

LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS EN SOINS PALLIATIFS

KARINE BOISSONNEAULT, M. SC. (CANDIDATE), ICS PCI

Centre intégré de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université Laval

Courriel : karine.boissonneault@ssss.gouv.qc.ca

JEAN-FRANÇOIS DESBIENS, PH. D., INF.

Professeur agrégé

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Courriel : jean-francois.desbiens@fsi.ulaval.ca

RÉSUMÉ

En l'absence de lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections (PCI) en soins palliatifs, ce texte réflexif tente d'illustrer par des exemples concrets qu'il est possible d'adapter les lignes directrices déjà existantes pour qu'elles répondent à l'objectif des soins palliatifs de maintenir la qualité de vie de la personne, tout en respectant celui de la PCI, qui vise à assurer la sécurité du plus grand nombre en référence à la protection public. Une revue de la littérature montre qu'il y a peu de données probantes sur lesquelles il est possible de s'appuyer et que des questions persistent, à savoir si l'application des normes de PCI réduit réellement le taux d'infection en soins palliatifs et quel est son effet sur la qualité de vie des usagers. La Maison Michel-Sarrazin, une maison de soins palliatifs de Québec, applique plusieurs normes de PCI grâce à l'adaptation des différentes lignes directrices de PCI s'appliquant aux centres d'hébergement de soins de longue durée.

«TOUT D'ABORD, NE PAS NUIRE»

Florence Nightingale (1820-1910), infirmière britannique, fondatrice de la première école de soins infirmiers. (Traduction libre)

Florence Nightingale connaissait déjà, comme infirmière dans les années 1800, qu'un aspect important des soins était d'abord de ne pas nuire à l'état de santé de la personne. Dans le livre qu'elle a écrit sur l'enseignement des soins infirmiers, elle fait mention de l'importance de maintenir un environnement sain et propre, afin de soutenir le processus de guérison (Nightingale, 1860; Armengaud, 1999). Ces recommandations sont encore d'actualité. Les infections nosocomiales, c'est-à-dire celles qui sont acquises lors de la prestation de soins en milieu de santé, peuvent entraîner de graves conséquences financières, humaines et organisationnelles, allant même jusqu'au décès (Aucoin et coll., 2005).

La prévention et le contrôle des infections (PCI) est une spécialité qui existe depuis plusieurs décennies qui vise à assurer la qualité des soins et la sécurité des personnes soignées ainsi que du personnel et de la population en général. Elle a été balisée au Québec en 2005 à la suite de l'analyse effectuée dans le cadre du

Rapport Aucoin (2005). Depuis, elle est en constante évolution grâce aux recherches scientifiques de plus en plus nombreuses et aux données probantes qu'elles génèrent. À la suite de la publication du Rapport Aucoin, des infirmières conseillères en PCI ont été attirées aux établissements de santé du Québec afin de contribuer à la gestion du risque infectieux. De plus, des lignes directrices ont été développées pour encadrer leur pratique, en tenant compte du type de clientèle des établissements (ex. soins de courte durée, de longue durée ou de réadaptation).

En effet, la littérature explique que les répercussions cliniques sur les usagers et les prestataires de soins sont différentes selon le type de clientèle, l'intensité des soins ainsi que la gestion du risque infectieux (Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 2006; 2009; 2012; 2015). À titre d'exemple, dans un établissement de soins de courte durée, les usagers colonisés par le SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline) sont isolés dans leur chambre tout au long de l'hospitalisation, tandis qu'en soins de longue durée, ces usagers n'ont aucun isolement particulier. Ceci s'explique principalement par le mode de transmission du SARM. Généralement, la transmission de ce pathogène peut s'effectuer lors de soins invasifs comme l'installation de cathéters intraveineux ou les soins de trachéotomie. Puisqu'en soins de longue durée, les soins invasifs sont plus rares, l'évaluation du risque infectieux amène à mettre en place des mesures moins strictes.

Les milieux dédiés aux soins palliatifs ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible pour les personnes en fin de vie et leurs proches (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2015). Cependant, ils doivent aussi prendre en compte la santé et la sécurité des autres usagers, de leurs proches et du personnel de l'établissement lorsqu'une personne en fin de vie est atteinte ou risque d'être atteinte d'une infection nosocomiale. Malheureusement, les moyens mis en place pour prévenir ou contrôler les infections nosocomiales, tels que l'isolement, peuvent parfois influencer sur le confort et le bien-être des personnes en fin de vie et de leurs

proches. Deux objectifs de soins, soit maintenir la qualité de vie de la personne en fin de vie et assurer la sécurité du plus grand nombre, peuvent alors sembler s'opposer. De plus, il n'existe aucune ligne directrice en PCI pour les milieux dédiés aux soins palliatifs permettant de guider les décisions.

En 2008, le CSSS de Québec-Nord, établissement fusionné au CIUSSS de la Capitale-Nationale, recevait une demande de la Maison Michel-Sarrazin, maison de soins palliatifs de la région de Québec comprenant quinze lits, pour obtenir un appui et des conseils en PCI. Le défi était d'atteindre les mêmes normes de qualité et de sécurité en PCI que dans les autres établissements, tout en prenant en compte l'objectif de soins propre à cette clientèle et l'absence de lignes directrices sur lesquelles s'appuyer. L'objectif de ce texte réflexif consiste à explorer, en se basant sur ce cas clinique, comment il est possible d'adapter les normes de PCI dans un contexte de soins palliatifs.

CONTEXTE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Les lignes directrices

Comme il a été mentionné plus haut, l'objectif premier du programme de PCI dans l'ensemble du réseau de la santé, autant en milieu communautaire qu'en milieu de soins, est de protéger les usagers, leurs proches et les prestataires de soins contre les infections. La PCI est guidée par des lignes directrices qui peuvent être régionales, provinciales, nationales et même internationales (Table régionale en prévention des infections nosocomiales de la Capitale-Nationale [TRPIN de la Capitale-Nationale], 2012; OMS, 2008; Siegel, Rhinehart, Jackson, Chiarello et Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC], 2007). Il s'agit de principes généraux basés sur l'analyse des meilleures preuves scientifiques disponibles à ce jour. Ces lignes directrices évoluent au fur et à mesure que de nouvelles données scientifiques voient le jour.

Il y a différents types de lignes directrices : celles, plus générales, qui guident l'application des pratiques de base et des précautions additionnelles, et celles qui sont émises spécifiquement pour un type de pathogène, tel que le *Clostridium difficile* (MSSS, 2005) ou le SARM (MSSS, 2006).

Les pratiques de base regroupent l'hygiène des mains, l'hygiène et l'étiquette respiratoire, l'équipement de protection individuel tel que les gants, la blouse à manches longues, le masque et la protection oculaire. De plus, les pratiques de base comprennent les pratiques de travail sécuritaires, la gestion des visiteurs ainsi que la protection de l'environnement comme l'hygiène et la salubrité. Elles s'appliquent dans le cadre quotidien des soins pour tous les usagers, puisque l'on doit considérer que tous les usagers sont potentiellement infectieux, même s'ils sont asymptomatiques (TRPIN de la Capitale-Nationale, 2012). S'ajoutent aux pratiques de base les précautions additionnelles lorsqu'il y a suspicion ou confirmation d'une infection. Les précautions additionnelles sont basées sur le mode de transmission des organismes pathogènes, comme le contact direct, les gouttelettes, la voie aérienne ou la combinaison de ces modes. Elles guident les prestataires de soins afin qu'ils puissent utiliser l'équipement de protection individuel adéquat en fonction du mode de transmission.

En plus d'être regroupées selon les pratiques de base, les précautions additionnelles ou les différents types de pathogènes, les recommandations de bonnes pratiques cliniques sont aussi rassemblées selon les types de missions des différents milieux de soins. Ainsi, certaines lignes directrices spécifiques à un organisme pathogène s'adressent spécifiquement aux milieux de soins de courte durée, de longue durée ou de réadaptation. Cependant, il n'existe aucune ligne directrice destinée aux milieux de soins palliatifs.

Les lignes directrices sont considérées comme des balises qui permettent d'uniformiser les pratiques cliniques en PCI. Toutes les décisions prises sur le terrain par les différents professionnels de la santé et les recommandations données par les conseillères en PCI doivent s'inspirer de ces lignes directrices et, en aucun

cas, elles ne doivent être en deçà de celles-ci. Il s'agit cependant de principes généraux qui ne peuvent pas toujours être appliqués directement. Souvent, ils doivent être adaptés en fonction du contexte, selon le jugement clinique de la conseillère en PCI. L'enjeu de l'équipe de PCI consiste donc à être en mesure d'adapter les recommandations des lignes directrices au type de mission de l'établissement, à la taille de celui-ci ainsi qu'aux activités cliniques ou techniques qui s'y déroulent. Les documents, les protocoles, les procédures, les interventions et les évaluations se doivent d'être spécifiques au contexte et ne seront pas les mêmes dans un établissement de 320 lits que dans celui de 50 lits, ainsi que dans un centre de soins aigus et spécialisés, et un CHSLD. Par exemple, lorsque l'on doit cesser les activités communautaires et les regroupements en raison d'une éclosion d'influenza, cette recommandation n'aura pas le même effet sur une clientèle en soins aigus dont le séjour ne dure que quelques jours que sur une clientèle semi-autonome en résidence privée dont c'est le milieu de vie permanent, ou encore que sur une clientèle avec des troubles cognitifs en CHSLD qui risque ainsi de se voir privée d'une certaine stimulation. Pourtant, cette mesure a pour objectif, dans tous ces cas, de diminuer le risque de transmission. Selon le contexte, il sera possible dans certains cas d'envisager des activités qui auront lieu uniquement dans le département ou l'unité qui est touché par l'éclosion.

Milieux de soins aigus et milieux de soins prolongés

Pour mieux comprendre ce qui différencie les lignes directrices élaborées pour les milieux de soins aigus et les milieux de soins de longue durée, il convient de prendre en compte les deux missions principales de ces milieux. Tout d'abord, les soins et les services prodigués sur les unités de soins de courte durée s'adressent à une clientèle qui sera généralement hospitalisée plus de vingt-quatre heures. Les soins comprennent des services diagnostiques, thérapeutiques généraux et spécialisés en santé physique de courte durée qui, avec les années, deviennent

de plus en plus spécialisés (MSSS, 2013 ; Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS], 2013). Les milieux de soins aigus visent la guérison et le rétablissement de la personne, contrairement aux milieux de soins de longue durée, qui sont destinés à une clientèle en perte d'autonomie pour qui ils sont le milieu de vie. Ces établissements tentent d'offrir de façon permanente ou temporaire, selon le cas, des services qui se substituent au domicile. Ils offrent des soins d'assistance, de soutien, de surveillance et des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation. Plus la perte d'autonomie est importante, plus les soins et les services augmentent (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie [ASSS de la Montérégie], 2013). La clientèle en hébergement est hétérogène ; elle va de la jeune personne ayant subi un accident ou un traumatisme avec séquelles permanentes ou ayant une maladie dégénérative jusqu'à la personne âgée en perte d'autonomie.

Dans un établissement de soins aigus, un usager colonisé par l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) sera isolé dans sa chambre tout au long de son hospitalisation, et les prestataires de soins utiliseront de l'équipement de protection individuelle pour effectuer ses soins. De plus, le service d'hygiène et de salubrité suivra un protocole de désinfection particulier pour effectuer l'entretien de l'environnement. Des prélèvements de selles ou d'échantillons anaux seront exécutés chez cet usager à l'admission et régulièrement en cours d'hospitalisation pour s'assurer de son état de porteur (MSSS, 2012). Par contre, un usager dans un centre de soins de longue durée qui est également colonisé par l'ERV ne sera pas placé en isolement et pourra même participer aux activités du centre. Les lignes directrices recommandent uniquement l'utilisation des pratiques de base, comme avec tout type de clientèle, sans précautions additionnelles. Aucun prélèvement ne sera effectué sur une base régulière, contrairement à ce qui se fait dans les milieux de soins aigus (MSSS, 2015). Ces recommandations se basent sur le faible taux d'infection à ERV documenté dans les milieux de soins de longue

durée et sur les risques associés à cette clientèle, tout en tenant compte de la mission des CHSLD, qui est d'être des milieux de vie. Il n'est pas possible d'agir ainsi en milieu de soins aigus, car le risque pour l'ensemble des personnes malades qui y sont hospitalisées est trop élevé.

Adaptation des lignes directrices à d'autres domaines, comme les soins palliatifs

Jusqu'à tout récemment, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2008), l'expression « infection nosocomiale » était synonyme d'« infection hospitalière », donc acquise durant un séjour dans un hôpital. Il n'est donc pas difficile de comprendre que les premières lignes directrices et la majorité des recherches en PCI concernaient uniquement les soins qui s'administrent dans les hôpitaux. Lorsque la surveillance des infections a débuté dans d'autres types d'établissements, comme les établissements de soins de longue durée ou de réadaptation, les infections étaient gérées exactement comme dans les hôpitaux. La situation se reproduit actuellement avec les nouveaux types de missions, par exemple avec celle des soins palliatifs.

En l'absence de lignes directrices ou lorsqu'il y a peu de données probantes pour émettre des recommandations au sujet de la PCI pour une mission d'établissement spécifique, l'équipe de PCI doit se référer aux normes de la mission qui se rapproche le plus de celle à adapter. Il y aura ensuite une évaluation de chacune des recommandations en fonction de l'intensité des soins, du type de clientèle et du risque infectieux. Si l'analyse critique indique que les deux types de missions sont similaires par rapport aux éléments précédents, les recommandations seront utilisées sans modification.

En considérant que les personnes qui sont admises dans un milieu d'hébergement sont généralement en perte d'autonomie, qu'il y a peu de soins invasifs et que la qualité de vie constitue un objectif majeur, on s'aperçoit que ce milieu possède des similitudes avec le milieu des soins palliatifs. Dans un cadre de

soins palliatifs, la qualité de fin de vie est au cœur de tous les soins, et il y a habituellement cessation des traitements invasifs. En l'absence de lignes directrices spécifiques au domaine des soins palliatifs, baser les recommandations de la PCI sur les lignes directrices qui s'appliquent en CHSLD, en les adaptant lorsque c'est nécessaire, pourrait s'avérer une solution pour les milieux de soins palliatifs. Par exemple, un usager ayant des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) dans une unité de soins de longue durée et un usager ayant le même tableau clinique dans une unité de soins palliatifs auront le même type d'isolement, et les recommandations seront identiques puisque le risque de transmission est le même.

Application de la PCI en soins palliatifs : revue de la littérature

Bien qu'il n'existe pas de lignes directrices de PCI en soins palliatifs, certaines études ont tout de même pu être recensées et permettent d'émettre des recommandations pour le domaine des soins palliatifs. Cependant, les études sont peu nombreuses et elles concernent uniquement le SARM. De plus, deux de ces études ont été effectuées en 2005, ce qui s'avère tout juste acceptable si l'on considère que les données probantes doivent avoir été recueillies dans les dix dernières années afin de guider la pratique adéquatement.

Une enquête par questionnaire a été effectuée à Londres auprès du personnel de 63 unités et maisons de soins palliatifs, afin de déterminer comment était effectuée la gestion du SARM dans ces milieux (Dand, Fyvie, Yee et Sykes, 2005). Selon l'auteur, la prévalence du SARM serait d'environ 4 %. Au total, 95 % des unités ou maisons de soins palliatifs sondées ont indiqué avoir élaboré et mis en place un protocole formel pour assurer la gestion du SARM. De celles-ci, 59 % ont indiqué avoir formé leur personnel quant à l'utilisation de ce protocole afin d'en maximiser l'application. Parmi les recommandations contenues dans ces protocoles, 86 % requièrent que les usagers porteurs du SARM ou suspectés comme tel soient placés en isolement. Dans 46 % des cas, les

répondants ont indiqué que ces isolements entraînaient des restrictions d'activité chez les usagers. De plus, 36 % des participants ont indiqué entreprendre des traitements (ex. antibiothérapie orale) pour éradiquer le SARM chez les usagers confirmés comme porteurs, sauf si la mort était imminente. Cependant, 45 % des participants croient que les mesures de gestion incluses dans ces protocoles n'ont pas d'impact sur la qualité de vie des usagers. Force est de constater qu'il n'y a pas d'uniformité dans les pratiques entourant la gestion du risque infectieux associé au SARM en milieu de soins palliatifs, puisque chaque établissement s'est doté de ses propres règles. De plus, les recommandations contenues dans ces protocoles s'apparentent aux lignes directrices établies pour les milieux hospitaliers.

Une étude descriptive a été effectuée dans un établissement de soins palliatifs de 48 lits de Londres, afin de déterminer la prévalence des usagers colonisés ou infectés par le SARM, ainsi que la comorbidité associée à la présence du SARM (Ali, Sikes, Flock, Hall, et Buchan, 2005). Selon le protocole de SARM en place dans cet établissement, les dépistages du SARM à l'admission s'effectuent uniquement chez les usagers qui proviennent d'un milieu de soins de courte durée endémique. Un premier groupe de 120 usagers provenant de la communauté ou d'établissements de santé non endémiques a d'abord été recruté. Les personnes dont l'état de santé ne permettait pas de donner un consentement informé étaient exclues. Des prélèvements étaient effectués à l'admission ainsi que de façon hebdomadaire, et ce, jusqu'au départ ou au décès. Un deuxième groupe de 156 usagers provenant d'un centre hospitalier endémique a été recruté. Un prélèvement a été effectué avant leur transfert. Mais selon les recommandations du protocole en place, aucun autre prélèvement n'a été effectué en cours de séjour. À l'admission, le premier groupe comportait sept (5,8 %) usagers colonisés au SARM, comparativement à onze (7,1 %) pour le deuxième groupe. En cours d'hospitalisation, quatre (3,3 %) autres usagers du premier groupe sont devenus porteurs colonisés. Finalement, des onze usagers colonisés dans le pre-

mier groupe, un seul (0,8 %) a développé une infection respiratoire possiblement due au SARM et en est décédé. Deux autres usagers (1,7 %), non connus comme colonisés par le SARM, ont développé une infection à SARM au cours de l'étude.

On constate, à la lumière de ces résultats de cette étude (Ali et coll., 2005), que le risque de développer une infection symptomatique au SARM en milieu de soins palliatifs s'avère assez faible. Les bénéfices associés au dépistage semblent ainsi discutables, par rapport au fardeau imposé aux usagers. L'étude ne portait que sur le dépistage du SARM, mais les auteurs indiquent que les mesures d'isolement reliées au SARM sont également discutables, puisqu'elles constituent une barrière au contact humain et qu'elles ont un effet sur le bien-être psychologique des usagers.

Une étude descriptive quantitative visant à explorer les pratiques de gestion du SARM et leur effet sur la qualité de vie des usagers a été réalisée auprès de tous les établissements offrant des soins palliatifs sur le territoire de l'Allemagne (Bükki et coll., 2011). Au total, 229 établissements sur 360 ont répondu au questionnaire qui leur a été acheminé. Les 23 questions du questionnaire portaient sur l'effet de l'application des mesures d'isolement sur la qualité de fin de vie des porteurs du SARM, sans distinction entre le statut de colonisé ou d'infecté. Plus de 90 % des répondants ont indiqué utiliser un protocole dans la gestion du risque infectieux associé au SARM. Les résultats de l'étude permettent de comparer les pratiques sur les unités de soins palliatifs en milieu hospitalier à celles des maisons de soins palliatifs. Les unités de soins palliatifs utilisent plus fréquemment l'isolement comme mode de gestion du SARM (99 % contre 76 %, $p = 0,000$), traitent plus souvent les usagers colonisés (71 % contre 57 %, $p = 0,026$), rapportent une plus grande restriction des activités (96 % contre 66 %, $p = 0,000$) et un plus grand effet sur la qualité de vie des usagers (83 % contre 55 %, $p = 0,000$). On constate à la lumière de ces résultats que l'application rigoureuse d'un protocole de SARM en milieu hospitalier constitue un fardeau pour les usagers et leurs proches et risque d'influer sur leur bien-être.

Les auteurs (Bükki et coll., 2011) expriment un conflit éthique qui se dresse entre le principe de sécurité des usagers, qui entraîne l'isolement des cas porteurs du SARM pour en éviter la propagation, et le principe de maintien de la qualité de vie en soins palliatifs, qui peut être altérée par l'exclusion sociale des usagers. Les auteurs concluent que l'application des mesures d'isolement pour le SARM en fin de vie impose des charges de travail importantes aux équipes soignantes et que les bénéfices sont peu concluants pour les usagers.

L'analyse de cette étude montre que, en l'absence de lignes directrices en soins palliatifs, plusieurs milieux de soins palliatifs se sont dotés de protocoles « maison » pour encadrer la gestion du risque infectieux, du moins en ce qui concerne le SARM. Ces protocoles semblent s'inspirer largement des lignes directrices établies pour les centres hospitaliers, ce qui ne semble pas convenir aux milieux de soins palliatifs. En fait, les recommandations de ces lignes directrices s'avèrent trop sévères en fonction de l'évaluation du risque faite par les auteurs des études recensées. Les mesures de PCI pour le SARM restreignent les activités des usagers en fin de vie, qui disposent de peu de temps devant eux, affectent la communication avec leurs proches, et diminuent leur qualité de vie, entraînent des frais ainsi qu'une augmentation de la tâche de travail des prestataires de soins, tout en démontrant peu de bénéfices quant à la réduction de morbidité ou d'infection puisque les taux sont déjà très faibles.

LA PCI DANS UN CONTEXTE DE SOINS PALLIATIFS

Bonnes pratiques en PCI sans prise en compte de l'objectif des soins palliatifs

Comme il a été mentionné précédemment, l'objectif de la PCI est d'assurer la sécurité des usagers, de leurs proches et des prestataires de soins. Pour ce faire, les lignes directrices en PCI recommandent des mesures à appliquer ou des moyens d'effectuer

la gestion de situations particulières comme les éclo-
sions ou l'émergence de nouveaux pathogènes. Les
pratiques de base s'appliquent dans le cadre quotidien
des soins, puisque l'on doit considérer que tous les
usagers sont potentiellement infectieux, même s'ils
sont asymptomatiques (TRPIN Capitale-Nationale,
2012). Toutes les pratiques de base, qui ont été décri-
tes antérieurement, peuvent être appliquées en soins
palliatifs, et ce, tout en préservant l'objectif premier
de chacune des missions.

S'ajoutent aux pratiques de base les précautions
additionnelles lorsqu'il y a suspicion ou confirmation
d'une infection ou de la présence d'un pathogène. Les
précautions additionnelles sont basées sur le mode de
transmission du pathogène suspecté ou connu par
exemple, pour l'influenza, le virus de la grippe, la
transmission s'effectue par gouttelettes/contact, c'est-
à-dire qu'elle s'effectue lors du contact avec l'environ-
nement de l'usager ou lorsque celui-ci tousse à moins
de deux mètres du visage de quelqu'un. Ces précau-
tions sont applicables durant la période où l'on consi-
dère que l'usager peut transmettre le pathogène, donc
durant la période de contagion. Dans la majorité des
cas, un isolement dans la chambre est instauré pour
l'usager, et le personnel qui entre se doit de revêtir,
à l'entrée de la chambre, l'équipement de protection
recommandé et de le retirer en sortant. Ces mesures
permettent ainsi au personnel soignant de ne pas être
contaminé et surtout de ne pas propager les micro-
organismes dans la chambre d'un autre usager ou
dans les aires communes. Si l'application des mesures
s'effectue selon les normes et les recommandations et
qu'elle est jugée optimale, le risque de transmission
est faible et répond à l'objectif de la PCI.

Cependant, il convient de se demander si l'iso-
lement, l'équipement de protection individuel que
doivent porter les proches et le personnel soignant
ainsi que les prélèvements permettent de tendre vers
l'objectif des soins palliatifs. En fait, toutes ces mesu-
res ne risquent-elles pas de brimer la liberté, l'autono-
mie et le bien-être de la personne en fin de vie?

Accent sur les soins palliatifs au détriment de la PCI

L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir
la meilleure qualité de fin de vie pour la personne
malade et ses proches. Il faut considérer que la fin de
la vie est un processus normal, mais que les derniers
moments se doivent d'être vécus comme la personne
le désire. Les soins se doivent d'être personnalisés
et prodigués dans le respect, la vérité, la compas-
sion, la solidarité et la générosité, qui sont des valeurs
essentielles dans un cadre de soins palliatifs (Maison
Michel-Sarrazin [MMS], 2015). Afin de considérer la
personne dans toute sa dignité humaine, il faut res-
pecter son autonomie et ses choix (Gouvernement du
Québec, 2012). Tout doit être centré sur la personne,
son bien-être et son confort. Seulement, ces droits
individuels ont-ils une limite? Est-il acceptable, dans
certains contextes, de les encadrer?

Dans un cadre de PCI centré sur la protec-
tion du public, les droits individuels sont générale-
ment présentés comme étant en opposition avec le
bien commun (Gouvernement du Québec, 2012).
Prenons l'exemple d'un usager dans une maison de
soins palliatifs qui aurait été mis en isolement pour
des signes et symptômes de gastro-entérite. Si cette
personne décide de se rendre avec sa famille au salon
commun pour écouter la pianiste en visite cette
après-midi-là, elle exerce tout simplement son auto-
nomie. Mais si elle contamine un autre usager, elle
aura utilisé son droit individuel au détriment de la
sécurité des autres. Cet autre usager pourra dévelop-
per des symptômes à son tour et aura, probablement,
une moins bonne qualité de fin de vie à cause d'eux.
Comment alors est-il possible de réconcilier les deux
visions?

Pistes de solutions afin de concilier les deux missions

Dans l'attente des lignes directrices qui vien-
dront uniformiser et standardiser la PCI en soins
palliatifs, comment doit-on procéder? L'enjeu est de
parvenir à adapter les lignes directrices en PCI déjà

existantes à un contexte de soins palliatifs, mais en permettant un juste équilibre entre deux objectifs : le confort et le bien-être de la personne, et la protection publique. On peut observer certaines similitudes entre la définition des soins de longue durée ainsi que celle des soins palliatifs. Dans les deux cas, l'autonomie de la personne tend à être maintenue le plus longtemps possible, et ce, autant sur le plan décisionnel que sur celui des activités de la vie quotidienne.

Les lignes directrices en PCI qui ont été conçues pour les soins de longue durée tiennent compte du risque infectieux, mais elles prennent également en considération le fait que la personne est dans son milieu de vie. Par exemple, lorsqu'un résident est porteur colonisé du pathogène SARM, il n'a pas à être placé en isolement dans sa chambre parce que la littérature a démontré que le SARM se transmet principalement lors de soins invasifs, qui sont peu fréquents dans ce milieu. Ainsi, en CHSLD, le résident colonisé par le SARM peut participer aux activités, comme aller manger dans la salle commune avec les autres résidents. De plus, le prélèvement pour la recherche de SARM n'est pas recommandé, sauf si la chambre doit être partagée et que l'on doit connaître le statut d'état de porteur afin d'effectuer le choix de chambre. Dans un contexte de soins palliatifs, la majorité des chambres sont individuelles et les soins invasifs sont peu fréquents. Ici, les lignes directrices des CHSLD sont tout à fait applicables (MSSS, 2006).

Dans un cas de diarrhées, en CHSLD, un prélèvement de selles s'effectue dès que le résident répond à la définition d'une infection probable au *Clostridium difficile*. Des précautions additionnelles sont ajoutées aux pratiques de base, et la personne doit demeurer dans sa chambre tant que le résultat n'est pas accessible ou qu'il n'y a pas de résolution des diarrhées. Le risque infectieux et la transmission sont beaucoup plus importants pour ce pathogène et les conséquences demeurent similaires à celles qui se présentent chez la clientèle en soins de courte durée. Dans le cadre des soins palliatifs, l'isolement et les précautions additionnelles devraient être maintenus

à cause du risque infectieux pour les autres usagers, mais le bien-fondé de la réalisation du prélèvement et de la prise d'un traitement devrait être évalué lors d'une discussion entre le médecin traitant et l'usager lui-même.

On constate donc que les lignes directrices de la PCI en CHSLD peuvent constituer une base aidant à la prise de décision en présence d'un risque infectieux en milieu de soins palliatifs. Bien entendu, ces lignes directrices ne peuvent s'appliquer intégralement dans toutes les situations. L'application des principes éthiques de bienfaisance, de non-malfaisance et d'autonomie pourrait alors constituer une autre piste de solution pour aider à la prise de décision (Blondeau, 2013). Il s'agit en fait de comparer le poids du risque associé à la transmission de l'agent pathogène par rapport au poids du risque de brimer la qualité de vie de la personne qui est en fin de vie. Les mesures de PCI s'inscrivent dans un but de bienfaisance, puisqu'elles favorisent la protection publique et qu'elles visent à maintenir la santé des autres usagers. Le concept de non-malfaisance consiste à ne pas nuire intentionnellement au bien-être d'un usager, par exemple en exigeant des prélèvements douloureux qui pourraient être évités (Santé Canada, 2000). Les décisions associées à la PCI ne doivent également pas restreindre inutilement l'autonomie de la personne. Dans un cadre de soins palliatifs, l'usager tente de maintenir son autonomie à travers les activités quotidiennes, les déplacements, les relations, afin de maintenir son identité humaine et personnelle jusqu'au dernier moment (Blondeau, 2013).

Ces principes n'apportent pas de solutions toutes faites, mais ils permettent de sensibiliser les gestionnaires et les intervenants à l'équilibre fragile qu'il y a entre les droits des uns et les besoins des autres. Il faut bien faire en maintenant la qualité de la fin de vie de la personne dans la mesure du possible, tout en protégeant le plus grand nombre d'individus afin que ceux-ci conservent aussi leur bien-être. Et il ne faut pas mal faire en mettant en place des mesures qui n'apporteront rien de bénéfique pour celui qui se meurt. En l'absence de données scientifiques propres

à la PCI en milieu de soins palliatifs, l'application des lignes directrices de PCI en CHSLD, éclairée par des principes éthiques qui visent à établir un équilibre entre les biens individuel et collectif, constitue déjà une piste de solution intéressante.

CONCLUSION

Le présent texte voulait proposer une réflexion sur le fait que le système de santé évolue, se transforme et nous propose des soins qui visent à atteindre différents objectifs selon la situation de vie de la personne. Les soins palliatifs sont relativement nouveaux dans le tableau des soins au Québec, tout comme l'application de la PCI à l'extérieur des centres hospitaliers. Pourtant, des lignes directrices en PCI sont disponibles et peuvent être adaptées à d'autres types de missions, tout en gardant le juste équilibre entre l'objectif de la PCI et celui des autres missions, dont celui des soins palliatifs.

La revue de la littérature a montré qu'il y a peu de données scientifiques pour soutenir l'application de la PCI en soins palliatifs. En l'absence de lignes directrices s'appuyant sur les meilleures données probantes, on se retrouve sans aucune standardisation des mesures de PCI. On constate donc un besoin criant de poursuivre les recherches. Des études devraient être menées sur l'effet des mesures d'isolement, des précautions additionnelles et des prélèvements chez des gens en fin de vie.

Actuellement, la Maison Michel-Sarrazin utilise toujours les services contractuels d'une conseillère en PCI du CSSS de Québec-Nord, établissement fusionné au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Neuf protocoles, seize procédures, quatre recommandations, des notes de service et des formations aux employés et aux bénévoles ont été réalisées au cours des années, et tout cela a été basé sur les lignes directrices propres aux CHSLD, mais adapté par le comité de PCI de la Maison, et ce, toujours en conformité avec les normes d'Agrément Canada. En 2012, la Maison Michel-Sarrazin a obtenu la certification

d'Agrément Canada avec mention d'honneur. La philosophie du comité de PCI est de s'assurer qu'il y ait le moins de transmission d'infections nosocomiales possible, tout en préservant la qualité de fin de vie des usagers. Toutes les décisions sont prises en équipe afin de s'assurer que les usagers, leurs proches, les employés et les bénévoles soient en sécurité. Un travail conjoint impliquant la conseillère en PCI, la direction des soins infirmiers, les médecins, les différents gestionnaires, les membres du personnel et les bénévoles est partie prenante de ce succès.

Depuis le début de cette collaboration, plusieurs autres établissements offrant cette même mission ont demandé de l'aide dans l'application des normes en PCI au comité de PCI de la Maison Michel-Sarrazin. Ce rayonnement montre à quel point les besoins dans ce domaine sont élevés, et qu'il est nécessaire de poursuivre le travail de développement.

RÉFÉRENCES

- Ali, S., Sykes, N., Flock, P., Hall, E. et Buchan, J. (2005). An investigation of MRSA infection in a hospice. *Palliative Medicine*, 19, p. 188-196.
- Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux. (2013). *Le réseau en 4 questions: un regard ciblé sur la performance*. Récupéré de: http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/Performance/rapport_public/Le_reseau_en_quatre_questions.pdf.
- Armengaud, M. (1999). Réflexions historiques sur les infections nosocomiales. *La Revue de Médecine Interne*, 20, *Supplément 6*(0), 542s-545s. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0248-8663\(00\)87555-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0248-8663(00)87555-4).
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2012). État de la situation des soins palliatifs de fin de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région de la Capitale-Nationale. Récupéré de: https://www.rrsss03.gouv.qc.ca/documents/RAP-ES-SoinsPalliatifsFinVieCHSLD_001.pdf.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2013). *Soins palliatifs et fin de vie-Volet 1: Recension des écrits, Gouvernement du Québec*. Récupéré de: http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3592/Recension_SP_VF.pdf.
- Aucoin, L., Rajotte, H., Besson, J., Delage, G., Dionne, G. D., Mercure, C., Poitras, L. (2005), *D'abord, ne pas nuire...*

- les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité.* Récupéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/fl/documentation/2005/05-209-01web.pdf>.
- Blondeau, D. (2013). *Éthique et soins infirmiers* (2^e Édition). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bükki, J., Klein, J., But, L., Montag, T., Wenchel, H. M., Voltz, R. et Ostgathe, C. (2011). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) management in palliative care units and hospices in Germany : A nationwide survey on patient isolation policies and quality of life. *Palliative Medicine*, 27(1), p. 84-90.
- Dand, P., Fyvie, J., Yee, A. et Sykes, N. (2005). A survey of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) management in hospices/palliative care units. *Palliative Medicine*, 19, p. 185-187.
- Doucet, H. (2013). *Quelle éthique, pour quel soin palliatif?* Présentation au 2^e Congrès international francophone des soins palliatifs et 23^e congrès du Réseau des soins palliatifs du Québec. Récupéré de : http://www.aqsp.org/wp-content/uploads/2013/06/C4_Hubert-Doucet.pdf.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Rapport de la commission spéciale-Mourir dans la dignité. Assemblée nationale.* Récupéré de : http://www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca/documents/rapport_mourir-dans-la-dignite.pdf.
- Gouvernement du Québec. (2015). *Thésaurus du terme: Centre hébergement et soins de longue durée.* Récupéré de : <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=2155>.
- Maison Michel-Sarrazin (2015). *La Maison Michel-Sarrazin : pour apprécier la vie jusqu'à la fin.* Québec : Publication Michel-Sarrazin..
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au Clostridium difficile au Québec: Lignes directrices pour les établissements de soins* (3^e Édition). Récupéré de : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/362-CDifficile-LignesDirectrices-3eEdition.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Mesures de contrôle et prévention des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec.* Gouvernement du Québec. Récupéré de : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/489-MesuresPrevention-ControleSARM.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Mesures de prévention et de contrôle des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) dans les milieux de réadaptation.* Gouvernement du Québec. Récupéré de : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/943_SARMReadaptationv2.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Politique en soins palliatifs de fin de vie.* Gouvernement du Québec. Récupéré de : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/mourir-dans-la-dignite/documents/politique-en-soins-palliatifs-de-fin-de-vie.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec.* Gouvernement du Québec. Récupéré de : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1555_MesuresPrevContEnteroResisVancomMilieuxSoinsQc.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Unité de courte durée (USCD), médecine et chirurgie: Répertoire des guides de planification immobilière.* Récupéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/fl/documentation/2012/12-610-12W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Entérocoques résistants à la vancomycine: mesures de prévention et contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée.* Gouvernement du Québec. Récupéré de : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1995_Enterocoques_Resistants_Vancomycine.pdf.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing, what it is, and what it is not.* New York: Appleton and Company.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Mourir dans la dignité- Développer d'abord les soins palliatifs.* Récupéré de : https://www.oiiq.org/sites/default/files/Mourir%20dans%20la%20dignite_Final.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Prévention et contrôle des infections: Guide pratique.* Récupéré de : http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12fr.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Soins Palliatifs.* Récupéré de : <http://www.who.int/cancer/palliative/fr/>
- Santé Canada. (2000) *Un guide des soins en fin de vie aux aînés.* Faculté de médecine, Université d'Ottawa. Récupéré de : <http://www.medetic.com/docs/07/guide%20des%20soins%20en%20fin%20de%20vie.pdf>.
- Siegel J., Rhinehart E., Jackson M., Chiarello L. et Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.* Récupéré de : http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Pages1_3_Isolation2007.pdf.
- Table régionale en prévention des infections nosocomiales de la Capitale-Nationale (2012). *Guide de prévention et contrôle des infections: Pratiques de base et précautions additionnelles.* Québec.