



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

# Prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) dans les milieux de soins du Québec

AVIS D'EXPERTS SUR LES ORIENTATIONS À RETENIR AU QUÉBEC

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC



Avis et recommandations

# Prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) dans les milieux de soins du Québec

**AVIS D'EXPERTS SUR LES ORIENTATIONS À RETENIR AU QUÉBEC**

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Direction des risques biologiques  
et de la santé au travail

Septembre 2012

## **AUTEURS**

Patrick Dolcé, médecin microbiologiste-infectiologue  
Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Rimouski-Neigette, Hôpital régional de Rimouski

Marie Gourdeau, médecin microbiologiste-infectiologue  
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) - Hôpital de l'Enfant-Jésus

François Lamothe, président de la table nationale en prévention des infections  
Hôpital de Saint-Eustache

Vivian Loo, médecin microbiologiste-infectiologue  
Centre universitaire de santé McGill

Gilbert Pichette, médecin microbiologiste-infectiologue  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Ramona Rodrigues, infirmière en prévention des infections  
Centre universitaire de santé McGill

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Bruno Leclerc, consultant en éthique  
Université du Québec à Rimouski

## **RÉDACTRICE**

Lucie Beaudreau, conseillère scientifique en prévention des infections nosocomiales  
Institut national de santé publique du Québec

## **MISE EN PAGES**

Elena Madrid, agente administrative  
Institut national de santé publique du Québec

Marjorie Charest, agente administrative  
Institut national de santé publique du Québec

## **REMERCIEMENTS**

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) tiennent à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette rencontre de travail et à l'élaboration du présent avis.



*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](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

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

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2012  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-66065-1 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-66066-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 SOMMAIRE DU DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE DE DISCUSSIONS ET FAITS SAILLANTS .....</b>	<b>3</b>
1.1 Objectif de la journée.....	3
1.2 Déroulement de la journée .....	3
1.3 Points saillants des présentations tels que retenus par les groupes 1 et 2 .....	4
1.4 Points saillants des discussions sur la première question, tels que retenus par les groupes 1 et 2 .....	6
1.5 Points saillants des discussions sur la deuxième question, tels que retenus par les groupes 1 et 2 .....	6
1.6 Aspects éthiques liés aux enjeux de prévention et contrôle de l'ERV dans les milieux de soins .....	7
<b>2 AVIS SUR LES QUESTIONS SOUMISES.....</b>	<b>9</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>11</b>
<b>ANNEXE 1 LISTE DES PARTICIPANTS À LA JOURNÉE DE DISCUSSIONS DU 23 NOVEMBRE 2010 .....</b>	<b>13</b>
<b>ANNEXE 2 PROGRAMME DE LA JOURNÉE DE DISCUSSIONS DU 23 NOVEMBRE 2010 .....</b>	<b>17</b>
<b>ANNEXE 3 ASPECTS ÉTHIQUES DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DE L'ERV DANS LES MILIEUX DE SOINS DU QUÉBEC .....</b>	<b>23</b>



## INTRODUCTION<sup>1</sup>

Dans le contexte de la mise à jour des mesures de prévention et de contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) dans les milieux de soins du Québec, certaines questions ont été soulevées par des équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) sur la pertinence de maintenir des mesures telles que celles recommandées en 1998 (MSSS, 1998) dans un contexte de ressources limitées pour l'application de l'ensemble des mesures de PCI, et devant le faible nombre de cas d'infections à ERV rapporté au Québec.

Puisque la littérature actuelle ne permet pas d'examiner ces aspects, propres à la situation québécoise, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), a convenu d'organiser une journée de discussions avec des consultants externes, pour examiner les enjeux liés à la prévention et au contrôle de l'ERV dans les milieux de soins du Québec et obtenir un avis externe sur les principales orientations à donner aux nouvelles recommandations.

En plus de permettre un examen exhaustif des impacts liés à cette problématique, la tenue d'une telle activité avait pour avantage de permettre aux personnes qui questionnaient les mesures actuelles de présenter leur position, d'en discuter avec les experts responsables et les experts externes, et d'en venir à un consensus sur l'orientation à adopter.

Cette rencontre d'experts de divers domaines concernés par le sujet (infirmières en PCI, médecins microbiologistes-infectiologues, médecins de santé publique, éthicien) s'est déroulée le 23 novembre 2010.

Ce document présente un sommaire du déroulement de cette journée ainsi que les faits saillants, suivis de l'avis formulé par le comité de consultants retenus pour ce faire. Il est prévu que cet avis soit utilisé par le CINQ et le groupe de travail sur les recommandations pour la prévention et le contrôle de l'ERV pour élaborer la mise à jour des mesures diffusées en 1998.

---

<sup>1</sup> Bien que ce document soit diffusé en 2012, il a été rendu disponible dès janvier 2011 au CINQ et au groupe de travail sur les recommandations pour la prévention et le contrôle de l'ERV dans les milieux de soins du Québec.





# **1 SOMMAIRE DU DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE DE DISCUSSIONS ET FAITS SAILLANTS**

## **1.1 OBJECTIF DE LA JOURNÉE**

Le principal objectif était de dégager un avis sur les questions suivantes :

- Dans les milieux de soins aigus du Québec, les mesures de prévention et de contrôle de l'ERV doivent-elles viser à prévenir la transmission de l'ERV auprès de la clientèle à risque de colonisation ou seulement auprès de la clientèle à risque d'infection?
- L'objectif des mesures de prévention et de contrôle devrait-il être ajusté selon l'épidémiologie locale et régionale ou être le même pour l'ensemble de la province?

## **1.2 DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE**

Afin de mettre en place les conditions favorables à une prise de position qui tiendrait compte à la fois des données scientifiques disponibles, de la dimension éthique, de l'expérience clinique et de la réalité québécoise, cette journée s'est déroulée selon un processus rigoureux tant lors de la sélection des participants que lors de l'élaboration du programme et de la réalisation de l'activité elle-même.

La journée comprenait trois principales parties : la première consistait en des présentations sur les données épidémiologiques internationales, canadiennes et provinciales, accompagnées d'informations sur les aspects organisationnels et économiques de l'application des mesures de prévention et contrôle. Deux présentations ont porté sur la réalité locale en ce qui concerne l'application des mesures de prévention de la transmission de l'ERV au Québec.

La seconde partie de la journée a d'abord permis de faire ressortir les points saillants des présentations, et d'établir les prémisses aux discussions, pour faire place aux discussions sur les questions adressées. Lors de la troisième partie de la journée, un groupe restreint d'experts a revu les questions à la lumière des éclairages apportés pendant la journée pour émettre un avis sur les deux questions soumises.

Les participants invités étaient répartis en trois groupes :

- Groupe 1 : consultants externes appelés à émettre un avis en fin de journée et à discuter sur les questions soumises lors de la deuxième partie de la journée;
- Groupe 2 : consultants externes appelés à discuter sur les questions soumises et à soutenir le groupe 1 en vue de répondre aux questions soumises. Ce groupe était invité à participer à l'ensemble de la journée à l'exception de la dernière partie;
- Groupe 3 : observateurs qui ont assisté à l'ensemble des activités de la journée à l'exception de la dernière partie.

Afin que les enjeux éthiques soient pris en considération à travers tout le processus, un éthicien était invité à se joindre aux travaux des groupes 1 et 2, incluant la période de délibération du groupe restreint d'experts en fin de journée. Plus de détails sur le programme de la journée et les participants invités sont présentés en annexe 1 et 2.

### **1.3 POINTS SAILLANTS DES PRÉSENTATIONS TELS QUE RETENUS PAR LES GROUPES 1 ET 2**

Les données scientifiques disponibles à ce jour et l'expérience clinique démontrent que :

1) Au niveau épidémiologique :

- L'incidence de l'ERV est en augmentation au Québec et en Ontario depuis 2006;
- L'augmentation de l'incidence des cas d'ERV au Québec serait causée principalement par un très petit nombre de milieux de soins provenant d'une même région; cependant, il est possible que l'incidence de l'ERV au Québec soit sous-estimée puisque le dépistage n'est pas standardisé à travers tous les milieux de soins;
- Selon les données disponibles :
  - le nombre d'éclosions d'ERV au Québec est en augmentation mais la majorité des éclosions sont rapidement contrôlées;
  - au Québec, jusqu'à maintenant, très peu de centres sont endémiques et plusieurs n'ont jamais eu d'éclosion;
- Comparativement à l'épidémiologie observée dans d'autres pays, le Québec se compare avantageusement, possiblement à cause de l'existence et de l'application de recommandations;
- Lorsque l'ERV est devenu endémique dans un milieu de soins, il peut être très difficile de l'éradiquer, et les ressources requises pour ce faire peuvent être considérables;
- Le risque d'endémicité pour un milieu de soins est augmenté s'il accueille régulièrement des patients provenant d'un autre milieu de soins, lui-même endémique;
- Dans un milieu de soins, plus il y a de cas colonisés par l'ERV, plus il y a de cas d'infections à ERV;
- Une nouvelle souche qui semble se transmettre facilement est en circulation dans le monde.

2) Au niveau des impacts cliniques :

- L'ERV est un agent pathogène qui peut être responsable d'infections sévères et entraîner le décès dans certaines circonstances;
- Ce n'est qu'une minorité de patients colonisés qui développent une infection à ERV;
- Lorsqu'une infection à ERV survient, la morbidité et la mortalité peuvent être significatifs;

- Les clientèles suivantes sont plus à risque que les autres patients de développer une infection à ERV :
    - personnes immunosupprimées, greffées et clientèle d'hémato-oncologie;
    - patients hémodialysés;
    - patients des soins intensifs;
    - personnes qui subissent une chirurgie majeure;
    - personnes avec des facteurs importants de co-morbidité (exemples : diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, etc.) et qui requièrent des traitements aux antibiotiques;
    - patients qui requièrent des procédures invasives.
  - Parmi les impacts liés aux infections à l'ERV, on retrouve :
    - une augmentation de la durée de séjour avec notamment un impact sur les listes d'attente pour les hospitalisations électives et à l'urgence;
    - une augmentation des coûts associés aux traitements;
    - une morbidité et une mortalité accrues;
    - une augmentation de l'intensité des soins;
    - une augmentation du risque de transmission de l'ERV.
- 3) Au niveau de la prévention et du contrôle de la transmission de l'ERV :
- Le respect de l'hygiène des mains est un facteur important pour prévenir la transmission de l'ERV;
  - Dans un contexte où il est connu que des bris dans l'application des pratiques de base surviennent régulièrement, l'application de mesures de précautions additionnelles est nécessaire pour prévenir la transmission de l'ERV;
  - L'environnement joue un rôle important dans la transmission de l'ERV notamment parce qu'il peut y survivre longtemps; l'application rigoureuse de mesures d'hygiène et salubrité est nécessaire pour prévenir la transmission de l'ERV;
  - La surveillance de l'ERV uniquement à partir des spécimens cliniques n'est pas suffisante pour permettre de connaître la situation épidémiologique d'un milieu et pour prévenir et contrôler la transmission de l'ERV dans ce milieu;
  - La surveillance de l'ERV à partir de spécimens de dépistage sera optimisée si elle comprend des dépistages périodiques dans les secteurs à risque en plus des dépistages à l'admission;
  - La gestion de l'application des mesures de PCI est facilitée lorsqu'un test de dépistage rapide est disponible;
  - La surveillance des processus est un moyen requis pour assurer l'application de l'ensemble des mesures de prévention et contrôle;
  - La prévention et le contrôle de la transmission de l'ERV dans les milieux de soins aigus est possible mais requièrent d'importantes ressources, de façon récurrente, et une implication de tous les niveaux de l'organisation;

- L'application concomitante d'un ensemble de mesures est requis pour prévenir et contrôler la transmission de l'ERV;
- Il peut être avantageux d'investir pour prévenir la transmission de l'ERV lorsque l'incidence est faible, même en absence d'infections;
- Plusieurs organisations ont des installations physiques qui rendent difficile la prévention de la transmission de l'ERV.

#### **1.4 POINTS SAILLANTS DES DISCUSSIONS SUR LA PREMIÈRE QUESTION, TELS QUE RETENUS PAR LES GROUPES 1 ET 2**

##### **Question :**

« Dans les milieux de soins aigus du Québec, les mesures de prévention et contrôle de l'ERV doivent-elles viser à prévenir la transmission de l'ERV auprès de la clientèle à risque de colonisation ou seulement auprès de la clientèle à risque d'infection? »

- La clientèle à risque de colonisation d'ERV ou d'infection correspond essentiellement à l'ensemble des patients hospitalisés;
- Afin de contrôler les infections, on doit d'abord contrôler la colonisation;
- Envisager le développement de lignes directrices qui cibleraient plus d'un organisme multi-résistant (pas seulement l'ERV) afin d'intégrer les bactéries multirésistantes en émergence (approche globale, commune);
- L'augmentation des éclosions pourrait être l'indication d'un problème d'adhésion dans la mise en application des recommandations;
- Une surveillance des processus pourrait contribuer à augmenter l'efficacité des mesures recommandées;
- La mise en place des mesures de prévention et contrôle rigoureuses pour l'ERV aura des effets bénéfiques sur l'incidence de l'ensemble des autres infections transmissibles.

#### **1.5 POINTS SAILLANTS DES DISCUSSIONS SUR LA DEUXIÈME QUESTION, TELS QUE RETENUS PAR LES GROUPES 1 ET 2**

##### **Question :**

« L'objectif des mesures de prévention et de contrôle devrait-il être ajusté selon l'épidémiologie locale et régionale ou être le même pour l'ensemble de la province? »

- Pour certains types de milieux (ex. : centres de réadaptation, CHSLD), l'application des lignes directrices dans leur intégralité représente un défi;
- Les recommandations devraient être ajustées en fonction de la mission des établissements;

- Les établissements de soins sont interdépendants; les efforts ou l'absence d'efforts de prévention dans un centre hospitalier a un impact sur la problématique dans d'autres centres hospitaliers;
- Un ensemble de mesures de prévention minimales (« core ») doivent être en place en tout temps, pour tous les milieux de soins, qu'ils soient endémiques pour l'ERV ou non;
- En situation d'endémicité ou lorsque le nombre de cas atteint un niveau critique, les mesures de prévention et contrôle devraient être rehaussées; un support adéquat doit être fourni afin de ne pas mettre en péril les autres activités de PCI de l'établissement;
- Les problèmes d'éclosions et d'endémicité semblent être liés à un enjeu de gestion;
- Les recommandations doivent cibler des mesures organisationnelles, administratives, les pratiques cliniques, les techniques, les infrastructures, les ressources humaines (personnel de soins et d'hygiène et salubrité) et les équipements;
- Il serait souhaitable que le document de mise à jour des recommandations sur la prévention et contrôle de l'ERV souligne les questions de recherche (composantes organisationnelles des soins, microbiologique, épidémiologique et de contrôle de la transmission) à adresser.

## 1.6 ASPECTS ÉTHIQUES LIÉS AUX ENJEUX DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'ERV DANS LES MILIEUX DE SOINS

Les aspects éthiques suivants sont ressortis des discussions tenues lors de l'ensemble de la journée. La démarche suivie pour dégager ces orientations d'actions est présentée à l'annexe 3.

- La problématique scientifique, épidémiologique et clinique indique que la **finalité** des lignes directrices en matière de prévention et contrôle des ERV doit être de réduire au minimum la prévalence des ERV. Les différentes mesures proposées au niveau national, régional ou local convergent vers cette finalité et y trouvent leur **cohérence**.
- Cette finalité d'action se justifie par la **responsabilité** de protéger la **santé** et le **bien-être** des personnes à risque, compte tenu de la morbidité et de la mortalité associées aux infections à ERV. Ce souci de **bienfaisance** est soutenu par la **prudence** qui s'impose face au renforcement possible de la résistance des ERV aux antibiotiques.
- Cette responsabilité permet de légitimer certaines restrictions à l'**autonomie** des patients, notamment celles qui sont liées à l'isolement de contact. Bien que ces restrictions constituent une certaine atteinte à l'autonomie, les bénéfices pour les personnes à risque l'emportent sur les inconvénients pour la personne colonisée ou infectée. Des alternatives aux pratiques habituelles sont possibles pour réduire les restrictions à l'autonomie engendrées par les mesures requises. D'autre part, les pratiques cliniques sont soucieuses d'assurer le **respect de la vie privée** des personnes.
- Reconnaissant que le risque d'infection à ERV ne peut être réduit à zéro, les mesures proposées cherchent à assurer la meilleure protection possible de la **sécurité** des personnes. Des mesures de prévention et contrôle reconnues efficaces sont déployées

pour atteindre cet objectif, mais leur mise en œuvre est calibrée selon les paramètres épidémiologiques, cliniques et organisationnels locaux.

- Ainsi des mesures de prévention et contrôle des infections à ERV sont mises en place dans tous les milieux de soins au Québec, de manière à prévenir et à contrôler non seulement les infections, mais aussi la colonisation des patients ou résidants. Ces mesures devraient favoriser l'**accessibilité** et la **continuité** des soins lors des transferts entre établissements.
- Une place est faite à l'**autonomie de jugement** professionnel des intervenants et des gestionnaires qui ont à adapter les mesures en tenant compte de l'endémicité propre à leur milieu, des ressources disponibles et des installations physiques.
- Une importante **responsabilité** leur revient quant au respect de l'**équité** dans la répartition des ressources entre la prévention des infections et les autres besoins des clientèles.
- La réflexion éthique invite enfin à situer les mesures spécifiques à un agent pathogène dans une perspective globale et systémique de la prévention et du contrôle des infections, où la **responsabilité** est **partagée** et l'**action concertée**.
- En effet, la réussite des mesures passe non seulement par l'implication de tous les intervenants des établissements dans le respect des pratiques de base et la reconnaissance de leur contribution, mais aussi par le développement de la **culture scientifique** et du **professionnalisme**.
- Elle repose aussi sur une vision des effets multiplicateurs des mesures de prévention et contrôle déployées pour un pathogène, et sur la volonté d'investir maintenant pour adapter les infrastructures physiques et les laboratoires aux besoins liés à cette réalité. Le défi consiste à assurer en même temps la **prévention** des infections nosocomiales, l'**accessibilité** aux services et l'**équité** dans leur répartition entre les établissements et entre les régions.

## 2 AVIS SUR LES QUESTIONS SOUMISES

Cette section présente les éléments qui ont été retenus pour que le groupe de consultants experts (groupe 1) se prononce sur les questions adressées, suivis de l'avis sur les questions soumisees.

### Considérant que :

- Si l'on veut prévenir les infections à ERV, il faut d'abord prévenir la colonisation;
- L'incidence de l'ERV au Québec est faible comparativement à celle d'autres pays;
- L'impact clinique est majeur dans les pays où sévit une endémicité, comme aux États-Unis;
- L'impact clinique est supérieur dans les milieux de soins qui accueillent des clientèles à risque d'infections;
- Il est démontré qu'il est moins onéreux de prévenir les éclosions à ERV que de les contrôler;
- Il existe une interdépendance entre les milieux de soins d'une même région et de régions distinctes en ce qui concerne la transmission d'infections et de souches infectieuses;
- La mise en place d'un ensemble de mesures de prévention et contrôle efficaces contre l'ERV devrait avoir un impact positif sur la prévention de la transmission d'autres agents pathogènes transmissibles.
- Les CHSLD :
  - sont des milieux de vie, centrés sur la qualité de vie des personnes qui y séjournent, tout autant que la qualité des soins qui y sont offerts;
  - accueillent généralement une clientèle moins à risque de développer une infection à ERV que la clientèle des soins aigus.

**En réponse à la question :** « Dans les milieux de soins aigus du Québec, les mesures de prévention et de contrôle de l'ERV doivent-elles viser à prévenir la transmission de l'ERV auprès de la clientèle à risque de colonisation ou seulement auprès de la clientèle à risque d'infection? », le groupe de consultants experts est d'avis que :

- En milieux de soins aigus et en milieux de réadaptation :
  - Les mesures de prévention et de contrôle de l'ERV devraient viser à prévenir la transmission de l'ERV auprès de toute la clientèle, c'est-à-dire, prévenir la colonisation;
  - Les mesures de prévention et contrôle de l'ERV devraient comprendre notamment :
    - ✓ Des dépistages permettant de reconnaître les porteurs dès l'admission et en cours de séjour;
    - ✓ Une surveillance des processus pour s'assurer que les mesures recommandées sont bien appliquées.
- Idéalement, les milieux de soins aigus devraient pouvoir réaliser des tests rapides pour la détection du statut de porteur d'ERV;

- L'approche recommandée devrait permettre de repérer tous les patients exposés, à risque d'être colonisés et de limiter la contamination de l'environnement;
- Une surveillance provinciale de l'ERV devrait être mise en place afin de permettre une meilleure évaluation épidémiologique et de planifier les ressources.

**En réponse à la question :** « L'objectif des mesures de prévention et de contrôle devrait-il être ajusté selon l'épidémiologie locale et régionale ou être le même pour l'ensemble de la province? » le groupe de consultants experts est d'avis que :

- Les mesures de prévention et contrôle de l'ERV devraient être essentiellement les mêmes :
  - dans les milieux de soins aigus et les milieux de réadaptation, dans toutes les régions du Québec;
  - dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, dans toutes les régions du Québec.
- Les mesures de prévention et contrôle de l'ERV devraient être ajustées à la réalité des centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- Lorsqu'une éclosion survient ou qu'un milieu devient endémique, un rehaussement des mesures devrait être mis en place pour contrôler la situation;
- Des ressources (humaines, matérielles et financières) additionnelles devraient être rendues disponibles pour soutenir les milieux aux prises avec une situation d'endémicité;
- Un document d'avis et de recommandations portant sur les mesures de soutien requises pour prévenir et contrôler la transmission des bactéries multirésistantes devrait être rendu disponible auprès de toutes les instances, tant administratives que cliniques, aux niveaux local, régional et provincial.



## **CONCLUSION**

La journée de discussions sur les enjeux reliés à la prévention et au contrôle de la transmission de l'ERV dans les milieux de soins du Québec a permis de confirmer que la mise en place de processus rigoureux visant à prévenir les infections causées par ce germe multirésistant demeure une priorité. Des efforts concertés tant au niveau local, régional que provincial devraient permettre aux milieux de soins du Québec de maintenir une place enviable au regard de l'épidémiologie actuelle de l'ERV comparativement à celle observée dans d'autres pays. L'implication de tous les niveaux d'organisation est souhaitable pour atteindre les objectifs visés. Une approche visant à intégrer les activités de prévention et contrôle de la transmission de tous les microorganismes multirésistants est souhaitable.



**ANNEXE 1**

**LISTE DES PARTICIPANTS À LA JOURNÉE  
DE DISCUSSIONS DU 23 NOVEMBRE 2010**



## **LISTE DES PARTICIPANTS À LA JOURNÉE DE DISCUSSIONS DU 23 NOVEMBRE 2010**

### **Membres du comité organisateur :**

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Richard Côté, Institut national de santé publique du Québec

Lise-Andrée Galarneau, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Pierre St-Antoine, Centre hospitalier universitaire de Montréal, pavillon Notre-Dame

Chantal Soucy, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Louise Valiquette, Direction de santé publique de Montréal

Patrice Vigeant, Centre hospitalier régional du Suroît

### **Coordination :**

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Richard Côté, Institut national de santé publique du Québec

### **Conférenciers :**

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Allison McGeer, Mount Sinai Hospital

Trish Perl, The Johns Hopkins Hospital

Pierre St-Antoine, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Pavillon Notre-Dame

Patrice Vigeant, CSSS du Suroît, Centre hospitalier régional du Suroît

### **Membres du groupe de discussion qui ont émis cet avis (groupe 1)<sup>2</sup>**

Patrick Dolcé, CSSS Rimouski-Neigette, Hôpital régional de Rimouski

Marie Gourdeau, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) - Hôpital de l'Enfant-Jésus

François Lamothe, Hôpital de Saint-Eustache, président de la table nationale en prévention des infections

Gilbert Pichette, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Ramona Rodrigues, Centre universitaire de santé McGill

Vivian Loo, Centre universitaire de santé McGill

---

<sup>2</sup> Bruno Leclerc, éthicien a participé aux discussions pour que la dimension éthique fasse partie du processus décisionnel.

## **Membres du groupe de discussion qui ont soutenu les discussions du groupe 1 (groupe 2)**

Constance Forget-Falccicchio, Hôpital juif de réadaptation

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Lise-Andrée Galarneau, présidente du Cinq, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Pavillon Sainte-Marie

Bruno Leclerc, Université du Québec à Rimouski

Richard Lessard, Direction de santé publique de Montréal

Michael Libman, Centre hospitalier de St. Mary's

Allison McGeer, Mount Sinai Hospital of Toronto

Trish Perl, The Johns Hopkins Hospital

Pierre St-Antoine, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Pavillon Notre-Dame

Patrice Vigeant, CSSS du Suroît, Centre Hospitalier régional du Suroît

## **Observateurs**

Les membres du groupe de travail sur les recommandations sur l'ERV

Les membres du Cinq

Les membres du comité organisateur de la journée

La directrice du LSPQ : D<sup>re</sup> Anne-Marie Bourgault

Le directeur de la DRBST : D<sup>r</sup> Marc Dionne

Les présidents de tables régionales de prévention des infections

Des représentants de la Direction générale de la santé publique du MSSS

## **Activité organisée et réalisée avec la collaboration de :**

Marjorie Charest, Institut national de santé publique du Québec

Sofia El Mouftaquir, Institut national de santé publique du Québec

Anne Fortin, Institut national de santé publique du Québec

Anne-Marie Lowe, Institut national de santé publique du Québec

## **ANNEXE 2**

### **PROGRAMME DE LA JOURNÉE DE DISCUSSIONS DU 23 NOVEMBRE 2010**





**Mesures de prévention et de contrôle de  
l'Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)  
dans les milieux de soins du Québec**

**Journée de discussions avec panel d'experts – 23 novembre 2010**

**Hôtel des Gouverneurs, Place Dupuis – Salle Sherbrooke**

**PROGRAMME FINAL**

**Mise en contexte**

Dans le cadre des travaux sur la mise à jour des mesures de prévention et de contrôle de l'ERV dans les milieux de soins du Québec, le CINQ souhaite examiner l'ensemble des enjeux liés à cette problématique afin que les nouvelles recommandations permettent d'assurer des soins sécuritaires et de qualité.

D'une façon générale, la littérature disponible touche la plupart des questions relatives à la prévention et au contrôle de l'ERV, mais les aspects liés aux impacts de la mise en application de ces mesures dans les milieux de soins québécois ne sont pas abordés. De plus, il est difficile d'estimer les conséquences de l'adoption de mesures différentes de celles mises en place jusqu'à maintenant. Afin d'examiner plus en profondeur ces aspects, le CINQ, en collaboration avec l'INSPQ, organise une journée d'échanges entre experts de différentes disciplines reliées à la prévention des infections nosocomiales, reconnus au niveau provincial, national ou international pour discuter de ces éléments.

L'objectif de cette journée est d'obtenir un avis externe qui constituera un élément complémentaire aux données de la littérature et qui pourra être utilisé par le CINQ pour mettre à jour les mesures de prévention et de contrôle de l'ERV de 1998.

**Objectif de la journée**

Dégager un avis sur les questions suivantes :

- Dans les milieux de soins aigus du Québec, les mesures de prévention et de contrôle de l'ERV doivent-elles viser à prévenir la transmission de l'ERV auprès de la clientèle à risque de colonisation ou seulement auprès de la clientèle à risque d'infection?
- L'objectif des mesures de prévention et de contrôle devrait-il être ajusté selon l'épidémiologie locale et régionale ou être le même pour l'ensemble de la province?

## HORAIRE DE LA JOURNÉE

- 8 h 30 – 9 h : Accueil
- 9 h – 9 h 10 : Mot de bienvenue et présentation des participants  
Dre Lise-Andrée Galarneau, présidente du CINQ
- 9 h 10 – 12 h 30 : Présentations**
- 9 h 10 – 9 h 55 : Épidémiologie, prévention et contrôle : perspective internationale, Dre Trish Perl
- 9 h 55 – 10 h 25 : Épidémiologie, prévention et contrôle : perspective nationale, Dre Allison McGeer
- 10 h 25 – 10 h 45 : Période de questions
- 10 h 45 – 10 h 55 : Pause**
- 10 h 55 – 11 h 15 : Résultats de surveillance provinciale, Dr Patrice Vigeant
- 11 h 15 – 11 h 45 : Importance de l'*Enterococcus* dans les infections nosocomiales au Québec;  
Épidémiologie, prévention et contrôle : perspective locale, Dr Charles Frenette
- 11 h 45 – 12 h 15 : Épidémiologie, prévention et contrôle : perspective locale, Dr Pierre St-Antoine
- 12 h 15 – 12 h 30 : Période de questions
- 12 h 30 – 13 h 30 : Dîner**
- 13 h 30 – 16 h 25 : Période de discussions**
- Animation : Dr Richard Côté, Mme Lucie Beaudreau
- 13 h 30 – 14 h 15 : Prémises aux discussions
- 14 h 15 – 15 h 05 : 1<sup>e</sup> question : discussions et conclusion
- 15 h 05 – 15 h 20 : Pause**
- 15 h 20 – 16 h 10 : 2<sup>e</sup> question : discussions et conclusion
- 16 h 10 – 16 h 25 : Mot de clôture
- 16 h 25 : Fin de la période de discussions générales**
- 16 h 45 – 18 h 30 : Période de discussions réservée au panel d'experts (Groupe 1)**

## DÉROULEMENT DES ÉCHANGES

Trois groupes d'invités et d'experts en microbiologie-infectiologie, en prévention des infections en milieux de soins, en santé publique et en éthique sont invités à cette journée. Afin de favoriser les échanges pour en arriver à dégager un avis, chaque groupe a un rôle défini :

**Groupe 1 :** Experts de la microbiologie-infectiologie et de la prévention et du contrôle des infections appelés à discuter sur les questions posées et à prendre position pour donner un avis écrit au Cinq et à son groupe de travail.

**Groupe 2 :** Professionnels appelés à discuter avec le groupe 1 pour le soutenir dans ses échanges et ses réflexions.

**Groupe 3 :** Ce groupe est constitué de personnes concernées par les discussions sans participation directe aux échanges lors de cette journée.

### La composition des groupes est la suivante :

#### Groupe 1 :

- Dr Patrick Dolcé Dre Marie Gourdeau, Dr François Lamothe, Dre Vivian Loo, Dr Gilbert Pichette et Mme Ramona Rodrigues.

#### Groupe 2 :

- Conférenciers : Dr Charles Frenette, Dre Allison McGeer Dre Trish Perl, Dr Pierre St-Antoine, Dr Patrice Vigeant;
- Représentant de la santé publique : Dr Richard Lessard;
- Présidente du Cinq : Dre Lise-Andrée Galarneau;
- Éthicien : M. Bruno Leclerc;
- Infirmière en PCI du secteur de la réadaptation : Mme Constance Forget-Falcicchio;
- Représentant de la région de Montréal : Dr Michael Libman.

#### Groupe 3 :

- Les membres du groupe de travail du Cinq sur l'ERV;
- Les membres du Cinq;
- Les membres du comité organisateur de la journée;
- La directrice du LSPQ : Dre Anne-Marie Bourgault;
- Le directeur de la DRBST : Dr Marc Dionne;
- Les présidents de tables régionales de prévention des infections.



## **ANNEXE 3**

### **ASPECTS ÉTHIQUES DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DE L'ERV DANS LES MILIEUX DE SOINS DU QUÉBEC**



**Prévention et contrôle de l'ERV dans les milieux de soins au Québec**  
**Rencontre scientifique du 23 novembre 2010**  
**Démarche de résolution des dilemmes éthiques**  
Bruno Leclerc, consultant en éthique, UQAR

## **1. DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE**

*Objectif : faire consensus sur les éléments descriptifs*

- 1.1. **Exposer les données scientifiques et empiriques**  
Pour établir *la problématique* épidémiologique et clinique spécifique au cas ERV
- 1.2. **Identifier les normes applicables** : lois, règlements, codes de déontologie  
Pour dégager *les orientations d'action* indiquées par les normes  
Et leur convergence / divergence en regard des données descriptives

## **2. ANALYSE DES CONSÉQUENCES DES ALTERNATIVES D'ACTION**

*Objectif : faire consensus sur le (ou les) dilemme (s) décisionnel (s)*

- 2.1. **Identifier les alternatives d'action à évaluer**  
Ou les stratégies d'action qui s'opposent et leurs implications
- 2.2. **Identifier et pondérer les conséquences des alternatives d'action**  
En termes de gravité et de probabilité d'occurrence, à court et long terme  
Pour les patients, les soignants, les organisations, la collectivité

## **3. IDENTIFICATION DES VALEURS EN CAUSE DANS L'INTERVENTION**

*Objectif : faire consensus sur les enjeux éthiques de la décision (voir page 2 \*)*

- 3.1. **Nommer les valeurs en cause dans l'intervention**  
En prenant appui sur l'analyse des conséquences  
Et sur les valeurs qui motivent ou fondent les normes
- 3.2. **Identifier les valeurs mises en tension par l'intervention**  
Et qui constituent le dilemme à résoudre

## **4. PONDÉRATION DES VALEURS EN VUE DE L'ACTION**

*Objectif : dégager une orientation d'action consensuelle et éthiquement justifiable*

- 4.1. **Déterminer les valeurs prioritaires et l'orientation d'action en découlant**  
Produire une argumentation éthique complète justifiant cette orientation
- 4.2. **Définir les modalités d'action**  
En recherchant le meilleur équilibre entre les valeurs en cause

Cette démarche de délibération éthique s'inspire librement des principes et de la logique argumentative développés par Georges A. Legault dans *Professionnalisme et délibération éthique*, Les Presses de l'université du Québec, 2000.

### **\* Identification des enjeux**

Pour faciliter le passage de l'étape 2 (analyse des conséquences) à l'étape 3 (identification des valeurs), on peut procéder en identifiant des «**enjeux**» **décisionnels**.

Dans le contexte de la délibération éthique, **un enjeu** se définit comme une configuration de connaissances, de pratiques, de normes et de valeurs qui est «en jeu» au sens où elle pose question et doit faire l'objet d'un débat et d'une décision, possiblement en vue de configurer autrement les éléments.

Ainsi, dans le contexte actuel de restriction budgétaire dans le réseau de la SSS, les mesures universelles de prévention et contrôle des infections à ERV soulèvent un enjeu d'allocation des ressources au sein des établissements, lequel enjeu met en cause principalement la valeur d'**équité**. Un enjeu peut mobiliser plus d'une valeur.

L'analyse de l'enjeu en termes de valeurs permet de réfléchir à la finalité, au sens de l'action et des normes appelées à l'encadrer; cette réflexion constitue le **travail proprement éthique**.

### **Enjeux liés à la révision des mesures de prévention et contrôle des infections à ERV**

1. **La crédibilité des mesures de PCI** contribue au respect des règles et procédures par les intervenants, dans la mesure où les objectifs sont **transparents** et la stratégie de PCI est fondée scientifiquement. Quelle est la visée principale de la stratégie ? Éradiquer les ERV ? Réduire les «méfais» des ERV ? Réduire au minimum la prévalence des ERV? Prévenir le renforcement des résistances aux antibiotiques?
2. **La protection de la santé et du bien-être des patients, du personnel et de la population.** L'ampleur et le caractère impératif des mesures de PCI seront proportionnels à la probabilité des risques de contamination et à la gravité de ses effets en termes de morbidité/mortalité (**bienfaisance, non malfaisance**).
3. **La prévention des mutations générant les résistances aux antibiotiques** peut être plus difficile à fonder sur des données probantes; les valeurs mobilisées sont alors la **prudence (précaution)** et la **responsabilité** «face à l'avenir».
4. **L'acceptabilité du risque** d'infection en regard des valeurs de **sécurité** et de protection de l'**intégrité** consacrées dans les lois et les politiques de gestion du risque, et du critère de **proportionnalité** avec les autres risques iatrogènes et les risques inhérents à la vie courante : le risque d'infection ne peut être réduit à zéro.
5. **Le respect de l'autonomie des patients** ou résidants : les restrictions à l'autonomie (isolement de contact) se justifient par la protection de la **santé et du bien-être** d'autrui et éventuellement de la communauté.
6. **Le respect de la vie privée des patients** ou résidants dans l'application des mesures d'isolement et la transmission de l'information en vue d'assurer la continuité des soins; la **confidentialité** du dossier médical est au cœur de cet enjeu.
7. **L'allocation des ressources limitées** au sein des établissements appelle une démonstration rigoureuse de la valeur épidémiologique et clinique des mesures de PCI





8. en regard de leurs coûts. Est principalement mise en cause la valeur d'**équité** dans la répartition des ressources en fonction des autres «besoins» de la clientèle.
9. **L'accessibilité aux soins et la continuité des soins** est un enjeu qui concerne les patients qui peuvent subir des retards d'admission en raison de l'application des mesures de PCI; il concerne aussi les patients infectés à ERV (ou colonisés) qui sont refusés dans d'autres établissements.
10. **Le respect de l'autonomie professionnelle** des intervenants et des gestionnaires : le caractère obligatoire des mesures de prévention et contrôle reconnues efficaces limite ou encadre l'exercice du jugement clinique et administratif. Il doit être justifié par la nécessité d'une action rigoureuse et concertée. Il peut aussi être justifié par l'inégalité d'application des normes quand les politiques ne sont pas impératives.
11. **La responsabilisation des intervenants et des gestionnaires** est la clé de la réussite des mesures de PCI; elle repose en bonne partie sur le développement de la **culture scientifique** du personnel et du **professionnalisme**.
12. **La concertation entre les intervenants** et la **reconnaissance des compétences** respectives de chaque catégorie d'intervenants; ce sont des conditions nécessaires à la responsabilisation.
13. **La responsabilité de la communauté médicale d'agir en amont**, en favorisant le « bon usage » de l'antibiothérapie.
14. **La responsabilité des gestionnaires** au niveau local, régional et national, en termes de dotation de moyens et de **justification éthique** des choix d'allocation des ressources dans l'ensemble des missions et des postes.

Parmi les enjeux énumérés, certains touchent davantage l'ordre des fins, le choix de la **finalité** de l'action : enjeux 1, 2, 3, 4. D'autres touchent davantage l'ordre des **moyens**, le choix des moyens pour réaliser la finalité : enjeux 9, 10, 11, 12, 13, 14.

D'autres enjeux mettent davantage en cause des **tensions éthiques** à examiner pour assurer la **cohérence** entre les valeurs justifiant les mesures de PCI proposées et les valeurs professionnelles ou sociétales déjà reconnues et inscrites dans différents textes normatifs : enjeux 5, 6, 7, 8.

