porteurs d'une BMR ou à risque de l'être. Toutefois, des variations saisonnières du nombre d'usagers admis et de l'incidence de certaines infections nosocomiales, notamment durant les périodes estivales ou les congés des fêtes de fin d'année, fragilisent l'équilibre entre les objectifs de continuité des services et ceux de sécurité des soins en CRDP. Aussi, un intervenant en CRDP constate que les usagers hospitalisés sont transférés de plus en plus tôt en CRDP. Les conséquences perçues sont : une augmentation des risques d'acquisition d'une infection nosocomiale en CRDP; des retours plus fréquents en CH; et plus de précautions additionnelles préventives à l'admission en CRDP. Un gestionnaire dans un CH référant déplore, quant à lui, le manque de flexibilité de certains CRDP à l'origine des délais de transfert pour les raisons décrites précédemment. De son point de vue, des délais de transfert de quelques heures augmentent aussi les risques d'acquisition d'une BMR en CH, notamment pour les usagers en attente aux urgences.

La présence de partenariats bien établis entre les installations faisant partie d'un continuum de services spécialisés de réadaptation semble grandement optimiser l'organisation des services, notamment les processus d'analyse des demandes de services et les transferts. Selon les gestionnaires, ils permettent de diminuer le délai d'évaluation des demandes et l'échange soutenu d'information sur le statut infectieux des usagers référés visant à mieux coordonner les

transferts. Selon eux, ce type d'entente démontre la volonté des installations concernées à vouloir optimiser la continuité des services et à désengorger le système de santé. À titre d'exemple, l'objectif d'une entente entre un CH et un CRDP pour les clientèles ayant subi un traumatisme crânio-cérébral est un délai d'évaluation « zéro » suivant la réception de la DSIE.

6.2.2 EN COURS DE SÉJOUR

Structures et activités de PCI mobilisées en dans les services internes

Maintien des pratiques de base et mobilisation des activités et des ressources en PCI. Le maintien des pratiques de base par le personnel est souhaité en tout temps pour tous les usagers, notamment l'hygiène des mains. On rappellera que ces pratiques font l'objet de formations obligatoires à l'embauche, d'audits et de communications internes auprès du personnel par le service de PCI. Dans au moins un CRDP évalué, on retrouve un groupe de travail thématique mis en place par le service de PCI. Ce groupe est composé d'intervenants et a pour mandat de trouver de nouvelles approches afin de sensibiliser le personnel à l'hygiène des mains et ainsi atteindre les objectifs du comité de PCI. Les usagers sont aussi informés et sensibilisés par le personnel clinique à l'importance du lavage des mains, notamment lors des déplacements, des activités sociales et des thérapies sur les plateaux techniques. Des préposés sont dédiés aux usagers à risque de transmettre une BMR afin de veiller au respect des mesures de PCI avant et après les thérapies (c.-à-d. préparation et déplacement de l'utilisateur vers les plateaux techniques ainsi que la désinfection de l'équipement partagé). Le personnel du service d'hygiène et de salubrité est, quant à lui, mobilisé dans les chambres en journée pendant que les usagers sont en thérapie et, ensuite, dans les gymnases et autres plateaux techniques une fois que ces milieux sont libérés de nuit.

Maintien des précautions additionnelles selon le niveau de risque de transmission d'une BMR. La durée du maintien des précautions additionnelles en cours de séjour pour les usagers porteurs d'une BMR est variable selon les risques de transmission (ex. selon les capacités de l'utilisateur à collaborer et à respecter les consignes de PCI). Durant les premières semaines, ces mesures sont strictes et font l'objet d'un suivi serré alors qu'une évaluation des risques est réalisée par les

équipes cliniques et le conseiller en PCI. Ensuite, ces mesures sont ajustées selon le niveau de risque afin de permettre aux usagers porteurs d'une BMR de bénéficier au maximum des services de réadaptation. On rappellera que le dépistage des BMR en cours de séjour ne constitue pas une norme et n'est pas une procédure courante dans les CRDP évalués. Ainsi, les usagers qui sont dépistés positifs pour une BMR à l'admission peuvent être contraints aux précautions additionnelles pour toute la durée de leur séjour. De plus, à la fin de leur séjour, ces usagers seront considérés comme étant connus porteurs d'une BMR et une alerte sera maintenue à leur dossier médical pour en informer les services externes.

Effets sur la continuité des soins et des services internes

Prise en charge. Selon les intervenants, l'évaluation des besoins de l'utilisateur et un plan de soins individualisé sont généralement réalisés rapidement. L'objectif est que la thérapie de réadaptation débute dès le premier jour en CRDP tout en ayant une approche sécuritaire quant à la prévention des infections nosocomiales. Cependant, les participants décrivent que la prise en charge des usagers jugés à risque de transmettre une BMR peut être retardée de quelques jours en raison des précautions additionnelles (restriction à la chambre). Selon les conseillers en PCI, les deux principales raisons associées à ces délais de prise en charge sont : un usager porteur d'une BMR qui présente des symptômes infectieux importants (ex. écoulement de liquide biologique, sécrétion et excrétion qui ne peuvent être contenues) ou un usager dont le statut de porteur est inconnu et pour lequel l'installation d'origine est en alerte éclosion pour une BMR très problématique (ex. BGNPC). Les participants décrivent que ce délai de prise en charge peut se répercuter sur la durée globale du séjour des usagers porteurs d'une BMR, mais aussi sur l'admission de nouveaux usagers si des lits sont fermés. Un intervenant en CRDP estime que le nombre de jours passé en restriction à la chambre peut augmenter d'autant de jours la durée de séjour d'un usager, car les thérapies à la chambre sont limitées.

Coordination des soins. Selon les participants, il n'existe pas de zones de thérapie dédiées de façon permanente aux usagers porteurs d'une BMR, que ce soit sur les unités ou sur les plateaux techniques. Généralement, certaines zones et certains équipements

partagés sont réservés temporairement lors des thérapies et ensuite condamnés jusqu'à leur nettoyage et désinfection complète. Cette pratique permet à la plupart des usagers porteurs d'une BMR d'accéder aux plateaux techniques, mais pose des défis importants de coordination des thérapies et de gestion du matériel contaminé. Les principales difficultés décrites en présence d'un usager porteur d'une BMR sur les plateaux techniques sont : l'obligation de réaliser des thérapies individuelles; la réservation de plages horaires distinctes (préférentiellement en fin d'avant-midi ou d'après-midi); la disponibilité des préposés dédiés à la préparation (hygiène générale) et au déplacement des usagers; et la disponibilité des équipements de réadaptation. Des défis de coordination ont aussi été décrits sur les unités de soins en raison des nombreux déplacements et regroupements des usagers dans les chambres selon leur statut infectieux et d'autres facteurs de risques liés à leur état de santé. Ces changements de chambre sont surtout fréquents dans les premières semaines qui suivent le transfert, alors que les responsables de la PCI et les équipes cliniques sont en mesure de mieux évaluer les risques pour chacun des usagers.

Effets sur la globalité des soins et des services internes

Accès aux équipements. Selon les participants, les mesures de prévention et de contrôle des BMR en place permettent à la plupart des usagers porteurs d'une BMR de bénéficier au maximum des équipements et des thérapies disponibles en CRDP afin d'atteindre les objectifs de réadaptation fixés à la fin de leur séjour. Cette approche est jugée importante, car il est rare qu'un usager perde son statut de porteur d'une BMR en cours de réadaptation (sans mesures actives en ce sens), d'autant plus que de courtes durées de séjour sont souhaitées afin d'admettre de nouveaux usagers dès que possible. Selon les participants, les effets des mesures de prévention et de contrôle des BMR sur la globalité des soins et des services varient selon le niveau de risque de transmettre une BMR au reste de la clientèle.

Pour les usagers à haut risque de transmettre une BMR, une restriction à la chambre peut limiter l'accès à la plupart des modalités d'interventions que les CRDP peuvent offrir. Selon les intervenants, certaines thérapies peuvent très bien se faire à la chambre, par exemple, la neuropsychologie, l'orthophonie et le travail social. Par contre, l'ergothérapie et la physiothérapie

sont plus difficiles à réaliser et obligent les intervenants à développer ou à adapter les méthodes de travail afin de respecter les précautions additionnelles. Certains exercices à la chambre, ou sous certaines conditions strictes en salle de thérapie, sont parfois possibles. Une partie de la chambre (semi-privée) ou une chambre adjacente peut être convertie en salle de thérapie afin d'améliorer l'accès aux équipements et aux thérapies. Par contre, ces usagers ne sont pas autorisés à circuler sur les étages afin de réaliser des exercices de façon autonome (ex. un circuit de marche).

Pour les usagers à faible risque de transmettre une BMR, les mesures de PCI en place leur permettent d'accéder aux divers plateaux techniques, mais avec des contraintes (pouvant aller jusqu'à une interdiction) d'utilisation des équipements liées au nettoyage et à la désinfection après utilisation. Ces contraintes d'utilisation peuvent toucher plusieurs équipements, par exemple, les bains de paraffine utilisés pour le traitement des cicatrices et de la douleur; la piscine et les baignoires à remous utilisés pour la rééducation motrice; et la cuisinette utilisée pour l'évaluation de l'autonomie à domicile. On notera que des contraintes similaires ont également été décrites pour les usagers à risque d'acquérir une BMR en raison de plaies importantes (ex. les grands brûlés).

Effets sur la sécurité des soins et des services internes

Dans les CRDP à l'étude, on constate que des efforts ont été déployés pour lutter contre les infections nosocomiales et ainsi assurer la sécurité des usagers. À titre d'exemple, les affichages, les gels désinfectants et l'équipement de protection individuelle sont omniprésents. Les participants estiment que le niveau de risque d'acquisition ou de transmission d'une BMR est très variable selon le type d'unité de soins, le type d'intervention et le type de microorganisme.

Prévention des infections nosocomiales. Selon les conseillers en PCI, les résultats de surveillance montrent que l'incidence des infections nosocomiales attribuables aux BMR demeure faible en CRDP, malgré la présence de nombreux intervenants et équipements partagés sur les plateaux techniques qui favorisent les contacts. Selon eux, cette faible incidence peut s'expliquer, entre autres par des usagers qui sont dans un état clinique plus stable que dans les CH et par l'application d'un ensemble de mesures de prévention

et de contrôle qui semblent efficaces pour prévenir la transmission des BMR dans leur installation.

Gestion des risques. Selon les participants, la gestion des risques associés aux BMR a évolué au cours des dernières années et les mesures actuelles permettent de mieux les évaluer. Par exemple, par le passé, une restriction à la chambre était une pratique courante à l'admission pour les usagers connus porteurs d'une BMR ou à risque de l'être. De nos jours, les précautions additionnelles sont appliquées sur la base d'une évaluation cas par cas aux usagers dont les risques de transmettre une BMR au reste de la clientèle sont jugés élevés. Les mesures mises en place visent ainsi à trouver un juste équilibre entre les objectifs de prévention des infections nosocomiales et ceux de réadaptation selon un niveau de risque jugé acceptable pour la sécurité de l'ensemble des usagers. Selon les gestionnaires et les conseillers en PCI, les contraintes perçues pour les usagers porteurs d'une BMR sont en quelque sorte compensées par les bénéfices pour l'ensemble de la clientèle. Cependant, la gestion des risques en CRDP reste complexe en milieu de réadaptation et les mesures en place génèrent encore beaucoup de questions de la part des intervenants sur les pratiques à suivre ou l'usage de certains équipements en présence d'un usager porteur d'une BMR.

Culture de la qualité. Selon les participants, la qualité des soins et des services fait partie des engagements de leur organisation. Au quotidien, la qualité est aussi au centre de leur préoccupation lors des décisions qui touchent les usagers. Ainsi, les mesures de PCI en place semblent contribuer à promouvoir ou à consolider une culture de la prévention des infections qui est partagée par le personnel des différents programmes-clients et services. À titre d'exemple, un conseiller en PCI indique que les activités de formation obligatoires sur les pratiques de base à l'embauche favorisent une compréhension commune de la PCI et harmonise les pratiques. Aussi, la communication des résultats d'audits sur l'hygiène des mains interpelle et responsabilise les différents types de personnel quant à leur rôle et aux efforts à maintenir pour atteindre les objectifs du comité de PCI.

Effets sur l'humanisation des soins et des services internes

Le respect de l'utilisateur se traduit entre autres par le respect de ses droits et les efforts déployés pour répondre à ses besoins. Selon les participants, les mesures de prévention et de contrôle des BMR sont susceptibles d'avoir des effets sur un ou plusieurs aspects de l'humanisation.

Quiétude. Selon les participants, les efforts nécessaires aux usagers et aux familles pour surmonter l'épreuve de la réadaptation peuvent être encouragés, en partie, par une certaine tranquillité d'esprit et un sentiment de sécurité et de confiance vis-à-vis des actions et interventions posées par le personnel. Les usagers et les familles peuvent se sentir rassurés par l'information transmise sur les BMR, les pratiques d'hygiène des mains et la salubrité des lieux. Certains usagers peuvent également apprécier être placés en chambre individuelle (suite à l'application de précautions additionnelles) pour différentes raisons, notamment le calme et les moments d'intimité en famille. En contrepartie, pour certaines familles, la restriction à la chambre semble générer de l'inquiétude. Selon les participants, elles se questionnent parfois sur la sécurité des usagers en cas de chute et l'efficacité des thérapies de réadaptation à la chambre. Les mesures de précautions additionnelles semblent d'autant plus difficiles à accepter par les familles que les usagers ne collaborent pas toujours en raison d'atteintes cognitives. De plus, les changements fréquents de lits durant les premières semaines afin de regrouper les usagers selon leur statut infectieux semblent également affecter la quiétude des usagers, et ce, dès le début de la réadaptation. Un conseiller en PCI rappelle l'importance de bien informer les usagers et les familles des raisons et de la durée des précautions additionnelles, ainsi que des possibles questionnements des autres usagers. Il précise également l'importance de transmettre l'information de façon explicite et accessible (ex. en utilisant un dépliant d'information), mais également avec une certaine délicatesse. Enfin, des effets non souhaités sur le plan émotionnel et psychologique sont perçus lorsque les précautions additionnelles sont prolongées, par exemple, mauvaise humeur, sentiment d'exclusion, anxiété et parfois dépression.

Confidentialité. Selon les participants, la protection des renseignements personnels sur le statut infectieux des usagers est une difficulté. Pour tenter de protéger ces renseignements, les affichages et autres pictogrammes décrivent des pratiques et non pas le statut infectieux (ex. « secteur réservé » au lieu de « secteur SARM »). Selon les participants, il demeure difficile d'atteindre les objectifs de confidentialité, entre autres, en raison du faible nombre de chambres individuelles et des activités de socialisation qui sont encouragées en CRDP. À titre d'exemple, lors de ces activités, les usagers à risque de transmettre une BMR sont généralement accompagnés et placés en retrait des autres usagers. Le bris de confidentialité concernant le statut infectieux d'un usager peut avoir des effets sur le comportement du reste de la clientèle. Selon les conseillers en PCI, le reste de la clientèle n'aime pas être mis en présence d'usagers porteurs d'une BMR, que ce soit en chambre semi-privée (ce qui peut arriver à l'occasion si aucun autre lit n'est disponible et que les risques de transmission sont faibles) ou lors des thérapies et des activités sociales.

Socialisation. Selon les participants, les usagers admis en réadaptation et leur famille vivent de grandes épreuves. Ils vont habituellement trouver un peu de réconfort dans les échanges qu'ils ont entre eux à la chambre, à la cafétéria ou lors des activités sociales. Ainsi, les usagers faisant l'objet de précautions additionnelles (restriction à la chambre) peuvent vivre la réadaptation de façon plus difficile en raison d'un manque d'échange humain. Selon un questionnaire, certaines modalités sont mises en place afin d'atténuer ce manque; par exemple, un accès internet sans-fil, des tablettes informatiques, un four à micro-ondes pour un repas en famille, des thérapies en gymnase en fin de journée et, selon les besoins, un soutien psychologique. Il précise cependant que ces modalités ne peuvent combler les bienfaits que les activités sociales procurent à l'ensemble de la clientèle.

Effets sur l'efficacité des soins et des services internes

Selon les participants, l'adaptation des pratiques de réadaptation selon le risque infectieux peut se réaliser sans compromettre l'atteinte des objectifs d'autonomie pour les usagers porteurs de ces germes. Ils décrivent néanmoins des effets sur l'efficacité des thérapies pour les usagers porteurs d'une BMR qui varient d'un individu à l'autre selon le niveau de risque de transmettre ce type de germe au reste de la clientèle.

Pour les usagers à haut risque de transmettre une BMR, une restriction prolongée à la chambre peut mener à un déconditionnement, car en raison de l'espace restreint, les interventions à la chambre sont généralement passives et limitées, comparativement à celles réalisées dans les gymnases. Selon l'état de santé de l'usager, l'application des précautions additionnelles peut être accompagnée d'une diminution du nombre de visites des intervenants jusqu'à l'arrêt temporaire de la thérapie de réadaptation si l'usager est très symptomatique. Pour ces raisons, les intervenants décrivent des délais de séjour qui peuvent être plus longs que prévu pour certains usagers porteur d'une BMR. Ils rappellent toutefois que les cas de restriction prolongée à la chambre en raison d'une BMR sont rares.

Pour les usagers à faible risque de transmettre une BMR, les contraintes d'utilisation de certains équipements peuvent entraver l'atteinte du plein potentiel de réadaptation de ceux-ci. Selon les intervenants, en présence d'un usager porteur d'une BMR, les méthodes de travail sur les plateaux techniques doivent être adaptées afin de respecter les précautions additionnelles. Le plan de traitement doit permettre d'atteindre le même niveau de qualité tout en prenant en compte les pertes de temps liées à la préparation de l'intervenant avant la séance et la désinfection des équipements après usage. Durant le séjour d'un usager, cela peut se traduire par une approche de traitement moins flexible où toute la gamme d'exercices possibles ne pourra être facilement réalisée. À titre d'exemple, un intervenant précise que les outils qui permettent le travail des sens (bacs sensoriels) ou de la dextérité fine (petits clous) sont moins utilisés en raison des nombreuses petites pièces. Un questionnaire précise que les intervenants trouvent difficile de ne pas être en mesure d'offrir une réadaptation à la hauteur de leur attente en raison des contraintes liées aux mesures de prévention et de contrôle des BMR.

6.2.3 À LA SORTIE

Structures et activités de PCI mobilisées dans les services externes

Communications et information en PCI. Lorsqu'un usager est référé aux services externes, la communication de son statut infectieux est faite par l'intermédiaire de son dossier patient ou d'une DSIE si l'usager est référé à un autre CRDP. Une carte signalant le statut de porteur pour une BMR est parfois remise aux usagers concernés. Selon les intervenants des services externes, le statut infectieux des usagers préalablement admis en CH ou en CRDP est généralement su avant de les rencontrer, car l'information circule bien entre les installations. Cependant, pour le reste de la clientèle externe qui n'a pas été hospitalisée, aucune information récente sur le statut de porteur d'une BMR n'est généralement disponible. Ils rappellent que de nombreux usagers sont référés par leur médecin de famille ou effectuent une demande de services de leur propre initiative. Par contre, ces usagers sont perçus comme étant moins à risque d'être porteurs d'une BMR.

Maintien des pratiques de base et mobilisation des activités et des ressources de PCI. Comme dans le cas des services internes, le maintien des pratiques de base par le personnel des services externes est souhaité en tout temps pour tous les usagers, notamment l'hygiène des mains. Ces pratiques font également l'objet de formations, de communications et d'audits auprès du personnel. La clientèle externe est aussi informée quant à l'hygiène des mains. La clientèle adulte est responsabilisée quant à la désinfection des équipements partagés après usage. Un conseiller en PCI et des préposés à la désinfection des équipements sont présents afin de soutenir les intervenants des services externes au quotidien. Les activités de surveillance (dépistage) et de gestion des éclosions au regard des BMR ne sont pas implantées. Le dépistage des BMR en externe n'est d'ailleurs pas recommandé par les lignes directrices considérant que les pratiques de base et les précautions additionnelles devraient être suffisantes pour prévenir la transmission.

Maintien des précautions additionnelles selon le niveau de risque de transmission d'une BMR. Selon les participants, les risques d'acquérir une infection à BMR dans les services externes sont jugés comparables à ceux dans la communauté. Si une alerte

porteur est rapportée au dossier médical, ou si l'usager indique avoir été dépisté positif pour une BMR par le passé, des précautions additionnelles incluant des thérapies individuelles et des plages horaires réservées sont maintenues. Ces mesures sont recommandées par les lignes directrices, notamment dans les CRDP où la clientèle externe côtoie la clientèle interne sur les plateaux techniques.

Effets sur l'accessibilité et la continuité des soins et des services externes

Accès aux services. Selon les participants, le statut de porteur d'une BMR ne constitue pas un motif de refus d'accès aux services externes. Suite à une demande de services, les délais d'attente des usagers porteurs d'une BMR sont comparables à ceux des autres usagers. Les priorités d'accès sont établies selon les standards du plan d'accès ministériel. Toutefois, un intervenant précise que l'obligation de réaliser des thérapies individuelles avec les usagers porteurs d'une BMR peut mener à une diminution du nombre de nouveaux usagers pris en charge par un même intervenant. Dès lors, il est possible que des personnes (peu importe leur statut infectieux) ayant fait une demande de services attendent plus longtemps sur la liste d'attente si le CRDP ne dispose pas d'un nombre suffisant d'intervenants.

Coordination des soins. Selon les participants, en présence d'usagers porteurs d'une BMR, l'application des précautions additionnelles apporte les mêmes défis de planification et de coordination des thérapies dans les services externes, malgré que l'intensité des thérapies soit plus faible que dans les services internes. À titre d'exemple, un intervenant précise que prioriser les plages horaires en fin de période pour les usagers porteurs d'une BMR peut constituer une difficulté en raison de conflits d'horaire liés aux activités professionnelles ou aux services de transport des usagers. De plus, une zone de thérapie et des équipements réservés temporairement lors des thérapies doivent être disponibles lors de la planification d'une intervention. Ensuite, du temps doit être prévu pour le port de l'équipement de protection individuelle approprié et la désinfection de l'équipement entre chaque usager.

Effets sur la globalité des soins et des services externes

Accès aux équipements. Selon les participants, les mesures de PCI permettent aux usagers porteurs d'une BMR de bénéficier de l'ensemble des équipements sur les plateaux techniques. De façon comparable à ce qui a été décrit dans les services internes, des contraintes d'utilisation pour certains équipements sont toutefois décrites par les intervenants en raison du nettoyage et du temps de désinfection après utilisation. Ces contraintes peuvent pousser les intervenants à offrir des exercices moins variés ou alors à développer des méthodes de travail afin de respecter les mesures. À titre d'exemple, un intervenant précise que des exercices compensatoires à faire à la maison permettent à ces usagers d'atteindre les objectifs du traitement de réadaptation.

Effets sur la sécurité des soins et des services externes

Prévention des infections nosocomiales. Selon les participants, les risques d'acquérir une infection à BMR dans les services externes sont faibles comparativement à ceux dans les services internes, car une faible proportion de la clientèle a été préalablement hospitalisée. D'autres facteurs, tels que la faible intensité des thérapies et l'absence de soins infirmiers, peuvent expliquer les faibles risques. Des mesures de prévention et de contrôle sont toutefois jugées nécessaires en raison du partage des équipements, mais aussi de la présence d'usagers qui sont plus à risque d'acquérir une infection que le reste de la clientèle en raison d'une maladie ou d'un traitement (ex. VIH/SIDA et cancer). Les mesures de prévention et de contrôle en place dans leur milieu semblent être suffisantes pour prévenir la transmission des BMR ou d'autres germes infectieux. Cependant, en l'absence d'une activité de surveillance (dépistage) dans les services externes, les participants ont jugé difficile de démontrer l'efficacité de ces mesures.

Gestion des risques. Selon les participants, la gestion des risques liés aux BMR dans les services externes a évolué au cours des dernières années (ex. mise à jour du cartable des politiques et procédures de PCI et harmonisation des pratiques entre les points de services). En l'absence de dépistage, le portage asymptomatique des BMR constitue la principale difficulté comparativement à d'autres germes à portage symptomatique faisant l'objet d'une attention (ex. les virus causant la grippe ou les gastroentérites). À titre

d'exemple, un intervenant précise qu'en l'absence d'information détaillée ou facilement accessible dans le dossier médical du patient concernant le statut infectieux pour une BMR, ou alors en l'absence d'un résultat de dépistage récent, la prise de décisions quant au maintien des précautions additionnelles est souvent difficile (évaluation des risques). Dans le doute, certains intervenants communiquent avec le conseiller en PCI. D'autres appliquent des précautions additionnelles alors qu'elles ne sont peut-être pas nécessaires et inversement. Selon les participants, une surutilisation ou sous-utilisation de ces mesures peut avoir des effets sur la sécurité et l'efficacité des soins prodigués dans les services externes. De plus, une surutilisation de l'équipement de protection individuelle peut entraîner des surcoûts pour ces services. Aussi, un intervenant a soulevé la présence de zones grises dans l'attribution des responsabilités en PCI entre le moment où un usager porteur d'une BMR arrive dans l'installation et celui où il part (ex. dans la salle d'attente où les contacts entre les usagers sont peu contrôlés).

Culture de la qualité. De façon comparable à ce qui a été décrit pour les services internes, les activités de formation, de communication et d'évaluation sur les pratiques de base semblent contribuer à promouvoir ou à consolider une culture partagée de la PCI dans les différents programmes-clientèles et services externes. À titre d'exemple, un conseiller en PCI indique le travail qui a été fait avec les gestionnaires et les employés du service des aides techniques en lien avec les risques liés au processus de valorisation des fauteuils roulants.

Effets sur l'humanisation des soins et des services externes

Quiétude. Selon les participants, les usagers des services externes sont globalement moins ciblés par les mesures de PCI en raison de risques de transmission ou d'acquisition d'une BMR jugés plus faibles comparativement aux usagers des services internes. La plupart des usagers externes semblent se montrer collaboratifs et exprimer un sentiment de sécurité lorsque des précautions sont prises. Certains usagers externes semblent exprimer parfois des inquiétudes quant aux risques pour leur santé, lorsqu'ils côtoient des usagers pour lesquels le port de l'équipe de protection individuelle est requis. D'autres usagers, plus soucieux de leur image, semblent se montrer insatisfaits lorsque les intervenants portent ou alors leur font porter la jaquette, les gants ou un masque durant

une thérapie. Entre autres, certains usagers semblent exprimer leur incompréhension alors que l'utilisation de précautions additionnelles peut varier d'une thérapie à l'autre selon l'intervenant rencontré. Les intervenants précisent, quant à eux, être de mieux en mieux informés concernant les BMR et les risques encourus pour leur santé et celle de leur famille. Le service de santé et de sécurité au travail est d'ailleurs impliqué dans la prise en charge des intervenants exposés à des usagers externes qui s'identifient en cours de traitement comme étant porteurs d'une BMR alors qu'aucune précaution additionnelle n'était mise en place au préalable.

Effets sur l'efficacité des soins et des services externes

Selon les participants, de façon comparable à ce qui a été décrit pour les services internes, l'adaptation des pratiques de réadaptation en externe selon le risque infectieux peut se réaliser et permet l'atteinte des objectifs. Ils décrivent également que certaines contraintes d'utilisation des équipements pour les usagers porteurs d'une BMR peuvent entraver l'atteinte du plein potentiel de réadaptation de ceux-ci. Globalement, les effets sont comparables à ceux décrits pour certains usagers internes puisque des mesures de PCI similaires peuvent s'appliquer, d'autant plus que ces deux types de clientèle peuvent se côtoyer sur les plateaux techniques. Entre autres, du temps doit être consacré à la préparation de l'intervenant ainsi qu'au nettoyage et à la désinfection des équipements partagés. À titre d'exemple, un intervenant estime que ces mesures retranchent environ dix minutes par heure de thérapie. De plus, durant les heures d'affluence, l'obligation de réaliser des thérapies individuelles en présence d'un usager porteur d'une BMR peut facilement devenir un facteur limitant l'accès à certains équipements, obligeant l'intervenant à revoir le plan de traitement prévu en début de séance. Il précise aussi que les séances de thérapies ne peuvent être prolongées en raison des horaires établis et des budgets alloués pour les services externes.

En résumé de la section 6.2, les mesures de prévention et de contrôle des BMR constituent des points forts au regard de la sécurité et, dans une certaine mesure, de l'humanisation des soins et des services dans les CRDP à l'étude. En contrepartie, certaines mesures de prévention et de contrôle des BMR génèrent des préoccupations au regard de la continuité, la globalité,

l'humanisation et l'efficacité des soins et des services. Les effets décrits touchent à l'organisation des services, l'interaction avec les usagers et la prestation des soins de réadaptation. Les résultats de l'évaluation permettent de soutenir que plusieurs enjeux de qualité des soins et des services se révèlent dans le cours des pratiques cliniques internes et externes en centre de réadaptation, dans un contexte de prévention et de contrôle des BMR. Ces enjeux sont pris en compte lors du processus de gestion des risques liés aux bactéries multirésistantes, assurant la sécurité individuelle et collective des usagers.

6.3 Facteurs facilitant et contraignant l'implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer l'implantation du programme de PCI en CRDP. En s'appuyant sur les catégories conceptuelles du modèle de Damschroder *et al.* (2009), la présente section décrit les principaux facteurs facilitant et contraignant l'implantation du programme selon l'analyse du discours des participants. Des liens ont été établis avec les sections précédentes afin de mieux décrire les raisons qui font que les structures et les activités du programme sont bien implantées et fonctionnelles dans les centres évalués, mais que parallèlement certaines dimensions de la qualité des soins et des services de réadaptation peuvent être affectées. Des analyses du discours par grappe d'installation et par type de participant n'ont pas permis d'identifier d'autres facteurs contextuels susceptibles de moduler les pratiques de PCI ou d'influencer l'organisation des soins et des services.

6.3.1 FACTEURS FACILITANTS

Les trois principaux groupes de facteurs facilitants identifiés sont d'ordre organisationnel. Ils témoignent de l'engagement des CRDP à mettre en œuvre les conditions favorables à l'implantation du programme de PCI et de mesures de prévention et de contrôle des BMR.

L'accès aux connaissances et à l'information. Cette catégorie regroupe des éléments du discours des participants relatifs à la facilité d'accès à de l'information rédigée dans un langage clair et à des connaissances sur la mise en œuvre du programme de PCI, par exemple, les rôles et les responsabilités de chacun ainsi que les mesures de PCI à suivre, incluant les moyens de les intégrer à leur travail. Les éléments les plus cités par les participants sont : un cartable des politiques et procédures de PCI (incluant un volet pour les BMR); des campagnes d'information et de sensibilisation en PCI; une liste à jour des usagers porteurs d'une BMR; une rétroaction du service de PCI suite à un audit des pratiques du personnel; et l'affichage des consignes PCI sur les unités et les plateaux techniques.

Les ressources disponibles. Cette catégorie regroupe des éléments du discours des participants relatifs au niveau de disponibilité des ressources dédiées à la mise en œuvre du programme de PCI. Les éléments les plus cités par les participants sont : un conseiller en PCI; des préposés dédiés à la désinfection des équipements partagés; une formation en PCI pour tout le personnel; et le budget pour l'achat de l'équipement de protection individuelle et des produits de désinfection. Aussi, les participants ont décrit l'importance des partenariats interétablissements permettant d'avoir accès à des ressources qui ne sont pas disponibles en CRDP, telles qu'un service de laboratoire hospitalier (dépistage) et un médecin microbiologiste-infectiologue.

Un soutien organisationnel. Cette catégorie regroupe des éléments du discours des participants relatifs à l'écoute, l'engagement et la participation des dirigeants et des gestionnaires pour la mise en œuvre du programme de PCI. Selon les participants, ce soutien a toujours été présent dans leur installation et les ressources ont été maintenues, malgré certaines coupures budgétaires dans les services. Il est jugé nécessaire afin de faire évoluer le programme de façon cohérente en accord avec tous les paliers décisionnels. Aussi, une direction engagée de façon continue dans les activités de PCI favorise une culture de la prévention des infections et, ultimement, une meilleure appréciation du rôle et des fonctions du conseiller en PCI par le personnel.

6.3.2 FACTEURS CONTRAIGNANTS

Les quatre principaux groupes de facteurs contraignants identifiés sont d'ordre organisationnel et humain. Ils témoignent de zones de fragilité sur lesquelles des actions pourraient s'avérer prioritaires pour atteindre les objectifs de qualité des soins et des services souhaités en CRDP.

Les caractéristiques structurelles. Cette catégorie regroupe des éléments du discours des participants relatifs à la mission, l'architecture et l'âge de l'installation. Selon les participants, concernant la mission des CRDP, l'atteinte des objectifs d'autonomie, d'intégration et de participation sociale optimale pour tous les usagers est une des principales difficultés de l'implantation du programme de PCI. L'atteinte de ces objectifs nécessite une évaluation des risques au cas par cas quant à la participation des usagers aux activités de groupe dans l'installation, mais aussi le respect rigoureux des pratiques de base et des précautions additionnelles dans le but de prévenir la transmission de BMR. Concernant l'architecture des CRDP, la présence d'une majorité de chambres à quatre lits constitue une difficulté supplémentaire lorsque le nombre d'usagers en restriction à la chambre dépasse la capacité en chambres individuelles de l'installation. Concernant l'âge des CRDP, la présence d'équipements vieillissants ou qui ne sont pas prévus pour être désinfectés rapidement, ou alors qui sont en nombre insuffisant pour être dédiés exclusivement aux usagers porteurs d'une BMR, constitue des contraintes lors de la planification et la réalisation des thérapies, incluant la gestion du matériel contaminé.

Les communications interorganisationnelles. Cette catégorie regroupe des éléments du discours des participants relatifs à l'échange d'information concernant le statut infectieux des usagers entre deux installations au moment des transferts ou de la prise en charge, notamment sur une base interne. Selon les participants, l'approche actuelle semble fonctionner de façon très aléatoire pour différentes raisons, entre autres, le dépistage des usagers en CH est généralement effectué au moment du transfert (c.-à-d. une ou deux heures avant); les CH ne sont pas tous équipés de technologies de dépistage rapide (c.-à-d. sans les délais liés à la culture des bactéries en laboratoire); et la difficulté pour les intervenants

d'accéder à l'historique du suivi épidémiologique de l'utilisateur dans l'installation référente (une information qui n'est pas toujours informatisée). Ainsi, à l'arrivée de l'utilisateur, le statut infectieux indiqué au dossier du patient ou dans la feuille de transfert est souvent inconnu (en attente du résultat) ou est daté de plusieurs jours et peut impliquer la mise en place de précautions additionnelles de manière préventive.

Les connaissances et les attitudes du personnel.

Cette catégorie regroupe des éléments du discours des participants relatifs à la connaissance des faits (évidences scientifiques) et des objectifs liés au programme de PCI ainsi que les perceptions du personnel envers les mesures de prévention et de contrôle des BMR en place. Selon les participants, bien qu'ils perçoivent une attitude positive du personnel reliée à la volonté de diminuer les risques pour leur santé et celle de la clientèle, plusieurs facteurs peuvent influencer à l'occasion l'observance des pratiques exemplaires de PCI. Le non-respect de ces pratiques est attribué, entre autres, à une faible compréhension ou une faible appropriation du cartable des politiques et procédures locales de PCI (ex. en raison de la charge de travail); un manque d'expérience ou de formation permettant d'évaluer les risques en présence d'un usager porteur d'une BMR (ex. en raison du roulement du personnel); et finalement, la perception que certaines pratiques alourdissent le travail ou peuvent ne pas s'appliquer à une situation jugée à faible risque (ex. ne pas mettre la blouse et les gants en l'absence d'un contact direct avec un usager faisant l'objet de précautions additionnelles).

L'interaction entre l'utilisateur et le personnel. Cette catégorie regroupe des éléments du discours des participants relatifs au lien de confiance qui s'établit entre le personnel et un usager concernant le respect des consignes de PCI qui lui sont transmises. Selon les participants, ce lien peut être difficile à établir pour diverses raisons, par exemple, un usager avec des blessures incapacitantes ou alors avec des troubles cognitifs, du comportement ou d'apprentissage qui peuvent influencer son hygiène et sa collaboration. Ce lien peut aussi impliquer les familles qui ne respectent pas certaines consignes de base comme l'hygiène des mains. L'absence (ou le refus) de collaboration semble parfois peu gérable et impliquer la mobilisation de ressources humaines supplémentaires pour veiller au respect des consignes.

6.4 Propositions des participants pour une meilleure implantation du programme et des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes en centre de réadaptation

Cette section présente une analyse des propositions de fin d'entrevue faites par les participants au regard des forces et des zones de fragilités décrites précédemment. Ces propositions pouvaient toucher une ou plusieurs catégories d'acteurs en PCI : le personnel clinique, les gestionnaires d'établissement et les décideurs au gouvernement.

6.4.1 PROPOSITIONS AU REGARD DES FORCES

Pour les gestionnaires d'établissement :

- de poursuivre les efforts d'intégration et de mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des BMR dans les activités des programmes-clients et services offerts en CRDP afin que ces mesures fassent partie des pratiques courantes de gestion et de soins;
- de maintenir un soutien organisationnel au développement et à la mise en œuvre du programme de PCI dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Pour les décideurs au gouvernement :

- de maintenir des ressources de PCI adéquates en CRDP, et ce, malgré le contexte de réorganisation des établissements;
- de continuer à soutenir la publication de lignes directrices pour la prévention et le contrôle des BMR en milieu de réadaptation;
- de continuer à soutenir la publication d'outils de sensibilisation pour le personnel du réseau de la santé et pour la population concernant l'évolution des dossiers portant sur les infections nosocomiales et l'antibiorésistance.

6.4.2 PROPOSITIONS AU REGARD DES ZONES DE FRAGILITÉS

Pour le personnel clinique :

- de mieux s'approprier les politiques et procédures de prévention et de contrôle des BMR établies par les responsables de la PCI.

Pour les gestionnaires d'établissement :

- d'établir un meilleur système d'information pour communiquer et suivre efficacement le statut infectieux à BMR des usagers entre les installations.
- de promouvoir la formation en cours d'emploi pour l'ensemble du personnel afin que les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des BMR soient mieux comprises et appliquées.

Pour les décideurs au gouvernement :

- de promouvoir une harmonisation des politiques et procédures de prévention et de contrôle des BMR entre les installations;
- d'effectuer des analyses coût-bénéfice au regard de certaines structures et activités de PCI en CRDP (ex. diminuer les ressources d'hygiène et salubrité de nuit; implanter un protocole pour rendre disponibles rapidement les résultats de dépistage lors des transferts; dépister les usagers externes lors de leur prise en charge).

7 Discussion

7.1 Interprétation des résultats

L'implantation du programme de PCI et des mesures de prévention et de contrôle des BMR en CRDP soulèvent un certain nombre de questions relatives à la qualité des soins et des services : quelles sont les politiques, les procédures et les pratiques de prévention et de contrôle des BMR en CRDP? Sont-elles implantées conformément aux lignes directrices québécoises? Quels sont les effets des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des BMR sur la qualité des soins et des services en CRDP? Les lignes directrices sont-elles appliquées de façon trop stricte ou inappropriée? Quels sont les points critiques ou les défis d'implantation?

Pour apporter des éléments de réponse, des entrevues avec les membres du personnel ont été réalisées dans 4 CRDP publiques et 2 CH à l'autonome 2015, soit peu de temps après l'application de la Loi 10 menant à la réorganisation des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Constats de l'implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en CRDP

Selon notre analyse qui prend appui sur le cadre de référence ministériel daté de 2006 (MSSS, 2006), le programme de PCI est implanté conformément au regard de l'ensemble des composantes structurelles et des activités attendues dans les CRDP à l'étude. Bien que des CRDP contrastés aient été inclus dans l'évaluation (c.-à-d. par la taille, le type de clientèle et le type de région desservie), les structures et les activités de PCI implantées se sont révélées assez homogènes. Les différences observées étaient liées au fait que certains CRDP ne disposent pas de lit d'URFI et que la responsabilité quant à l'implantation des composantes du programme de PCI est partagée avec d'autres installations qui leur allouent des lits d'URFI pour les usagers internes.

Selon notre analyse qui prend appui sur les catégories conceptuelles du modèle de Damschroder *et al.* (2009), trois facteurs organisationnels, c.-à-d. l'accès aux connaissances et à l'information, les ressources disponibles et un soutien organisationnel en matière de PCI, constituent des forces en CRDP. Ils témoignent de l'engagement de ces centres à mettre en œuvre les conditions favorables à l'implantation du programme visant, entre autres, à prévenir et contrôler les BMR. En contrepartie, deux facteurs organisationnels, c.-à-d. les caractéristiques structurelles et les communications interorganisationnelles, ainsi que deux facteurs humains, c.-à-d. les connaissances ou attitudes du personnel et les interactions entre l'utilisateur et le personnel, constituent des zones de fragilité qui influencent l'implantation du programme. Ils affaiblissent la capacité du réseau de services intégrés de réadaptation à produire des services de qualité dans un contexte de prévention et de contrôle des BMR. Ces résultats constituent des indices quant aux cibles d'actions qui pourraient s'avérer prioritaires pour atteindre les objectifs de qualité des soins et des services souhaités en CRDP.

Constats des effets des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des BMR sur la qualité des soins et des services en CRDP

Selon notre analyse qui prend appui sur le modèle intégrateur de la qualité, les mesures de prévention et de contrôle des BMR en CRDP constituent des points forts au regard de la sécurité et de l'humanisation des soins et des services. En ce qui concerne la sécurité, ces mesures sont perçues comme étant suffisantes au regard de la qualité voulue en CRDP, notamment par les comités de PCI, à la lumière des résultats de surveillance des infections nosocomiales attribuables aux BMR (faible incidence) et ceux d'évaluation du programme de PCI (respect des normes d'agrément). L'atteinte des objectifs de sécurité se traduit également par la perception que les activités du programme permettent, d'une part, d'améliorer la capacité du personnel à évaluer les risques associés aux usagers porteurs d'une BMR et, d'autre part, de promouvoir une culture partagée de la prévention des infections nosocomiales en CRDP. En ce qui concerne l'humanisation, les mesures de prévention et de contrôle des BMR semblent répondre à certaines attentes de la clientèle (qualité attendue). Plus spécifiquement, les participants perçoivent que certaines inquiétudes des usagers quant à la sécurité des soins en CRDP sont diminuées en raison des pratiques d'hygiène des mains du personnel, de la propreté des lieux et des équipements, mais aussi de l'information qui leur est transmise sur les BMR. De façon comparable, le personnel perçoit être mieux informé et soutenu au regard des infections nosocomiales à BMR et ainsi rassuré quant aux risques encourus. Aussi, certains usagers faisant l'objet de mesures de précautions additionnelles (restriction à la chambre) semblent apprécier le degré d'intimité que procure une chambre individuelle comparativement aux chambres partagées avec d'autres usagers.

En contrepartie, certaines mesures de prévention et de contrôle des BMR génèrent des préoccupations au regard d'autres dimensions de la qualité des soins et des services. En ce qui concerne la continuité, les participants perçoivent des délais de transfert ou de prise en charge parfois plus longs pour les usagers porteurs d'une BMR ou à risque de l'être. En ce qui concerne la globalité, les participants perçoivent des restrictions d'accès à certaines thérapies, ou alors des contraintes d'utilisation de certains équipements requis

pour répondre au besoin des usagers, qui varient selon le niveau de risque de transmettre une BMR. En ce qui concerne l'humanisation, les participants perçoivent des difficultés à protéger la confidentialité des renseignements sur le statut infectieux à BMR des usagers et, parallèlement, des usagers faisant l'objet de précautions additionnelles (restriction à la chambre) qui perçoivent la réadaptation plus difficilement en raison d'un manque de socialisation. En ce qui concerne l'efficacité, les participants perçoivent des difficultés à atteindre le plein potentiel de réadaptation des usagers porteurs d'une BMR, et dans les situations de restriction à la chambre, des interventions passives et limitées. Ces préoccupations ont été décrites par les participants des services internes et, dans une moindre mesure, ceux des services externes, puisque l'intensité des soins est moins élevée et que certaines pratiques de PCI ne sont pas applicables. Les résultats de l'évaluation permettent ainsi de soutenir que plusieurs enjeux de qualité des soins et des services intégrés se manifestent dans le cours des pratiques cliniques en centre de réadaptation, dans le contexte de prévention et de contrôle des BMR. En dépit du peu d'information disponible sur les effets réels de ces mesures sur les différentes dimensions de la qualité rapportées dans cette étude, ces préoccupations sont prises en compte lors du processus de gestion des risques liés aux bactéries multirésistantes visant à assurer la sécurité individuelle et collective des usagers.

Enjeux associés à l'implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales attribuables aux BMR en CRDP

Globalement, les situations décrites dans cette étude démontrent un écart de satisfaction quant à la qualité des soins et des services offerts dans un réseau de services intégrés de réadaptation. Selon notre analyse qui prend appui sur l'étude de Cantin et Rocheleau (2006), un écart de satisfaction peut indiquer la présence d'une problématique au niveau de l'offre de services, de la qualité, mais aussi de la perception des soins et des services.

En premier lieu, les situations décrites semblent révéler un écart de qualité comparativement à certains standards ou normes de service. Plus spécifiquement, certains individus perçoivent que les services rendus aux usagers faisant l'objet de précautions additionnelles sont parfois non conformes, et ce en dépit du peu d'information disponible sur les effets

réels de ces mesures sur la qualité des soins et des services en CRDP. Dès lors, un premier enjeu renvoie au besoin d'**améliorer la qualité des soins et des services des usagers faisant l'objet de précautions additionnelles pour prévenir la transmission des bactéries multirésistantes**. Afin d'obtenir une analyse objective de la situation, il apparaît essentiel de mesurer les effets des précautions additionnelles au regard d'indicateurs de qualité des soins et des services autres que ceux déjà en place pour évaluer le programme de PCI. Les indicateurs à privilégier seraient, par exemple : le délai de transfert; le délai de prise en charge; la durée de séjour; l'efficacité des thérapies; et l'acquisition d'une BMR entre l'admission et le congé d'un usager. Pour ce dernier indicateur, un projet pilote de dépistage universel au départ des usagers permettrait d'évaluer sa pertinence et sa faisabilité. De plus, il apparaît nécessaire de bénéficier de données quantitatives transférables à l'ensemble des CRDP du Québec. Par exemple, en réalisant un sondage auprès d'un échantillon représentatif du personnel et des usagers en CRDP portant sur les effets des mesures de prévention et de contrôle des BMR sur l'expérience de soins. Ensemble, de telles informations viseraient à développer un cadre logique permettant de déterminer les conditions de réussite pour l'implantation des mesures de prévention et de contrôle des BMR en CRDP.

En deuxième lieu, les situations décrites semblent révéler un écart d'attente au niveau de l'offre de services. Plus spécifiquement, la qualité des services attendus pour les usagers faisant l'objet de précautions additionnelles est parfois supérieure à l'offre de services. Dès lors, un deuxième enjeu renvoie au besoin de **combler les besoins en ressources matérielles du programme de PCI** lorsque des investissements sont faits en CRDP. Les besoins semblent concerner, d'une part, l'infrastructure (chambres individuelles; zones de thérapie dédiées aux usagers porteurs d'une BMR; équipements de réadaptation facilement désinfectables) et, d'autre part, les outils informationnels pour le suivi du statut infectieux des usagers entre les installations. De tels investissements viseraient à augmenter la capacité des installations du réseau à faciliter le transfert des usagers, selon les attentes des individus et les standards d'accessibilité et de continuité convenus pour les personnes ayant une déficience. De tels investissements viseraient aussi à réduire les difficultés

de prise en charge et de coordination rencontrées en CRDP en présence d'usagers porteurs d'une BMR (gestion des risques).

En troisième lieu, les situations décrites semblent révéler un écart de perception quant à la qualité des soins qui peut être attribuable aux connaissances des individus. Plus spécifiquement, certains participants perçoivent que la qualité des thérapies est diminuée en raison des précautions additionnelles. Dès lors, un troisième enjeu renvoie au besoin de **consolider les connaissances du personnel au regard des mesures de prévention et de contrôle des BMR**. Lors de la formation à l'embauche, les notions de base en PCI visent à sensibiliser les intervenants à l'importance des infections nosocomiales et de leur rôle pour prévenir la transmission de germes lors des pratiques de soins. En ce qui concerne les précautions additionnelles, il apparaît nécessaire de consolider les connaissances concernant les effets de ces mesures sur la qualité des soins et les moyens mis en œuvre pour éviter les possibles effets non souhaités. Ainsi, lors des interactions entre le personnel et l'usager, de telles formations viseraient à mieux informer les usagers que l'amélioration de la qualité est une priorité et que les enjeux relatifs aux précautions additionnelles sont pris en compte dans le processus de gestion des risques. De plus, l'adaptation des pratiques et la présence d'interventions compensatoires peuvent se réaliser et constituent des solutions à l'égard des effets non souhaités sur la qualité des soins.

7.2 Forces et limites de l'évaluation

Du point de vue méthodologique, l'approche qualitative (entrevues) a été favorisée à une approche quantitative (sondage), car elle permet de mieux documenter et comprendre une situation pour laquelle peu d'information est disponible dans son contexte et de mettre à jour des liens entre des concepts. Cette approche a permis aux participants de répondre librement, de porter une analyse critique sur le programme de PCI en vigueur dans leur installation et de contribuer à l'identification de pistes d'action susceptibles de conduire une mise en œuvre optimale du programme tout en préservant la qualité des soins et des services.

Le choix de l'approche qualitative limite toutefois la portée des résultats en raison du nombre limité d'installations et de participants qu'il est possible de rencontrer avec des ressources limitées. Les CRDP sélectionnés font partie du réseau public et nous ne pouvons prétendre que les résultats sont transférables aux autres milieux de réadaptation du Québec. Bien que régis par les mêmes lois, les centres de réadaptation conventionnés privés ont des pratiques cliniques et organisationnelles qui peuvent être différentes en raison du mode de gestion. L'approche qualitative ne permet pas non plus de déterminer un possible lien entre l'épidémiologie locale et le niveau d'implantation du programme de PCI. Une autre limite tient au fait que nous avons obtenu le point de vue de la clientèle de façon indirecte (aucun usager n'a été rencontré). Finalement, les entrevues ont été réalisées à une période charnière de la réorganisation des établissements (automne 2015) qui est la cause de changements organisationnels importants dans les CRDP. Depuis, le contexte a évolué et cela doit être pris en considération lors de l'utilisation des résultats de cette évaluation à des fins décisionnelles. Une interprétation des résultats au regard de la récente réorganisation des établissements est présentée dans la conclusion.

8 Pistes et cibles d'action

À la lumière des résultats de l'évaluation, des pistes d'action au niveau provincial et quelques cibles spécifiques sont formulées autour des trois grands enjeux mis au jour en matière de prévention et de contrôle des BMR en centre de réadaptation.

1. Améliorer la qualité des soins et des services des usagers faisant l'objet de précautions additionnelles pour prévenir la transmission des bactéries multirésistantes.

Au Québec, peu de données sont disponibles sur les effets réels des mesures de prévention et de contrôle des BMR à l'égard de plusieurs dimensions de la qualité des soins et des services. Les résultats de cette évaluation invitent à explorer plus en profondeur les connaissances dans ce domaine comme moyen d'améliorer l'expérience de soins des usagers. À cet égard, les cibles d'action que nous préconisons sont les suivantes :

- mesurer les effets des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes au regard d'indicateurs de qualité des soins et des services autres que ceux déjà en place pour évaluer le programme de PCI (ex. le délai de transfert; le délai de prise en charge; et la durée de séjour).
- réaliser une étude transversale (sondage) des effets des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services en centre de réadaptation.
- réaliser une recherche-action pour développer et mettre en œuvre un cadre logique permettant de déterminer les conditions de réussite pour l'implantation des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes en centre de réadaptation.

2. Comblent les besoins en ressources matérielles du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

La littérature, de même que les entrevues réalisées dans cette évaluation suggèrent que des changements d'ordre organisationnel permettraient d'améliorer la qualité des soins et des services intégrés de réadaptation au regard des dimensions abordées dans le cadre de cette évaluation. Dans cette ligne de pensée, les cibles d'action que nous proposons sont les suivantes :

- lors de travaux d'infrastructure, augmenter le nombre de lits en chambres individuelles avec toilette non partagée.
- lors du rehaussement des outils informationnels, améliorer la communication interinstallations pour le suivi du statut infectieux des usagers.
- au niveau local (centre de réadaptation), consolider les actions positives, par exemple, l'achat d'équipements de réadaptation facilement désinfectables et des zones de thérapie dédiées aux usagers porteurs d'une bactérie multirésistante.

3. Consolider les connaissances du personnel au regard des mesures de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes.

La formation en PCI qui est offerte en centre de réadaptation s'adresse à l'ensemble du personnel, incluant celui qui rentre peu en contact avec les usagers. En ce qui concerne les effets des précautions additionnelles pour prévenir la transmission des bactéries multirésistantes, les intervenants gagneraient à avoir des formations plus spécifiques de manière à éviter certains écarts de perception quant à la qualité des soins et des services. Ainsi, nous formulons les pistes d'action suivantes :

- lors de la formation à l'embauche, aborder les effets des précautions additionnelles pour prévenir la transmission des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services ainsi que les solutions mises en œuvre pour éviter les possibles effets non souhaités.
- au niveau local (centre de réadaptation), consolider les actions positives, par exemple, la capacité d'offrir des formations selon différentes modalités et l'évaluation des connaissances pour vérifier l'atteinte des objectifs de formation.

9 Conclusion

L'évaluation montre que le programme de PCI est implanté conformément au cadre de référence ministériel dans les CRDP à l'étude. Cependant, dans le contexte de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes, des enjeux de qualité des soins et des services intégrés se révèlent dans le cours des pratiques cliniques internes et externes.

Interprétation des résultats au regard de la récente réorganisation des établissements

Plusieurs hypothèses ont été soulevées par l'équipe d'évaluation en vue d'interpréter les résultats de cette étude au regard de la récente réorganisation des établissements. En lien avec les attentes de certains participants, la réorganisation des établissements devrait mener à une harmonisation des activités de PCI pour les installations au sein d'un même CISSS ou CIUSSS. Par exemple, une harmonisation des processus de dépistage des BMR afin que les résultats soient disponibles en temps opportun. La

réorganisation des établissements devrait également mener à une plus grande facilité d'accès à de l'expertise hospitalière afin d'informer la prise de décision des conseillers en PCI en CRDP. Elle devrait aussi mener au partage des ressources en PCI au sein des installations de l'établissement pour couvrir certains besoins en CRDP. Par exemple, un conseiller en PCI par intérim en cas d'une absence prolongée, des budgets supplémentaires pour acquérir un système d'information en PCI ou alors pour effectuer des rénovations majeures sur les unités et les plateaux techniques. Dès lors, il est possible que la récente réorganisation des établissements puisse mener à une amélioration de la satisfaction du personnel au regard de certaines situations rapportées dans cette évaluation.

En contrepartie, en lien avec les incertitudes de certains participants, la création d'un seul comité de PCI par établissement (Comité stratégique) fait craindre, d'une part, une perte d'influence des responsables de la PCI en CRDP auprès de la direction de l'établissement et, d'autre part, une perte du travail accompli au cours des dernières années pour mettre en place un comité local réactif face aux problèmes rencontrés. À ce sujet, le nouveau cadre de référence ministériel en PCI prévoit l'implantation d'une ou de plusieurs instances en PCI (Tables cliniques) qui assureraient le lien entre les installations et le Comité stratégique de PCI (MSSS, 2017). Dès lors, les établissements pourraient s'assurer que les nouvelles structures organisationnelles en PCI des établissements soient conformément implantées et que les problématiques spécifiques aux CRDP soient abordées dans le cadre de ces structures. Les établissements pourraient également déterminer un modèle de table clinique en PCI permettant de véhiculer de manière adéquate les enjeux concernant les CRDP.

Formulées dans la perspective d'améliorer l'implantation du programme de PCI dans les CRDP, les pistes et cibles d'actions suggérées dans cette étude pourraient être intégrées dans le processus de rédaction des lignes directrices provinciales pour la prévention et le contrôle des BMR en milieu de réadaptation.

Références

Abad C., A. Fearday and N. Safdar (2010). Adverse Effects of Isolation in Hospitalised Patients: A Systematic Review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2): 97-102.

AERDPQ (2010). Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. Guide pour une gestion intégrée de la qualité. http://aerdpq.reseaut.net/fichiers/publications/guide_gestion_integree_de_la_qualite_-_2010.pdf

AERDPQ (2014). Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. Mémoire portant sur le projet de loi no10 : loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. http://www.autisme.qc.ca/assets/files/06-documentation/02-publication-thematique/Projet_Loi_10/aerdpq_memoire.pdf

ASSS Estrie (2007). Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Programme-services déficience physique : orientations régionales 2007-2010.

ASSS Estrie (2011). Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Cadre de référence sur la qualité des soins et des services en Estrie.

ASSS Laurentides (2013). Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. Cadre de référence : hiérarchisation des services en déficience physique.

ASSS Montréal (2010). Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal.

ASSS Mauricie et Centre-du-Québec (2014). Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec. Cadre de référence sur la qualité des soins et des services en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Bearman G. and M. P. Stevens (2014). Pushing Beyond Resistors and Constipators: Implementation Considerations for Infection Prevention Best Practices. *Current infectious disease reports*, 16(1):1-7.

Boscart V., M. Fernie, R. Geoff, H. Lee Jae and B. Jaglal Susan (2012). Using psychological theory to inform methods to optimize the implementation of a hand hygiene intervention. *Implementation Science*, 7(77):1-12

Bradley E. H., L. A. Curry and KJ Devers. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health services research*, 42(4), 1758-1772.

Cantin J. et L. Rocheleau (2006). Sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers hospitalisés à l'égard des services offerts à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/docu_sondage_satisfaction.pdf

Castro-Sánchez E. and A. H. Holmes (2015). Impact of organizations on healthcare-associated infections. *Journal of Hospital Infection* 89(4):346-50

Colorado B., D. T. David and T. Sergey (2014). Impact of Contact Isolation on FIM Score Change, FIM Efficiency Score, and Length of Stay in Patients in Acute Inpatient Rehabilitation Facility. *PM&R*, 6(11):988-991.

Damschroder L. J., D. C. Aron, R. E. Keith, S. R. Kirsh, J. A. Alexander and J. C. Lowery (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1),1.

De Bono S., G. Heling and M. A. Borg (2014). Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions. *Journal of Hospital Infection*, 86(1):1-6.

INESSS (2012). Institut national d'excellente en santé et en services sociaux. L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/ETMIS2012_Vol8_No9.pdf

INSPQ (2009). Institut national de santé publique. Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans les milieux de réadaptation. <https://www.inspq.qc.ca/publications/943>

INSPQ (2010). Institut national de santé publique. Proportion de chambres individuelles avec salle de toilette non partagée devant être disponibles dans les établissements de soins de santé physique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/937>

Jones D. (2010). How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients. *Nursing times*, 106(36):14-16.

Kennedy P. and L. R. Hamilton (1997). Psychological impact of the management of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in patients with spinal cord injury. *Spinal cord*, 35(9):617-9.

Lynch E., S. Hillier and D. Cadilhac (2014). When should physical rehabilitation commence after stroke: a systematic review. *International Journal of Stroke*, 9.4: 468-478.

Morgan D. J., D. J. Diekema, K. Sepkowitz and E. L. Perencevich (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *American Journal of Infection Control*, 37(2):85-93.

MSSS (1995). Ministère de la santé et des services sociaux. Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique.

MSSS (1998). Ministère de la santé et des services sociaux. Mesure de contrôle et prévention des infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec.

MSSS (2003). Ministère de la santé et des services sociaux. Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique : Objectifs 2004-2009. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001381/>

MSSS (2006). Ministère de la santé et des services sociaux. La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Québec.

MSSS (2007). Ministère de la santé et des services sociaux. Cadre de référence pour les services surspécialisés de réadaptation en déficience physique. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001169/>

MSSS (2008). Ministère de la santé et des services sociaux. Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000939/>

MSSS (2013). Ministère de la santé et des services sociaux. Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral - Orientations ministérielles 2013-2018. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000290/>

MSSS^a (2015). Ministère de la santé et des services sociaux. Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec - Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001039/>

MSSS^b (2015). Ministère de la santé et des services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025, Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

MSSS^c (2015). Ministère de la santé et des services sociaux. Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001550/>

MSSS^d (2015). Ministère de la santé et des services sociaux. Glossaire - Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001189/>

MSSS (2017). Ministère de la santé et des services sociaux. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec – Les infections nosocomiales. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001209/>

OMS (2011). Ministère de la santé et des services sociaux. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/80135>

Patton M. Q. (2002) *Qualitative research and evaluation methods*: 3 ed. Thousand Oaks: Sage

Webber K. L., S. Macpherson, A. Meagher, S. Hutchinson and B. Lewis (2012). The Impact of Strict Isolation on MRSA Positive Patients: An Action-Based Study Undertaken in a Rehabilitation Center. *Rehabilitation Nursing*, 37(1):43-50

Zingg W., A. Holmes, M. Dettenkofer, T. Goetting, F. Secci, L. Clack, B. Allegranzi, A.-P. Magiorakos and D. Pittet (2015). Hospital Organisation, Management, and Structure for Prevention of Health-Care-Associated Infection: A Systematic Review and Expert Consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(2):212-224.

Annexe 1 Modèle logique du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en établissement de santé

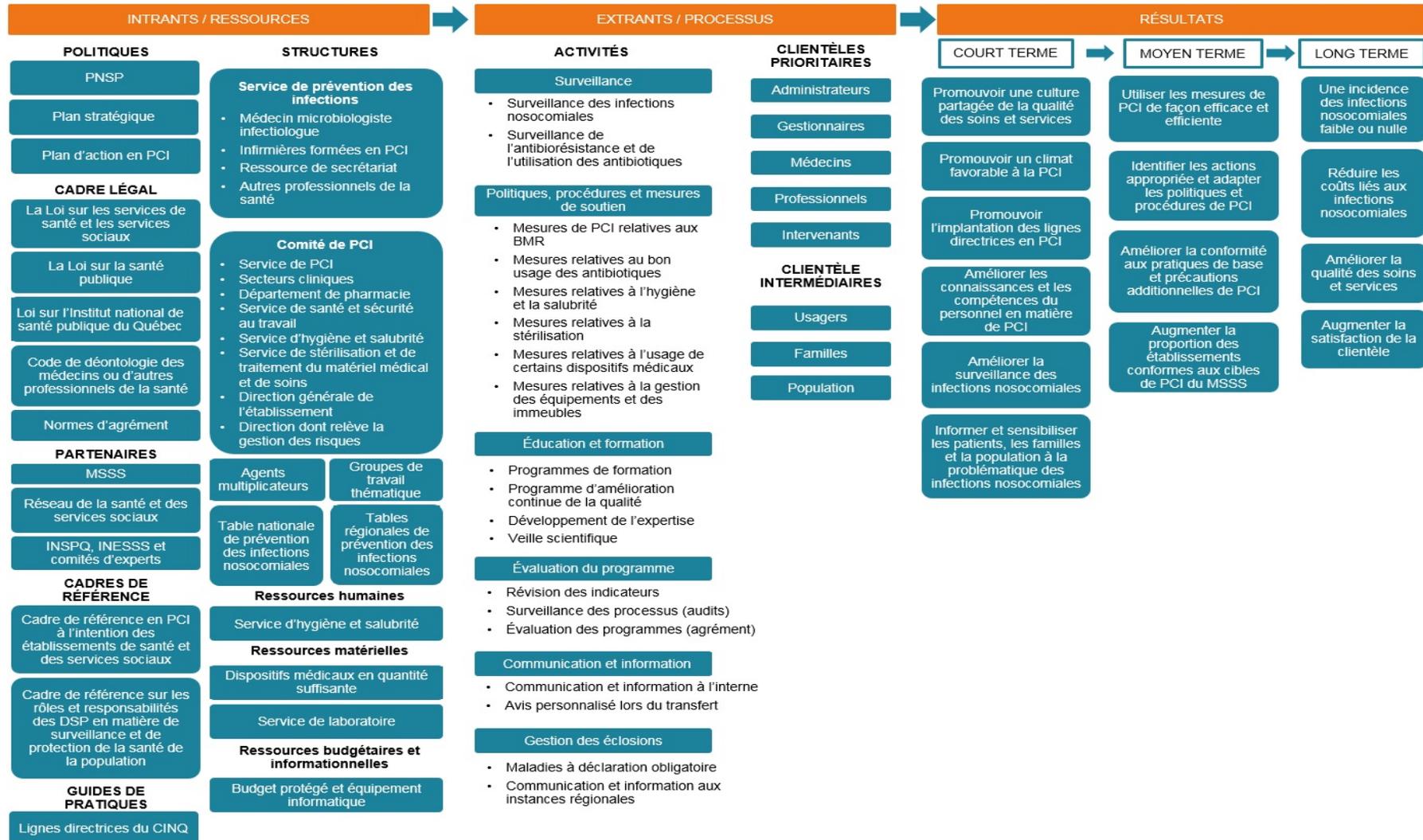


Figure conçue par les auteurs à partir du cadre de référence (MSSS, 2006).

Annexe 2 Trajectoire type de services de réadaptation en déficience physique au Québec

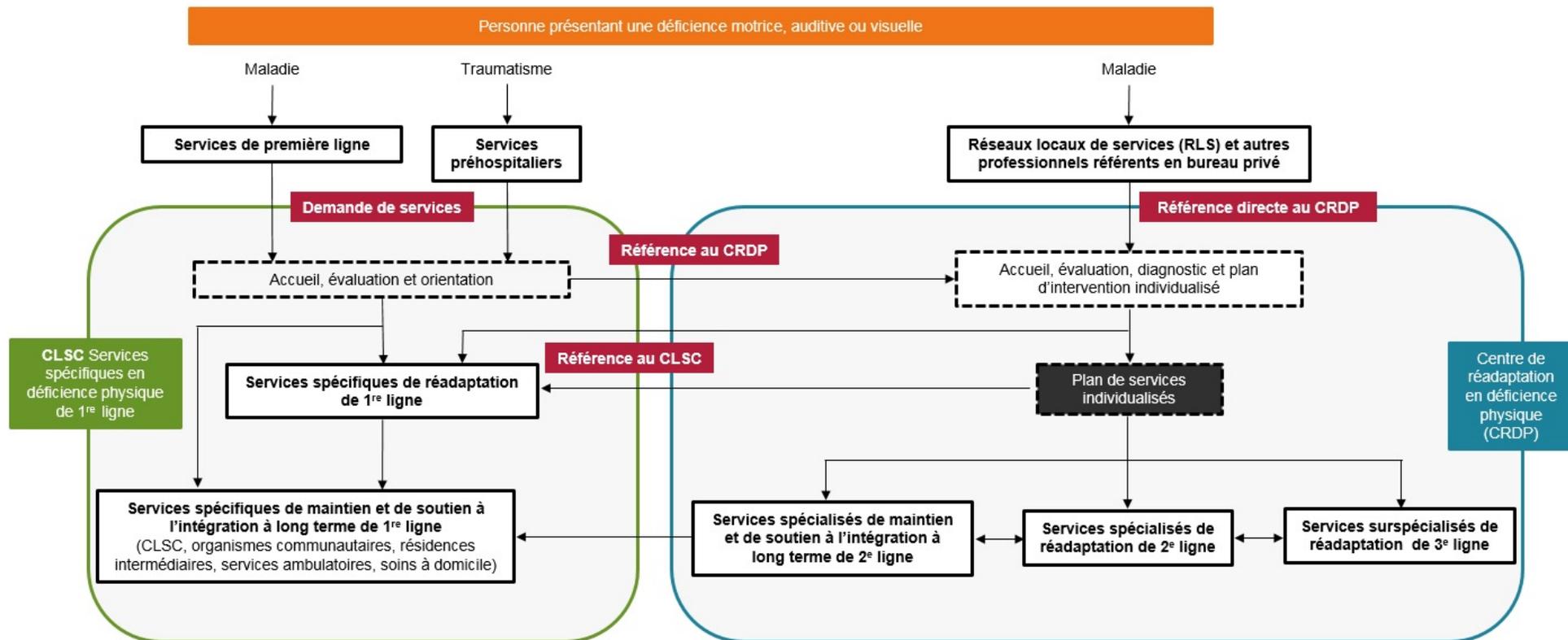


Figure adaptée des cadres de référence (MSSS, 2007) et (ASSS Laurentides, 2013).

Annexe 3 Modèle intégrateur de la qualité

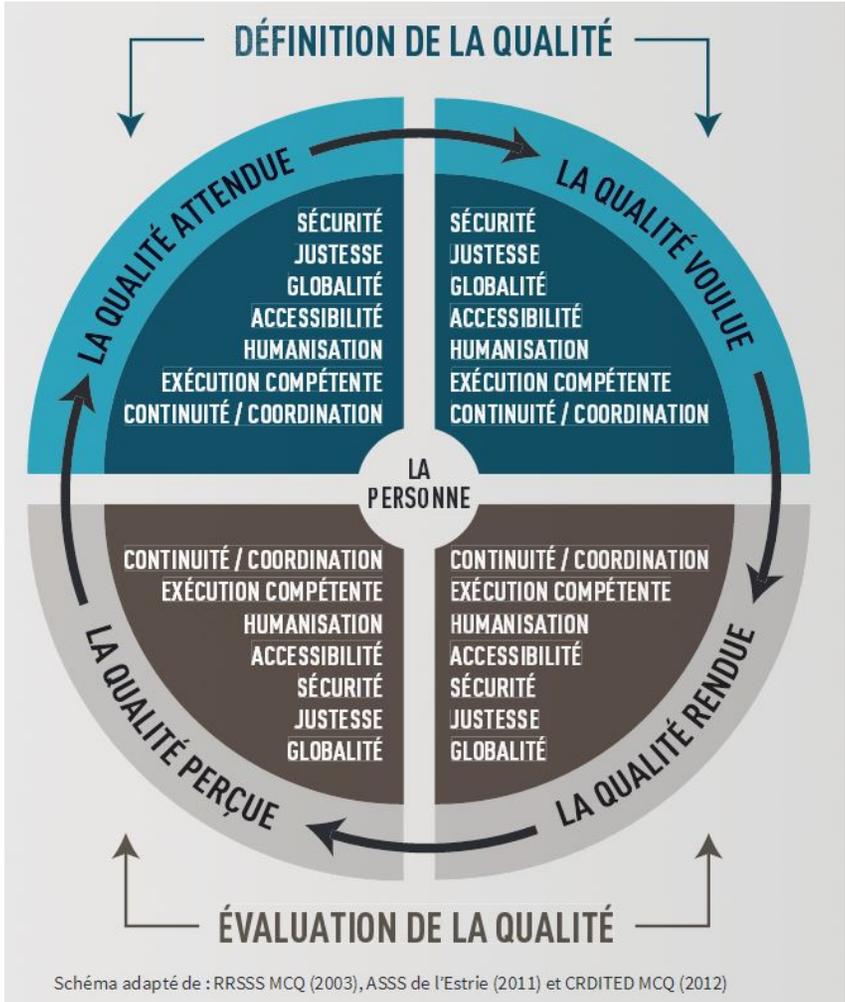


Figure tirée intégralement du cadre de référence (ASSS Mauricie et Centre-du-Québec, 2014).

Annexe 4 Démarche d'évaluation

Type d'évaluation	Composante principale	Composantes secondaires	Variables à documenter	Méthodes de collecte des données
Processus	Implantation et effets du programme de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes (BMR) en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)	Caractéristiques de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programmes-clients et services (CRDP) ■ Partenariats ■ Culture de la qualité ■ Niveau de risque d'une infection nosocomiale attribuable à une BMR 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entrevues individuelles semi-dirigées ■ Lecture des rapports annuels de gestion, rapports de PCI et rapports d'agrément ■ Lecture du cartable des politiques et procédures de PCI ■ Notes de terrain
		Implantation des structures de prévention et contrôle des infections (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Service de PCI ■ Comité de PCI ■ Ressources humaines, matérielles, budgétaires et informationnelles en PCI ■ Facteurs facilitant et contraignant l'implantation des composantes structurelles du programme 	
		Implantation des activités de PCI	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Politiques, procédures et mesures de soutien ■ Éducation ■ Évaluation ■ Communication et information ■ Gestion des éclosions ■ Facteurs facilitant et contraignant l'implantation des activités du programme 	
		Effets des mesures de prévention et de contrôle des BMR sur la qualité des soins et des services	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accessibilité ■ Continuité ■ Globalité ■ Sécurité ■ Expérience de soins ■ Autres dimensions de la qualité rapportées 	

Annexe 5 Types de participants rencontrés en entrevue

Type de participant	Grappe A			Grappe B		
	CH 1	CRDP 1	CRDP 2	CH 2	CRDP 3	CRDP 4
Conseiller en PCI (n = 6)	Infirmier (I)	Infirmier (I, E)	Infirmier (I)	Infirmier (I)	Infirmier (I, E)	Professionnel non clinicien (E)
Gestionnaire (n = 8)	Chef de programme-clientèle (I)	Coordonnateur d'unité de soins (I)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordonnateur d'unité de soins (I) ■ Cadre liaison (I) 	Cadre liaison (I)	Chef de programme-clientèle (I)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chef de service (E) ■ Chef de programme-clientèle (I)
Intervenant (n = 8)	Médecin (I)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médecin (I) ■ Ergothérapeute (I) 	Médecin (I)	-	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médecin (I) ■ Ergothérapeute (I) ■ Physiothérapeute (I, E) 	Physiothérapeute (E)

(E) Services externes.

(I) Services internes.

Annexe 6 Implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation en déficience physique

Structures et activités du programme	Grappe A		Grappe B	
	CRDP 1	CRDP 2*	CRDP 3	CRDP 4*
Structures de PCI				
Service de PCI				
▪ Service de PCI local	Oui	Oui	Oui	Non
▪ Conseiller en PCI	Oui (infirmier 1 ETC/133 lits)	Oui (infirmier 1 ETC/133 lits)	Oui (infirmier 1 ETC/133 lits)	Oui (professionnel non clinicien)
Comité de PCI				
▪ Comité de PCI local (ou autre comité local, si inscrit)	Oui	Oui	Oui	Comité de gestion des risques
Ressources humaines				
▪ Personnel d'hygiène et salubrité	Oui	Oui	Oui	Oui
▪ Préposé dédié aux usagers porteurs d'une BMR	Oui	Oui	Oui	Oui
Ressources matérielles				
▪ Service de laboratoire de microbiologie externe (pour le dépistage des BMR)	Oui	Oui	Oui	Non
▪ Chambre individuelle (pour la restriction à la chambre des usagers porteurs d'une BMR)	Oui	Oui	Oui	Non
▪ Zone dédiée en permanence aux usagers porteurs d'une BMR (sur un plateau technique ou une unité)	Non	Non	Non	Non
▪ Antiseptique, équipement de protection individuelle et matériel de soins à usage unique ou dédié aux usagers porteurs d'une BMR	Oui	Oui	Oui	Oui
Ressources budgétaires et informationnelles				
▪ Budget dédié aux activités de PCI	Oui	Oui	Oui	Oui
▪ Logiciel dédié à la gestion des infections nosocomiales	Oui	Oui	Oui	Non

* Pour les CRDP 2 et 4, les lits des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ne se retrouvent pas en CRDP. Dans le tableau, les structures et les activités de PCI décrites pour le CRDP 2 sont celles déployées pour les services internes (URFI) en CHSLD, alors que pour le CRDP 4 ce sont celles déployées pour les services externes en CRDP.

Annexe 6 Implantation du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en centre de réadaptation en déficience physique (suite)

Structures et activités du programme	Grappe A		Grappe B	
	CRDP 1	CRDP 2*	CRDP 3	CRDP 4*
Activités de PCI				
Surveillance				
▪ Dépistage des BMR à l'admission	Oui	Oui	Oui	Non
▪ Dépistage des BMR en cours de séjour (usagers ou unités à risque)	Oui	Oui	Oui	Non
▪ Dépistage des BMR auprès du personnel (lors d'éclosion persistante)	Oui	Oui	Oui	Non
Politiques et procédures (P&P) et mesures de soutien				
▪ Élaboration et mise à jour d'un cartable des P&P de PCI (incluant un volet pour les BMR)	Oui	Oui	Oui	Oui
▪ Mesures de soutien de l'application des P&P de PCI	Oui	Oui	Oui	Oui
Éducation et formation				
▪ Conseiller en PCI (formation de base en PCI ou plus, si inscrit)	Oui	Oui	Microprogramme de 2 ^e cycle universitaire	Oui
▪ Personnel (formation obligatoire sur les pratiques de base à l'embauche; formation complémentaire selon les besoins en cours d'emploi)	Oui	Oui	Oui	Oui
▪ Usagers (information sur les pratiques de base)	Oui	Oui	Oui	Oui
Évaluation du programme				
▪ Évaluation interne	Oui	Oui	Oui	Oui
▪ Évaluation externe (agrément)	Oui	Oui	Oui	Oui
Communication et information				
▪ Communication à l'interne (P&P de PCI, liste des usagers porteurs d'une BMR, dépliant d'information sur les BMR, etc.)	Oui	Oui	Oui	Oui
▪ Communication à l'externe (statut infectieux lors d'une demande de services interétablissements)	Oui	Oui	Oui	Oui
Gestion des éclosions				
▪ Plan d'action local (éclosion à BMR)	Oui	Oui	Oui	Non

* Pour les CRDP 2 et 4, les lits des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ne se retrouvent pas en CRDP. Dans le tableau, les structures et les activités de PCI décrites pour le CRDP 2 sont celles déployées pour les services internes (URFI) en CHSLD, alors que pour le CRDP 4 ce sont celles déployées pour les services externes en CRDP.

Annexe 7 Effets des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services en centre de réadaptation en déficience physique

Dimension de la qualité	Étape du cheminement de l'utilisateur	Description de l'effet perçu
A. Organisation des soins et des services		
Accessibilité et continuité	À l'admission	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transfert : les mesures de prévention et de contrôle des BMR peuvent engendrer des délais d'attente parfois plus longs entre la fin des soins en CH et le transfert en CRDP pour les usagers porteurs ou à risque de transmettre une BMR (dépistage en cours).
	En cours de séjours (services internes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge : les précautions additionnelles (restriction à la chambre) peuvent engendrer des délais de prise en charge parfois plus longs pour les usagers porteurs d'une BMR. ▪ Coordination des soins : les précautions additionnelles peuvent engendrer des contraintes lors de la planification et de la coordination des soins en présence d'usagers porteurs d'une BMR, incluant la gestion du matériel partagé contaminé.
	À la sortie (services externes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux services : les précautions additionnelles peuvent entraîner des délais d'attente parfois plus longs pour obtenir des services externes (peu importe le statut infectieux à BMR de l'utilisateur). ▪ Coordination des soins : les précautions additionnelles peuvent engendrer des contraintes lors de la planification et de la coordination des soins en présence d'usagers porteurs d'une BMR, incluant la gestion du matériel partagé contaminé.
Globalité	En cours de séjours (services internes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux équipements : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour les usagers à <u>haut risque</u> de transmettre une BMR, les précautions additionnelles (restriction à la chambre) peuvent limiter l'accès à la plupart des interventions offertes; ▪ pour les usagers à <u>faible risque</u> de transmettre une BMR, les précautions additionnelles peuvent permettre de bénéficier des équipements sur les différents plateaux techniques, mais avec certaines contraintes d'utilisation.
	À la sortie (services externes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux équipements : les précautions additionnelles peuvent permettre de bénéficier des équipements sur les différents plateaux techniques, mais avec certaines contraintes d'utilisation.
Sécurité	En cours de séjours (services internes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention des infections nosocomiales : les mesures de PCI peuvent prévenir la transmission de BMR par contact lors des thérapies ou d'activités sociales. ▪ Gestion des risques : les mesures de PCI peuvent améliorer la capacité du personnel à évaluer les risques associés aux usagers porteurs d'un BMR.
	À la sortie (services externes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Culture de la qualité : les mesures de PCI peuvent promouvoir une culture partagée de la prévention des infections dans les différents programmes-clientèles et services.

Annexe 7 Effets des politiques, des procédures et des pratiques de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes sur la qualité des soins et des services en centre de réadaptation en déficience physique (suite)

Dimension de la qualité	Étape du cheminement de l'utilisateur	Description de l'effet perçu
B. L'interaction avec l'utilisateur		
Humanisation	En cours de séjours (services internes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quiétude : les mesures de PCI peuvent mener à une certaine tranquillité d'esprit et un sentiment de sécurité et de confiance vis-à-vis des soins et des services en CRDP. En contrepartie, les précautions additionnelles (restriction à la chambre) et certaines pratiques du personnel peuvent générer des effets non souhaités sur le plan émotionnel et psychologique chez des usagers porteurs d'une BMR et leur famille. ▪ Confidentialité : les précautions additionnelles peuvent rendre difficile la protection de la confidentialité sur le statut infectieux d'un usager. ▪ Socialisation : les précautions additionnelles (restriction à la chambre) peuvent rendre la réadaptation plus difficile en raison d'un manque d'échange humain.
	À la sortie (services externes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quiétude : les mesures de PCI peuvent mener à une certaine tranquillité d'esprit et un sentiment de sécurité et de confiance vis-à-vis des soins et des services en CRDP. En contrepartie, les précautions additionnelles et certaines pratiques du personnel peuvent générer des effets non souhaités sur le plan émotionnel et psychologique chez des usagers porteurs d'une BMR et leur famille.
C. Prestation des soins		
Efficacité	En cours de séjours (services internes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efficacité des thérapies : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour les usagers à <u>haut risque</u> de transmettre une BMR, les précautions additionnelles (restriction à la chambre prolongée) peuvent mener à un déconditionnement en raison d'interventions passives et limitées; ▪ pour les usagers à <u>faible risque</u> de transmettre une BMR, les précautions additionnelles peuvent entraver l'atteinte du plein potentiel de réadaptation de ceux-ci.
	À la sortie (services externes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efficacité des thérapies : les précautions additionnelles peuvent entraver l'atteinte du plein potentiel de réadaptation des usagers porteurs d'une BMR.

www.inspq.qc.ca