

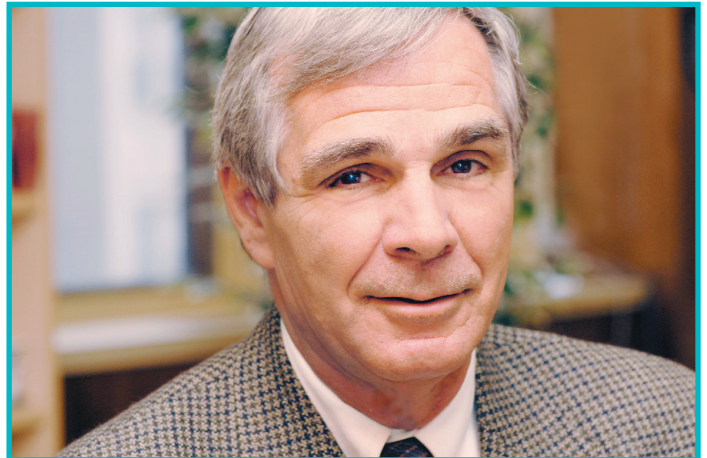


Un mot du directeur responsable de la prévention des infections

Durant les années 2004-2005, les hôpitaux du Québec ont été aux prises avec des éclosions importantes de diarrhées associées au *Clostridium difficile*. Ces éclosions ont soulevé beaucoup d'inquiétudes tant au niveau de la population que des professionnels de la santé. Des recommandations sur la prise en charge des patients souffrant de diarrhées associées au *Clostridium difficile* ont été émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'action du MSSS ne s'est pas limitée à émettre des recommandations. La Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré un cadre de référence précisant les grandes activités d'un programme de prévention des infections ainsi qu'un Plan d'action en 25 points à réaliser de 2006 à 2009. L'équipe de prévention des infections est fière de dire que son programme actuel de prévention des infections comprend tous les grands champs d'activité précisés par le MSSS.

Pour réaliser ces activités, nous avons été l'un des premiers hôpitaux à respecter le ratio prescrit par le minis-



Dr Charles Bellavance, directeur des services professionnels

ère d'une infirmière en prévention des infections (IPI) par cent lits. Comptant deux IPI en 1998, le CHUM en comptera en effet onze en 2008. Les membres de l'unité de prévention des infections soutenus par le comité de prévention des infections se sont activés, dès 2006, à mettre sur pied les surveillances, formations et recherches nécessaires à la réalisation du plan d'action du MSSS, dont nous livrons ici quelques exemples.

Un Plan d'action bien implanté au CHUM

Par *Andrée Larose, inf., MAP, coordonnatrice de la prévention des infections*

Le programme mis de l'avant par le ministère et au CHUM couvre six volets à mettre en place en trois ans (2006-2009) : la surveillance et la gestion des infections, la révision des politiques et procédures, la formation des intervenants, l'évaluation des programmes mis en place et la circulation d'information à ce sujet.

La surveillance est l'élément essentiel de tout programme de prévention des infections. C'est un processus continu et systématique de collecte de données sur les infections nosocomiales qui comprend l'analyse, l'interprétation et la diffusion de ces données. Le programme de surveillance du CHUM, tel que demandé par le ministère, documente l'inci-

dence d'acquisitions nosocomiales de trois pathogènes : le SARM, l'ERV et le *c.diff*. Ce programme comprend de plus la surveillance des infections reliées aux chirurgies cardiaques et urologiques ainsi que des bactériémies nosocomiales. Les tableaux illustrent fort bien les succès remportés, notamment au chapitre des SARM et *c. diff* (DACD : diarrhées associées au *c. diff*).

La surveillance du *c. difficile* a été rapidement entreprise. Les mesures d'hygiène et d'isolement ont été revues, ce qui a permis de voir passer le taux d'incidence de cette infection de 15,5 par 10 000 jours-présence en 2004-2005 à 10,5 en 2006-2007 et à 6,7 en 2008. Ces données permettent de suivre périodiquement le risque d'éclosion relié à ces pathogènes dans l'établissement ainsi que l'efficacité des mesures mises en place.

La surveillance des éclosions est une autre des activités quotidiennes de l'équipe de prévention des infections. Selon les saisons en effet, des éclosions de gastroentérites, d'influenza ou d'autres sont à craindre.

D'autres actions du Programme concernent le soutien aux intervenants, notamment de combler les besoins en mise à jour, en information et en transmission des connaissances. Les bactéries évoluent constamment et les mesures à prendre pour les prévenir et les contrôler aussi. Ces mesures concernent la mise à niveau des lignes directrices concernant différentes bactéries, mais aussi l'hygiène et la salubrité, la stérilisation, la gestion des équipements et immeubles, l'accès rapide à des services de dépistage en laboratoire et des activités de recherche.

Dans le contexte des actions entreprises, signalons la très grande collaboration des services d'hygiène-salubrité dont l'importance en prévention et contrôle des infections n'est plus à démontrer et dont la collaboration au CHUM a été plus qu'exemplaire. Le surplus de travail (nettoyage et désinfection) occasionné par les éclosions de bactéries, ou même pour leur simple prévention, a en effet été accepté et réalisé avec toute la compréhension souhaitée par les équipes.

Signalons également que le conseil d'administration a entériné la décision de ne pas réutiliser du matériel à usage unique, impliquant des coûts importants pour mieux assurer la sécurité des patients.

Le CHUM a aussi été reconnu comme un leader en matière de normes pour les installations matérielles, notamment lors des nombreux travaux de construction et de rénovation qui ont cours près des unités de soins ou qui comportent un risque pour la santé des patients et du personnel.

Les programmes de formation de base ont été donnés au personnel soignant, tel qu'exigé, et se poursuivent à ce jour auprès du nouveau personnel et sous forme de formation continue. Des programmes spécifiques s'adressent également au personnel de la stérilisation et à celui de l'hygiène et salubrité. Plusieurs infirmières en prévention des infections du CHUM donnent maintenant des cours aux infirmières souhaitant se spécialiser dans ce secteur.

Enfin, le CHUM est parvenu à réduire de quatre à un jour le délai entre le moment où les diarrhées surviennent et la confirmation par le laboratoire d'un diagnostic de *c. difficile*. Considérant que 75 % des tests sont négatifs et que les patients en attente des résultats sont placés en isolement, il devenait important de créer un test diagnostique plus rapide. Le CHUM est fier d'avoir réduit ce délai à une journée, avec des retombées intéressantes tant pour le patient que pour l'établissement.

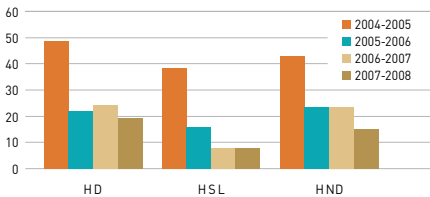
À propos des zones grises

L'importance d'un ménage méticuleux a mis en évidence l'existence de nombreuses « zones grises », i.e. d'équipement jamais nettoyé et potentiellement vecteur d'infection, tels les chariots à linge, les tomodynamomètres, les toiles de *Port-A-Lift* ou autres. Ces équipements ont été nommés et répertoriés, ont fait l'objet d'une grille de critères et une fréquence de nettoyage a été déterminée. Des discussions entre les services d'hygiène et salubrité et la Direction des regroupements clients ont abouti à l'implantation de projets-pilotes et à la création de nouveaux postes d'aides de service. Il est clair que cette mesure a contribué à la diminution des infections, notamment du SARM et du *c. diff.* à l'Hôpital Notre-Dame.

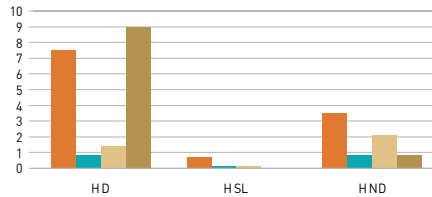
Battre la *check list* américaine

Le *New England Journal of Medicine* (Vol 355, no 26 - December 28, 2006) préconisait, à la suite d'une étude auprès d'une centaine d'unités de soins intensifs du Michigan, une série d'interventions spécifiques dans le but de réduire les taux d'infection reliés à l'usage des cathéters centraux. L'étude avait en effet démontré une réduction allant jusqu'à 66 % de ces taux après 18 mois de ce programme. Les interventions ciblées avaient fait l'objet d'une liste aide-mémoire (*check list*) à biffer par tout le personnel et citée en modèle. Or, le CHUM a obtenu de meilleurs scores dans ses soins intensifs, à l'aide de son propre programme de prévention et sans l'utilisation d'un *check list*. Cela mérite une mention.

SARM
Taux d'incidence



ERV
Taux d'incidence



DACD
Taux d'incidence

