



Rapport spécial

Septembre 2008

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Bureau du
vérificateur
général de
l'Ontario





Bureau du vérificateur général de l'Ontario

À Son Honneur le Président
de l'Assemblée législative

J'ai le plaisir de vous soumettre mon Rapport spécial sur la prévention et la lutte contre les infections d'origine hospitalière, conformément aux dispositions du paragraphe 12(1) de la *Loi sur le vérificateur général*.

Le vérificateur général,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jim McCarter'.

Jim McCarter
29 septembre, 2008

© 2008, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

This document is also available in English.

ISBN 978-1-4249-7836-6 (imprimé)

ISBN 978-1-4249-7837-3 (PDF)

Photos en couverture:

à gauche: © iStockphoto.com/Rebecca Grabill

en haut à droite: © iStockphoto.com/David H. Lewis

en bas à droite: © iStockphoto.com/Robert Gubbins

Table des matières

Contexte	5
Objectif et portée de la vérification	8
MOTION POUR LA PRÉSENTATION D'UN RAPPORT SPÉCIAL	10
LIMITATION DU TRAVAIL DE VÉRIFICATION	11
Résumé	11
Constatactions détaillées de la vérification	15
RESPONSABILITÉ DES SOINS AUX PATIENTS	15
INITIATIVES ET PRATIQUES EXEMPLAIRES DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES IOH	16
Initiatives du Ministère	16
Pratiques exemplaires	17
Agrément Canada	17
DÉPISTAGE	17
Maladies respiratoires fébriles	18
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) et entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	19
PRATIQUES DE BASE ET PRÉCAUTIONS SPÉCIFIQUES À CERTAINES INFECTIONS	21
Hygiène des mains	23
Utilisation de l'équipement de protection individuel	24
Utilisation des chambres à un lit	25
Nettoyage des chambres des patients	26

UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES	29
Promotion de l'utilisation judicieuse des antibiotiques	30
Examen de l'utilisation réelle des antibiotiques	31
SURVEILLANCE	33
Définition des « infections d'origine hospitalière »	34
Établissement des mécanismes de suivi	34
Analyse des données sur les infections et mesures correctives	36
Réduction des taux d'infection	36
Infections du champ opératoire	37
Détermination de l'impact sur les patient	37
Déclaration des résultats	38
Déclaration aux services de santé publique et à <i>Soins de santé plus sécuritaires maintenant!</i>	38
Rapports au public	39
RETRAITEMENT DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL	41
Politiques et procédures de retraitement	42
Validation de la stérilité de l'équipement	43
Surveillance du retraitement	44
Rappel des instruments mal retraités	44
Réutilisation des matériels à usage unique	44
Annexe – Détails des initiatives du CCPMI et du Ministère	48
DOCUMENTS SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES	48
PROJETS DES COMPÉTENCES DE BASE	48
PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE L'HYGIÈNE DES MAINS	49

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Contexte

Les infections d'origine hospitalière (IOH) (aussi appelées « infections nosocomiales » ou « infections associées aux soins de santé ») sont les infections contractées par un patient hospitalisé pour un autre motif médical. Ces infections ont des répercussions importantes pour les patients et pour le système de soins de santé de la province.

Pour les patients, ces répercussions peuvent aller d'un séjour plus long à l'hôpital à des troubles médicaux plus graves qui pourraient nécessiter une intervention chirurgicale ou avoir des effets nuisibles à long terme sur la santé. Dans les cas les plus graves, les IOH peuvent causer la mort. Pour le système de soins de santé, ces infections font augmenter le coût des traitements et prolongent les temps d'attente des autres patients pour un lit d'hôpital.

Il n'y a pas d'information disponible sur le nombre total d'IOH contractées en Ontario chaque année. Cependant, selon une étude canadienne réalisée en 2003, il y aurait 220 000 cas d'IOH et au moins 8 000 décès connexes au Canada chaque année. Plus récemment, l'Institut canadien d'information sur la santé a calculé que, parmi les personnes hospitalisées au Canada, un adulte sur

10 et un enfant sur 12 contracterait une infection. Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention estiment à 1,7 million le nombre d'IOH contractées dans les hôpitaux américains chaque année et à 99 000 le nombre de décès qui en découlent.

Certaines IOH sont des maladies infectieuses qui peuvent se propager à travers l'hôpital. La Figure 1 contient des renseignements de base sur quatre graves IOH transmissibles par contact avec une personne infectée ou avec une surface où vit la bactérie. Il est donc essentiel de se laver les mains et de nettoyer et désinfecter les surfaces avec lesquelles les patients et le personnel hospitalier entrent en contact (y compris les chambres des patients et l'équipement médical) pour prévenir la transmission de ces infections.

Les IOH telles que *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) résistent à certains antibiotiques. Selon les données citées par le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, l'incidence de SARM a doublé ou à peu près, tandis que celle d'ERV a plus que triplé, entre 1999 et 2006. L'augmentation du nombre d'organismes résistant aux antibiotiques est préoccupante, car elle donne à penser que les antibiotiques deviennent de moins en moins efficaces contre certaines maladies.

Figure 1 : Quatre maladies et/ou organismes infectieux d'origine hospitalière

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Cause	Origine de l'infection	Exemples d'effets possibles	Transmission	Traitements possibles	Autres préoccupations
Bactérie <i>Clostridium difficile</i> (<i>C. difficile</i>)	<ul style="list-style-type: none"> le patient prend des antibiotiques qui réduisent les taux normaux de bonnes bactéries dans l'intestin et le côlon cela permet à la bactérie <i>C. difficile</i> de croître et de produire des toxines 	<ul style="list-style-type: none"> diarrhée maladies intestinales plus graves (p. ex., colite) pouvant nécessiter une chirurgie décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> contact¹ 	<ul style="list-style-type: none"> cas bénins : peuvent ne nécessiter aucun traitement cas graves : antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> peut entraîner des éclosions parce que de nombreux patients hospitalisés prennent des antibiotiques les spores de <i>C. difficile</i> sont difficiles à détruire parce qu'elles résistent à certains produits chimiques les détergents pour les mains à base d'alcool pourraient ne pas être aussi efficaces que le savon et l'eau
Maladie respiratoire fébrile (MRF) (p. ex., rhumes, grippe, pneumonie))	<ul style="list-style-type: none"> le patient inhale des gouttelettes contenant des organismes pathogènes le patient touche des gouttelettes puis se touche la bouche, le nez ou les yeux l'immunisation pré-exposition est une importante mesure préventive 	<ul style="list-style-type: none"> fièvre de plus de 38 °C apparition ou aggravation d'une toux essoufflement décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> « gouttelette »² contact¹ 	<ul style="list-style-type: none"> antibiotiques s'il y a lieu 	<ul style="list-style-type: none"> les gouttelettes peuvent vivre sur des surfaces pendant des heures mais sont faciles à tuer avec des désinfectants et une bonne hygiène des mains

Cause	Origine de l'infection	Exemples d'effets possibles	Transmission	Traitements possibles	Autres préoccupations
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Staphylococcus aureus</i> (<i>S. aureus</i>) qui vit sur la peau ou dans le côlon peut causer une infection et résister à une catégorie courante d'antibiotiques (les gens peuvent être porteurs de la bactérie sans avoir de symptômes) 	<ul style="list-style-type: none"> • infections cutanées qui peuvent se transformer rapidement en abcès profonds qui nécessitent un drainage chirurgical • infections des os, des articulations, des plaies opératoires, des vaisseaux sanguins, des valvules cardiaques et des poumons • décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> • contact¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • cas bénins : peuvent ne nécessiter aucun traitement • cas graves : autres antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> • les infections à SARM ne sont sans doute pas plus graves que les infections à <i>S. aureus</i>, mais il y a moins d'antibiotiques disponibles pour traiter les premières • la bactérie peut vivre sur certaines surfaces pendant des mois
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	<ul style="list-style-type: none"> • les entérocoques qui vivent dans le côlon et/ou ailleurs (p. ex., urine, sang, peau) causent une infection et résistent à l'antibiotique vancomycine (les gens peuvent être porteurs de la bactérie sans avoir de symptômes) 	<ul style="list-style-type: none"> • fièvre, enflure, rougeurs et/ou pus • décès dans les cas extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> • contact¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • autres antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> • les bactéries peuvent vivre sur certaines surfaces pendant 5 jours ou plusieurs semaines et sur les mains pendant plusieurs heures • les bactéries sont relativement faciles à tuer avec des désinfectants (à condition d'être en contact avec le désinfectant pour une période suffisamment longue) et une bonne hygiène des mains

1. Le contact peut se produire lorsqu'une personne touche une autre personne ou lorsqu'elle touche des surfaces contaminées sur lesquelles vivent des spores, des gouttelettes ou des bactéries. Une personne qui contracte l'infection par contact ne sera pas nécessairement malade (p. ex., elle peut être infectée par un patient porteur de *C. difficile* mais avoir suffisamment de bonnes bactéries pour lutter contre le *C. difficile*).
2. La transmission par « gouttelette » se produit lorsque la personne infectée tousse ou éternue, amenant ainsi des gouttelettes en contact direct avec une autre personne.

Les données récemment recueillies dans le cadre du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales indiquent que certaines des IOH énumérées à la Figure 1 pourraient être un peu plus répandues en Ontario et que les taux d'ERV en particulier sont à la hausse dans toutes les régions du Canada. Comme le montre la Figure 2, l'incidence de *C. difficile* pourrait être légèrement plus élevée en Ontario que dans l'ensemble du Canada, tandis que l'incidence de SARM et d'ERV pourrait être légèrement plus élevée en Ontario et au Québec pris ensemble que dans tout le Canada.

Comme l'explique la Figure 1, le *C. difficile* présente un risque d'écllosion préoccupant, car de nombreuses personnes hospitalisées prennent des antibiotiques. En fait, les hôpitaux de l'Ontario ont connu un certain nombre d'épidémies de *C. difficile*. Comme les hôpitaux n'étaient pas tenus de déclarer les cas de *C. difficile* ou le sort des patients infectés au moment de notre vérification, il n'y avait pas d'information à l'échelle de la province sur la fréquence des épidémies. Cependant, au cours des dernières années, un hôpital de l'Ontario a signalé plus de 75 décès associés au *C. difficile*, et plusieurs autres ont déclaré des flambées importantes de *C. difficile*.

Aux IOH transmissibles entre patients qui sont mentionnées à la Figure 1 s'ajoutent les IOH généralement limitées aux patients qui subissent certaines interventions médicales. La Figure 3 contient des renseignements de base sur trois de ces IOH.

Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à déterminer si les hôpitaux sélectionnés avaient suivi des politiques et procédures efficaces pour la prévention et la lutte contre les IOH.

Dans le cadre de notre travail de vérification, nous avons fait une visite préliminaire dans un hôpital pour nous familiariser avec les activités de prévention et de lutte contre les infections en milieu hospitalier. Nous avons mené nos activités de vérification dans trois autres hôpitaux de différentes tailles qui servent des collectivités variées : North York General Hospital (avec deux établissements à Toronto), l'Hôpital d'Ottawa (avec trois établissements à Ottawa) et l'Hôpital régional de Windsor (avec deux établissements à Windsor). Nous avons examiné les dossiers pertinents ainsi que les politiques et procédures administratives, interviewé le personnel compétent des hôpitaux et du Ministère et consulté les études connexes, y compris les pratiques exemplaires pour la prévention et la lutte contre les IOH dans d'autres administrations. Nous avons discuté de la prévention et de la lutte contre les IOH avec les réseaux régionaux de lutte contre les infections et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) associés aux trois hôpitaux. Nous avons également engagé des consultants

Figure 2 : Incidence de *C. difficile*, de SARM et d'ERV

Source des données : Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales – chiffres fondés sur une cinquantaine d'hôpitaux dans neuf provinces

Infection	Période visée	Nombre de cas / 1 000 admissions		Nombre de cas / 10 000 jours-patients	
		Canada	ON ou ON+QU	Canada	ON ou ON+QU
<i>C. difficile</i>	Du 1er janvier au 30 avril 2007	4,74	5,53 ¹	7,27	8,24 ¹
SARM	Du 1er janvier au 31 décembre 2006	8,04	9,86 ²	10,16	11,47 ²
ERV	Du 1er janvier au 31 décembre 2005	1,32	1,4 ²	1,55	— ³

1. Ontario

2. Ontario et Québec ensemble

3. non disponible

Figure 3 : Trois types d'infections d'origine hospitalière

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Type	Acte médical connexe	Causes possibles	Exemples de traitement	Autres préoccupations
infections par cathéter central	<ul style="list-style-type: none"> un cathéter central (intraveineux), placé dans le corps du patient, mène au cœur ou à l'un des principaux vaisseaux sanguins ou à proximité 	<ul style="list-style-type: none"> les bactéries présentes sur la peau du patient descendent le long du cathéter jusque dans le sang les bactéries présentes sur les mains d'un travailleur des soins de santé contaminent le cathéter et descendent jusque dans le sang le fluide présent dans le cathéter est contaminé à la source et pénètre dans le sang 	<ul style="list-style-type: none"> antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> les cas graves peuvent entraîner le dysfonctionnement des organes et même la mort
infections du champ opératoire	<ul style="list-style-type: none"> surgical chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> les bactéries présentes sur la peau du patient au lieu de l'incision sont ramassées par le scalpel et pénètrent plus profondément dans les tissus une mauvaise ventilation permet aux bactéries flottant dans l'air de s'installer dans la plaie causée par l'incision chirurgicale les bactéries présentes sur les instruments chirurgicaux mal stérilisés pénètrent dans la plaie 	<ul style="list-style-type: none"> nettoyer la plaie avec de l'eau stérile drainer la plaie antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> les infections du champ opératoire peuvent prolonger le séjour du patient à l'hôpital ou nécessiter sa réadmission les cas graves peuvent entraîner la mort
pneumonie sous ventilation assistée	<ul style="list-style-type: none"> un ventilateur, avec une trachéostomie ou un tube endotrachéal jusqu'au poumon, est utilisé pour aider le patient à respirer 	<ul style="list-style-type: none"> les bactéries présentes dans les voies aériennes supérieures du patient sont aspirées dans les poumons par le tube les tubes respiratoires entre le ventilateur et le tube endotrachéal sont contaminés en cours d'utilisation et les bactéries se rendent jusque dans les poumons l'équipement respiratoire est mal stérilisé 	<ul style="list-style-type: none"> antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> la pneumonie sous ventilation assistée est la principale cause de décès associé aux IOH

indépendants possédant des connaissances spécialisées sur les IOH.

Notre travail de vérification se fondait en grande partie sur les pratiques exemplaires développées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) pour la prévention et la lutte contre les infections. Le CCPMI est un organisme consultatif scientifique multidisciplinaire qui donne des conseils fondés sur des preuves concernant les

multiples aspects de l'identification, de la prévention et de la lutte contre les maladies infectieuses au médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. Les documents sur les pratiques exemplaires produits par le CCPMI tiennent compte des recommandations formulées par différents organismes, dont l'Agence de la santé publique du Canada et l'Association canadienne de normalisation, et d'autres pratiques exemplaires. Nous nous sommes aussi entretenus

de la gestion des services de prévention et de lutte contre les infections directement avec des membres du CCPMI.

Notre vérification mettait l'accent sur le *C. difficile*, les maladies respiratoires fébriles (MRF), le SARM, l'ERV, les infections par cathéter central, les infections du champ opératoire et les pneumonies associées au ventilateur. Nous avons choisi le SARM et l'ERV parce qu'ils résistent aux antibiotiques, qu'ils représentent une grave menace pour le traitement des maladies infectieuses, et qu'ils ont connu une croissance rapide au cours des dernières décennies. Les autres IOH ont surtout été choisies en raison de leur fréquence en milieu hospitalier.

Notre vérification était conforme aux normes professionnelles de l'Institut Canadien des Comptables Agréés pour l'évaluation de l'optimisation des ressources et de la conformité. Nous nous sommes fixé un objectif et nous avons établi des critères de vérification applicables aux systèmes, politiques et procédures clés qui devraient être en place et fonctionner de façon efficace. Nous avons discuté de ces critères avec la haute direction des hôpitaux visités et du Ministère, qui les a acceptés. Enfin, nous avons conçu et exécuté des sondages et procédés afin de répondre à notre objectif et à nos critères de vérification.

Nous n'avons pas compté sur le service de vérification interne du Ministère pour réduire l'étendue de nos travaux, car le Ministère n'avait pas effectué de vérification récente sur la prévention et la lutte contre les infections en milieu hospitalier. Aucun des hôpitaux visités n'avait de fonction de vérification interne.

MOTION POUR LA PRÉSENTATION D'UN RAPPORT SPÉCIAL

Le 11 juin 2008, le Comité permanent des comptes publics a adopté la motion suivante :

[Traduction]

Que, si le vérificateur général concluait, après avoir terminé sa vérification de

l'optimisation des ressources sur la prévention et la lutte contre les infections d'origine hospitalière, y compris le *C. difficile*, dans les hôpitaux sélectionnés, que ses recommandations pourraient avoir des répercussions importantes et opportunes sur la santé publique, le Comité permanent des comptes publics de l'Assemblée législative de l'Ontario demande au vérificateur général d'envisager d'exercer ses pouvoirs discrétionnaires en vertu du paragraphe 12(1) de la Loi sur le vérificateur général pour publier ce chapitre de son Rapport annuel sous forme de rapport spécial au Président de l'Assemblée législative; et qu'avant de déposer ce rapport auprès du Comité, le vérificateur général puisse informer le sous-ministre de la Santé de ses opinions, observations ou recommandations.

L'article 12 de la *Loi sur le vérificateur général* stipule que ce dernier doit rendre compte des résultats de tous les travaux de vérification pour l'année dans un Rapport annuel à l'Assemblée législative, qui est généralement déposé vers la fin novembre ou le début décembre. L'article 12 ajoute toutefois que le vérificateur général peut toujours adresser un rapport spécial à l'Assemblée législative sur toute question qui, à son avis, ne saurait attendre la présentation du Rapport annuel. La dernière fois que le vérificateur a exercé cette option remonte à juin 1998, lorsqu'il a publié un rapport spécial sur *L'an 2000 : le bogue du millénaire* avant le dépôt, en novembre, du *Rapport annuel 1998*. Or, la motion du Comité permanent des comptes publics, qui reflète sans aucun doute l'intérêt considérable du public pour le *C. difficile* et les autres IOH, nous a amenés à publier ce rapport sur la prévention et la lutte contre les infections d'origine hospitalière sous forme de rapport spécial aux termes du paragraphe 12(1) de la *Loi sur le vérificateur général*, au lieu de l'inclure dans notre prochain Rapport annuel.

LIMITATION DU TRAVAIL DE VÉRIFICATION

Certains articles de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* (la Loi) et de ses règlements d'application, entrés en vigueur le 1er novembre 2004, interdisent la divulgation des renseignements préparés pour ou par un comité désigné de la qualité des soins, sauf si le comité juge que leur divulgation est nécessaire pour améliorer ou maintenir la qualité des soins de santé. De même, toute personne à qui le comité divulgue des renseignements peut communiquer ceux-ci seulement si cela est jugé nécessaire pour améliorer ou maintenir la qualité des soins de santé. Nous croyons comprendre que cette loi vise à encourager les professionnels de la santé à partager l'information entre eux afin d'améliorer les soins aux patients sans avoir à craindre de représailles.

La Loi l'emporte sur toutes les autres lois de l'Ontario, y compris la *Loi sur le vérificateur général*, sauf en cas d'exemption expresse par une autre loi. Tous les hôpitaux visités avaient désigné un comité de la qualité des soins en vertu de la Loi. Les hôpitaux ont préparé des renseignements à l'intention de ces comités sur des questions concernant la qualité des soins et la sécurité des patients, qui peuvent inclure les IOH. La Loi nous interdisait l'accès à ces renseignements.

Nous avons exprimé nos préoccupations concernant la limitation du travail de vérification imposée par la Loi dans des rapports annuels antérieurs. Nous demeurons préoccupés par l'impact de la Loi sur notre travail de vérification actuel et futur, car cela entrave notre capacité à déterminer si les systèmes importants pouvant avoir un effet sur la sécurité et le traitement des patients fonctionnent comme prévu.

Résumé

Les hôpitaux que nous avons visités reconnaissaient l'importance de la prévention et de la lutte contre les infections d'origine hospitalière (IOH) et avaient mis en place des processus formels à cette fin. Nous avons constaté que certains de ces processus fonctionnaient bien. Tous les hôpitaux encourageaient une bonne hygiène des mains et l'utilisation judicieuse des antibiotiques. Ils plaçaient également des pancartes à la porte des chambres des patients contagieux pour alerter le personnel hospitalier et les visiteurs, en plus d'assigner des fonctions de nettoyage à certains membres de leur personnel. Cependant, comme l'indiquent les observations suivantes, il y a encore matière à amélioration dans certains domaines :

- Bien que le Ministère ait lancé plusieurs initiatives encourageantes pour aider à prévenir et à lutter contre les maladies infectieuses en milieu hospitalier, il devra attendre à l'automne 2008 au plus tôt pour connaître le nombre de cas signalés pour la plupart des types d'IOH ou les résultats pour les patients. Par ailleurs, les données sur les IOH dont les hôpitaux visités disposaient au moment de notre vérification n'étaient pas comparables, car les hôpitaux ne définissaient pas les IOH de la même façon et n'utilisaient pas les mêmes méthodes pour calculer le nombre de cas.
- Les trois hôpitaux utilisaient des procédures différentes pour s'assurer que les patients étaient soumis à des tests de dépistage des maladies respiratoires fébriles (MRF) telles que la grippe. Par exemple, un hôpital n'avait pas de processus en place pour vérifier s'il avait administré un examen de dépistage des MRF aux patients admis directement dans ses services. Ces patients comptaient pour environ 55 % du nombre total d'admissions. Dans un

autre hôpital, nous avons examiné un échantillon de dossiers de patient et constaté que, dans 37 % des cas, rien n'indiquait que des tests de dépistage des MRF avaient été administrés. Dans le troisième hôpital, environ 30 % des patients présentant des symptômes de MRF entre la fin de 2006 et le début de 2007 n'avaient subi aucun examen de dépistage.

- Chaque hôpital avait différents processus en place pour vérifier s'il avait identifié les patients à haut risque de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et prélevé un échantillon pour que le laboratoire puisse confirmer s'ils étaient infectés ou non. Les résultats des examens indiquaient que les politiques des hôpitaux n'étaient pas toujours respectées. Un hôpital a commencé en janvier 2008, dans le cadre d'un projet pilote d'un an, à administrer des tests de dépistage à tous les patients hospitalisés. De plus, un hôpital a reconnu qu'un contrôle inadéquat des patients pouvait avoir eu un impact sur la transmission du SARM et de l'ERV, dont l'hôpital connaît généralement entre 18 et 20 éclosions chaque année.
- Le SARM, l'ERV et le *C. difficile* sont les bactéries les plus souvent propagées par les mains des travailleurs de la santé. Il est donc essentiel pour ces derniers de se laver les mains avec un désinfectant à base d'alcool ou avec du savon et de l'eau. À la fin du projet pilote d'hygiène des mains mis en place par le Ministère dans dix hôpitaux, dont un de ceux que nous avons visités, le taux de conformité variait entre 40 % et 75 %. Le taux de conformité des médecins, qui était de 18 % au début du projet, est monté à seulement 28 %, tandis que celui du personnel infirmier est passé de 44 % à 60 %.
- Aucun des hôpitaux visités n'avait établi de système pour assurer la surveillance périodique de l'utilisation, par le personnel, de

l'équipement de protection individuel tel que les gants, les blouses d'hôpital et les masques. Un hôpital qui avait effectué des examens périodiques entre octobre 2006 et avril 2007 a constaté que le personnel d'une unité à risque relativement élevé n'utilisait pas toujours l'équipement de protection individuel ou l'utilisait incorrectement. Les deux autres hôpitaux s'étaient contentés d'examiner l'utilisation des gants par le personnel.

- Les hôpitaux avaient différentes politiques en place sur les circonstances dans lesquelles il faut isoler les patients atteints d'une maladie infectieuse dans des chambres à un lit. Par exemple, deux hôpitaux isolaient immédiatement tous les patients provenant d'établissements situés à l'extérieur du Canada, parce que les taux de SARM et d'ERV sont généralement plus élevés à l'étranger. L'autre hôpital attendait une confirmation par laboratoire avant d'isoler les patients mais reconnaissait que cette confirmation pouvait prendre jusqu'à quatre jours après réception de l'échantillon par le laboratoire.
- Deux des hôpitaux ont indiqué qu'ils nettoyaient les chambres occupées par les patients porteurs de *C. difficile* deux fois par jour, conformément aux recommandations du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Ils ne pouvaient toutefois pas vérifier si les chambres étaient bel et bien nettoyées deux fois par jour, car ils ne consignaient pas les heures effectives de nettoyage. Le troisième hôpital nettoyait les chambres occupées par les patients porteurs de *C. difficile* seulement une fois par jour.
- L'utilisation judicieuse des antibiotiques s'est révélée utile dans la réduction de l'incidence de *C. difficile* et de SARM. Tous les hôpitaux encourageaient l'utilisation judicieuse des antibiotiques. Leur surveillance de l'efficacité de cette pratique nécessitait toutefois une astreignante inspection manuelle des dossiers

des patients, car aucun d'entre eux ne disposait d'un système d'information lui permettant d'analyser les médicaments que les médecins avaient tendance à utiliser ou les raisons sous-tendant leurs décisions.

- Chaque hôpital avait sa propre définition des IOH et ses propres méthodes de surveillance. Par exemple, les hôpitaux n'assuraient pas le suivi des infections du champ opératoire de la même façon, particulièrement lorsque l'infection se déclarait après la sortie du patient, ce qui peut causer une grande variation dans les taux d'infection. Par exemple, le taux d'infection post-césarienne déclaré à l'interne par un des hôpitaux triplait lorsque les infections survenues après la sortie de l'hôpital étaient incluses.
- Une des pratiques exemplaires adoptées par un des hôpitaux visités consistait à suivre les taux d'infection du champ opératoire par chirurgien et à communiquer l'information pertinente au chirurgien concerné, ce qui permettait à ce dernier de déterminer l'impact des nouvelles pratiques, conformément aux recommandations de *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Ni l'un ni l'autre des deux autres hôpitaux n'informait ses chirurgiens de leurs taux d'infection du champ opératoire.
- Aucun des hôpitaux n'avait de processus en place pour vérifier si le personnel désinfectait ou stérilisait l'équipement médical conformément aux instructions du fabricant ou à la politique de l'hôpital. Nous avons relevé deux cas, dans deux hôpitaux différents, où un instrument échantillonné avait été stérilisé moins longtemps que recommandé. Lorsque nous avons porté ces cas à l'attention des hôpitaux concernés, l'un d'eux a indiqué qu'il avait informé le chirurgien qui avait utilisé l'instrument et le patient opéré de l'erreur, tandis que l'autre a été incapable de déterminer sur quel patient l'instrument avait été utilisé.

Tous les hôpitaux visités se sont montrés très coopératifs. Nous voudrions aussi remercier la direction et le personnel pour leurs commentaires et pour la franchise dont ils ont fait preuve tout au long du processus de vérification.

Nous avons envoyé ce rapport aux hôpitaux visités, aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) concernés et au Ministère, en les invitant à fournir une réponse globale. Par souci de concision et pour éviter les répétitions, nous avons résumé ci-après les réponses globales des hôpitaux, puis celles des RLISS et du Ministère. Nous avons également résumé les réponses des hôpitaux à chacune des recommandations après la recommandation visée, en incluant les réponses des RLISS et du Ministère le cas échéant.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES GLOBALES DES HÔPITAUX

Bien que généralement d'accord avec nos recommandations, les hôpitaux ont indiqué que leurs ressources financières et humaines limitées avaient parfois un impact sur la mise en œuvre de ces recommandations.

Un des hôpitaux avait ceci à dire à ce sujet : Le rapport met en lumière d'importantes lacunes systémiques qui se répercutent sur la sécurité des patients et les risques d'infection en milieu hospitalier, comme le manque de systèmes d'information robustes et de chambres à un lit pour l'isolement des patients contagieux. Il est important pour les hôpitaux de disposer d'un personnel suffisant qui possède les compétences et la formation requises. Par ailleurs, l'évolution rapide des normes de prévention des infections ainsi que l'introduction de nouvelles exigences en matière de vérification et de rapports ont placé un énorme fardeau sur les programmes de prévention des infections et de sécurité des patients. L'hôpital était d'avis que la récente approbation et distribution par le Ministère du document du CCPMI sur les

pratiques exemplaires en ce qui concerne le personnel requis pour répondre aux nouvelles exigences, aidera grandement les hôpitaux et les RLISS à prioriser leurs besoins budgétaires.

RÉPONSES GLOBALE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

La réponse globale conjointe des trois RLISS associés aux hôpitaux vérifiés figure ci-après.

Les RLISS sont d'avis que les observations et les recommandations du rapport contiennent d'excellents conseils qui bénéficieront aux patients, aux fournisseurs et aux contribuables.

Les RLISS s'emploieront, avec le soutien du Ministère, à formaliser le rôle de chaque réseau régional de lutte contre les infections, notamment par l'établissement de relations consultatives bien définies avec les RLISS. Bien que le rapport mette l'accent sur les infections d'origine hospitalière, nous croyons que les principes sous-tendant chaque recommandation pourraient s'appliquer à d'autres fournisseurs de soins de santé tels que les établissements de soins de longue durée et les centres d'accès aux soins communautaires. Tous les fournisseurs de soins de santé ont un rôle à jouer dans la prévention et la lutte contre les infections et en ressentent les effets. Les lignes directrices du CCPMI joueront un rôle clé dans la formulation des politiques et pratiques locales.

Les RLISS appuient le principe de la divulgation publique tel que proposé dans ce rapport. Ils seront heureux de compléter le processus de divulgation du Ministère pour que le public et les fournisseurs soient bien renseignés.

Le mandat des RLISS englobe certaines des recommandations du rapport. D'autres recommandations se prêteraient mieux à une mise en œuvre à l'échelle provinciale et/ou nationale. L'autorité provinciale de santé publique, de

même que les médecins hygiénistes et le personnel des bureaux de santé publique, ont un rôle essentiel à jouer dans la prévention, la surveillance et le contrôle des infections d'origine hospitalière.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

La sécurité des patients est une priorité clé pour le gouvernement. Depuis l'exercice 2003-2004, le gouvernement a investi 11,1 milliards de dollars additionnels dans les services de santé, dont 3,6 milliards sont destinés aux hôpitaux. Depuis l'écllosion de SARS, la stratégie ministérielle de lutte contre les infections d'origine hospitalière vise d'abord et avant tout à renforcer les capacités afin d'accroître la sécurité des patients et de prévenir la transmission des maladies infectieuses.

Depuis 2004, le Ministère a : établi le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI); mis en œuvre un programme provincial d'hygiène des mains; créé 14 réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLI); financé 136 autres postes de professionnels en prévention et lutte contre les infections dans les hôpitaux de l'Ontario; offert une formation continue au personnel hospitalier en collaboration avec les RRLI, le CCPMI et l'Association des hôpitaux de l'Ontario; établi l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; prévu des mesures d'intervention cohérentes pour les maladies infectieuses d'origine hospitalière avec les médecins hygiénistes des bureaux de santé publique, qui sont responsables de la gestion des éclosions.

Le gouvernement exige également de tous les hôpitaux de l'Ontario qu'ils présentent des rapports sur huit indicateurs de sécurité des patients, en commençant par les maladies associées à C. difficile (MACD). Le gouvernement s'est engagé à accroître le nombre d'indicateurs

devant faire l'objet d'une divulgation publique dans l'avenir. Il a par ailleurs nommé le Dr Michael Baker directeur général du programme de sécurité des patients.

Le 5 septembre 2008, le Ministère a publié le plus récent document du CCPMI — Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario — qui s'applique à tous les établissements de soins de santé. Les recommandations représentent les pratiques exemplaires en prévention et lutte contre les infections. Le Ministère reconnaît que la mise en œuvre des recommandations dans tous les établissements de soins de santé prendra du temps. Conformément aux pratiques exemplaires reconnues en matière de gouvernance, les conseils d'administration et le personnel des hôpitaux jouent un rôle clé dans la prévention, la gestion et le contrôle des maladies infectieuses.

Le Ministère continuera de travailler avec le système de soins de santé à l'amélioration de la sécurité des patients.

Constatations détaillées de la vérification

RESPONSABILITÉ DES SOINS AUX PATIENTS

Plusieurs parties partagent la responsabilité des soins aux patients associés aux IOH, en vertu de différentes lois. Par exemple :

- *La Loi sur les hôpitaux publics* et ses règlements d'application fournissent le cadre de fonctionnement des hôpitaux, en plus d'énoncer les responsabilités de leurs conseils d'administration et de leurs comités

médicaux en ce qui concerne la qualité des soins fournis aux patients. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, pour sa part, est responsable de l'administration et de l'application de la Loi et de ses règlements.

- Tandis que chaque hôpital doit établir ses propres priorités pour répondre aux besoins des patients dans les collectivités servies, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée doit, aux termes de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, régir les soins, les traitements et les services dispensés par les hôpitaux.
- En vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont chargés de prioriser et de planifier les services de santé et de financer les hôpitaux. Les 14 RLISS existants doivent rendre compte au Ministère. Depuis le 1er avril 2007, les hôpitaux relèvent directement de leurs RLISS respectifs, plutôt que du Ministère, pour la plupart des dossiers.

Le Ministère fournit environ 85 % du financement total des hôpitaux, dont une partie doit servir à des fins précises. Les autres sources de financement peuvent inclure, par exemple, les frais pour une chambre à un ou deux lits et les dons. En 2007-2008, les coûts de fonctionnement des plus de 150 hôpitaux de l'Ontario totalisaient environ 20 milliards de dollars. Comme les activités de prévention et de lutte contre les infections devraient être pleinement intégrées aux opérations hospitalières, il peut être difficile d'isoler les coûts connexes. Aucun des hôpitaux visités ne cherchait à calculer le coût total de ces activités, ni le total des coûts engagés pour assurer le suivi des patients infectés.

INITIATIVES ET PRATIQUES EXEMPLAIRES DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES IOH

Initiatives du Ministère

Certaines initiatives de prévention et de lutte contre les infections faisaient suite à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue en Ontario et dans d'autres parties du monde en 2003. Le Ministère a notamment établi un Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) et des réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLI), financé une augmentation du nombre de professionnels en prévention des infections (PPI) et obligé les hôpitaux à recueillir des données sur certaines IOH dans le cadre de sa Stratégie de réduction des temps d'attente. Le Ministère exigera également des rapports publics sur l'incidence de certaines IOH. Ces initiatives sont exposées plus en détail ci-après.

Le CCPMI a été établi dans le cadre de l'Opération Protection de la santé, un plan triennal élaboré par le Ministère pour insuffler un nouveau dynamisme au système de santé public de l'Ontario, conformément aux recommandations des rapports rédigés en réponse à la crise du SRAS. Pour prévenir et lutter contre les infections, le CCPMI a notamment :

- diffusé un certain nombre de documents sur les pratiques exemplaires qui intègrent les normes applicables élaborées par des organismes tels que l'Association canadienne de normalisation et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que des recommandations tirées de la littérature médicale (la liste de ces documents figure en annexe);
- de concert avec le Ministère, conçu du matériel didactique afin d'améliorer la formation du personnel de première ligne dans le domaine de la lutte contre les infections (des exemples figurent en annexe).

Le Ministère a également élaboré le programme d'amélioration de l'hygiène des mains (les détails figurent en annexe).

Au moment de notre vérification, 14 RRLI avaient été établis en Ontario (un dans chaque RLISS). Les RRLI sont chargés de coordonner les activités de prévention et de lutte et de promouvoir la normalisation dans les établissements de soins de santé de tout l'Ontario. Ils s'intéressent aux activités de tous les fournisseurs de soins de santé de leur région, y compris les hôpitaux.

Les PPI sont des personnes ayant reçu une formation spécialisée qui sont responsables des activités de prévention et de lutte contre les infections d'un hôpital. Entre 2004-2005 et 2007-2008, le Ministère a octroyé 10,9 millions de dollars aux hôpitaux pour qu'ils engagent plus de PPI.

En mai 2008, le Ministère a annoncé que tous les hôpitaux devraient présenter des rapports publics sur huit indicateurs de la sécurité des patients. Les premiers rapports publics porteront sur les IOH suivantes :

- *le C. difficile* (30 septembre 2008);
- le SARM et l'ERV (31 décembre 2008);
- la pneumonie sous ventilation assistée, les infections par cathéter central, les infections post-opératoires de la hanche et du genou, et le respect de l'hygiène des mains par les travailleurs de la santé (30 avril 2009).

Dans l'entente de financement conclue en 2007-2008 avec environ 80 hôpitaux participant à sa Stratégie de réduction des temps d'attente, le Ministère exigeait de ces hôpitaux qu'ils fassent « le nécessaire en vue de présenter » des données sur les infections du champ opératoire, les infections par cathéter central et la pneumonie sous ventilation assistée à la campagne nationale des *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Cette campagne vise à améliorer la sécurité des patients en intégrant les pratiques exemplaires à la prestation des soins aux patients.

Pratiques exemplaires

Le CCPMI a affirmé qu'environ 30 % à 50 % des infections associées aux soins de santé étaient évitables. Certaines de ses pratiques exemplaires, exposées dans les documents énumérés en annexe, sont décrites à la Figure 4. Le CCPMI a également déclaré qu'un programme de prévention et de lutte contre les infections qui aide à prévenir les infections associées aux soins de santé pouvait réduire substantiellement le coût des soins de santé et, surtout, les taux de morbidité et de mortalité associés à ces infections.

Agrément Canada

Agrément Canada examine les soins de santé en milieu hospitalier afin d'aider les hôpitaux à améliorer la qualité de leurs services aux patients. Cet organisme a intégré certains aspects des politiques hospitalières en matière de prévention et de lutte contre les infections à son processus d'agrément. Au moment de notre vérification, il prévoyait d'ajouter d'autres pratiques exemplaires à son programme d'agrément des hôpitaux.

DÉPISTAGE

Le dépistage permet généralement aux hôpitaux d'identifier les patients porteurs d'une maladie ou d'un organisme infectieux. Il s'agit d'une étape importante dans la lutte contre la propagation des maladies ou organismes infectieux et dans la mise en œuvre par les hôpitaux de certaines des mesures et précautions recommandées par le CCPMI dans ses documents sur les pratiques exemplaires. En plus de prévenir la transmission des maladies infectieuses au personnel hospitalier, aux visiteurs et aux autres patients (ce qui prolongerait leur séjour à l'hôpital), un dépistage efficace peut éviter des coûts additionnels aux hôpitaux. D'après les résultats d'une étude réalisée en 1999 dans un hôpital de Toronto et d'une autre étude menée en 2002 dans un hôpital des Pays-Bas, l'administration de tests de dépistage du SARM aux patients a permis aux hôpitaux d'économiser en aidant à prévenir la transmission de l'organisme infectieux.

Le dépistage suppose généralement la prise en compte de différents facteurs afin de déterminer quels patients présentent un risque plus élevé d'être porteurs de certains organismes ou de certaines maladies, puis le prélèvement d'un échantillon chez ces patients. Les échantillons prélevés sont

Figure 4 : Pratiques exemplaires choisies du CCPMI pour la prévention et la lutte contre les IOH

Source des données : publications du CCPMI

Dépistage : identifier les patients infectés par le SARM, l'ERV et les MRF

Pratiques courantes et précautions spécifiques à chaque infection : pratiquer une bonne hygiène des mains; bien nettoyer les chambres des patients et l'équipement médical connexe; utiliser l'équipement de protection individuel – comme les gants, les blouses à manches longues et les masques – au besoin; placer les patients dans des chambres à un lit si nécessaire

Utilisation des antibiotiques : faire une utilisation judicieuse des antibiotiques pour réduire la prédisposition des patients à certaines maladies infectieuses et aider à prévenir les maladies infectieuses résistantes aux antibiotiques

Surveillance : assurer le suivi et l'analyse des données sur les infections afin de prendre des mesures correctives en temps opportun

Retraitement de l'équipement médical : nettoyer puis désinfecter ou stériliser l'équipement chirurgical, conformément aux normes reconnues pour la prévention de la transmission des maladies infectieuses

ensuite expédiés au laboratoire pour qu'il confirme si les patients sont porteurs de l'organisme ou de la maladie. Dans certains cas, l'hôpital teste tous les patients admis ou tous les patients qui répondent à certains critères (par exemple, tous les patients d'une unité de soins donnée). C'est ce qu'on appelle le « dépistage systématique ».

Le CCPMI recommande les procédures de dépistage suivantes :

- Les hôpitaux doivent évaluer tous les patients afin de déterminer s'ils présentent des symptômes de MRF (toux, essoufflement, fièvre, etc.). Ils sont encouragés à adopter une approche de dépistage « actif », c'est-à-dire que le personnel hospitalier devrait demander aux patients s'ils présentent des symptômes possibles et s'ils ont visité une région sous le coup d'un avis sanitaire (comme l'Asie) au cours des deux dernières semaines. Il y a aussi l'approche du dépistage « passif », où les hôpitaux affichent des pancartes demandant aux patients qui présentent des symptômes de MRF de se laver les mains, d'enfiler un masque et d'aviser le personnel hospitalier de leurs symptômes. Les hôpitaux peuvent notamment effectuer un dépistage passif dans le cas des patients externes qui s'appêtent à subir une tomographie par ordinateur, un examen IRM (imagerie par résonance magnétique) ou un autre type d'examen par visualisation diagnostique.
- Les hôpitaux doivent procéder au dépistage actif du SARM ou de l'ERV chez tous les patients admis. Le personnel hospitalier doit notamment demander aux patients s'ils ont déjà contracté le SARM ou l'ERV; s'ils ont été admis ou s'ils ont passé plus de 12 heures de suite dans un établissement de soins de santé au cours des 12 derniers mois; et s'ils ont récemment été en contact avec une unité d'un établissement de soins de santé qui a connu une éclosion de SARM ou d'ERV. Comme

les patients qui répondent « oui » à l'une ou l'autre de ces questions présentent un risque élevé, les hôpitaux devraient prélever un échantillon chez ces patients afin de déterminer s'ils sont porteurs de SARM ou d'ERV. Le CCPMI recommande également de prélever des échantillons chez les patients qui présentent d'autres facteurs de risque, dont ceux qui ont été admis au service de soins intensifs, dont le système immunitaire est compromis, ou qui vivent dans un milieu communautaire tel qu'un abri ou un foyer de transition.

- Les hôpitaux doivent procéder à des vérifications périodiques afin d'évaluer leurs pratiques de dépistage dans le cadre d'un programme continu de gestion et d'amélioration de la qualité.

Maladies respiratoires fébriles

Tous les hôpitaux visités utilisent une combinaison de dépistage actif et de dépistage passif des maladies respiratoires fébriles (MRF). Le personnel hospitalier peut, par exemple, procéder à un dépistage actif chez les patients qui se présentent au service des urgences ou qui sont directement admis à l'hôpital, et à un dépistage passif auprès des patients externes.

Dans un des hôpitaux, il fallait entrer les données de dépistage des MRF dans le système d'information du service des urgences avant d'aller plus loin dans le traitement du dossier des patients. L'hôpital soumettait tous les patients inscrits dans le système d'information du service des urgences à des tests de dépistage, mais il n'avait pas de procédure en place pour vérifier si les patients directement admis dans une de ses unités, qui comptaient pour environ 55 % des admissions, avaient subi de tels tests.

Les deux autres hôpitaux visités effectuaient des vérifications périodiques pour déterminer si les patients étaient soumis à des examens appropriés

de dépistage des MRF. Ces vérifications ont permis de constater ce qui suit :

- Un des hôpitaux avait prélevé un échantillon de dossiers des patients admis et constaté que, dans 37 % des cas, rien n'indiquait que les patients avaient subi des tests de dépistage des MRF. Parmi les patients testés, seulement deux des quatre qui présentaient des symptômes de MRF avaient fait l'objet de « précautions », c'est-à-dire que des pancartes avaient été affichées pour aviser les travailleurs de la santé de prendre des précautions obligatoires — dont le port d'une blouse d'hôpital, de gants et d'un masque — s'ils se trouvaient à un mètre ou moins du patient. Or, les précautions prises pour un de ces patients ont été abandonnées par inadvertance lorsque le patient a été transféré du service des urgences à un lit d'hôpital. L'hôpital procédait aussi à une vérification hebdomadaire des pratiques de dépistage des MRF dans une unité où étaient soignés des patients au système immunitaire compromis qui couraient un risque élevé de contracter une MRF. En examinant notre propre résumé des données fournies par cette unité, nous avons remarqué que son taux de conformité aux politiques de dépistage des MRF était passé de 84 % vers la fin de 2007 à 100 % au début de 2008.
- L'autre hôpital examinait périodiquement les dossiers des patients présentant des symptômes de MRF afin de déterminer si ses formulaires de dépistage étaient remplis de façon appropriée (c'est-à-dire si les symptômes du patient étaient conformes à l'information inscrite sur le formulaire). L'hôpital a constaté qu'entre la fin de 2006 et le début de 2007, seulement 40 % des patients présentant des symptômes de MRF avaient bien rempli les formulaires de dépistage. Qui plus est, 30 % des patients affichant des symptômes de MRF n'avaient pas été testés. Pendant quelques

jours en janvier 2008, cet hôpital a mené une autre vérification du dépistage des MRF chez tous les patients admis et constaté que le taux de conformité à la politique de dépistage des MRF était de 58 % dans un de ses établissements et de 76 % dans l'autre. Pour améliorer ce taux, l'hôpital a organisé des séances d'information sur l'importance du dépistage des MRF et sur ses attentes envers le personnel. Une vérification subséquente de deux semaines réalisée en février 2008 a permis de constater que le taux de conformité était monté à 100 % et 84 %, respectivement. Une autre vérification de dix jours effectuée en mars 2008, qui excluait l'établissement et les autres secteurs où la conformité était auparavant élevée, a révélé un taux de 72 %.

***Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)**

Tous les hôpitaux visités identifiaient les patients à risque élevé de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) conformément aux critères du CCPMI. Les trois hôpitaux avaient pour politique de demander au personnel de questionner les patients dans la salle d'urgence ou l'unité d'admission, ou les deux. En général, les hôpitaux s'attendaient à ce que des échantillons soient prélevés dans les 24 heures suivant l'identification des patients à risque élevé de SARM ou d'ERV.

Bien qu'il existe peu de directives officielles sur les circonstances dans lesquelles un dépistage systématique est de mise, un des hôpitaux avait pour politique de procéder à des tests par échantillonnage systématique mais dans seulement certaines unités. Il affirmait qu'il y avait peu de patients porteurs de SARM ou d'ERV dans les unités non soumises à des tests par échantillonnage et qu'un dépistage systématique n'offrait donc pas un bon rapport coût-efficacité.

Un autre hôpital a fait observer qu'il avait envisagé puis rejeté l'option d'un échantillonnage systématique chez tous les patients parce que cela aurait coûté très cher, que le CCPMI n'avait pas expressément recommandé cette façon de procéder et qu'il manquait de chambres à un lit pour l'isolement des patients porteurs de SARM ou d'ERV.

Le troisième hôpital a fait remarquer que le fait de tester seulement les patients à risque élevé ne permet généralement pas d'identifier les personnes qui ont contracté le SARM ou l'ERV hors milieu hospitalier. Cet hôpital était d'avis que le fait de ne pas avoir testé tous les patients pourrait avoir joué un rôle important dans la transmission du SARM et de l'ERV, dont il connaît de 18 à 20 éclosions chaque année. Entre avril et août 2007, l'hôpital a mis en œuvre une politique de prélèvement d'échantillons chez tous les patients de quatre unités.

En janvier 2008, un hôpital a adopté, pour une période d'essai d'un an, une politique de dépistage systématique chez tous les patients admis.

Nous avons remarqué que le Danemark et les Pays-Bas pratiquaient un dépistage plus rigoureux du SARM chez les patients à risque élevé. Ils s'assurent notamment que leurs hôpitaux identifient tous les patients à risque élevé, en prélèvent des échantillons et les placent immédiatement en isolement. Si les résultats des tests sont négatifs, les hôpitaux abandonnent les précautions d'isolement à moins que le patient ne présente des facteurs de risque additionnels, comme des lésions cutanées. En conséquence, ces pays affichent de très faibles taux de SARM (ils citent des taux de « moins de 1 % »).

Certains hôpitaux américains procèdent à un dépistage systématique du SARM chez tous les patients. Le Royaume-Uni convient que ce genre de dépistage systématique du SARM constitue l'approche la plus appropriée, mais recommande de commencer par identifier les patients à risque élevé de SARM puis d'en prélever des échantillons (comme le recommande le CCPMI). L'Écosse a

entrepris un projet pilote de dépistage systématique d'un an dans des hôpitaux choisis afin d'en déterminer les avantages cliniques et le rapport coût-efficacité. Si le projet pilote connaît le succès espéré, l'Écosse s'attend à mettre en œuvre le dépistage systématique dans tous ses hôpitaux d'ici 2010.

Tous les hôpitaux visités procédaient à des vérifications périodiques du dépistage du SARM et de l'ERV et obtenaient différents taux de conformité.

- Le personnel d'un hôpital examinait les dossiers des patients admis dans des unités choisies pour s'assurer que les patients étaient soumis à des procédures de dépistage et que des échantillons de laboratoire étaient prélevés en temps opportun (généralement dans les 24 heures). Cependant, il assurait le suivi des résultats seulement un jour par mois. Et, comme le personnel ne définissait pas la conformité de la même façon, il était impossible de comparer les résultats des différentes unités.
- Un autre hôpital n'avait pas effectué de vérifications des efforts déployés pour dépister le SARM et l'ERV en 2007, mais il a institué des vérifications périodiques en janvier 2008, au moment de notre travail sur le terrain à l'hôpital. Les taux initiaux de conformité à la politique de l'hôpital dans les deux établissements étaient de 0 % et 70 %, respectivement. Des vérifications subséquentes effectuées en février et mars 2008 montraient que le taux de conformité avait grimpé à 100 % et 75 %, respectivement. Ces vérifications n'indiquaient toutefois pas combien de temps le patient avait attendu le prélèvement d'un échantillon à tester.
- Le troisième hôpital a constaté que, pendant une semaine au printemps 2007, des échantillons avaient été prélevés au cours de la période cible de 24 heures prescrite par l'hôpital pour seulement 60 % des patients à risque élevé.

RECOMMANDATION 1

Pour que les patients ayant une maladie infectieuse soient identifiés assez rapidement pour empêcher la maladie de se propager, les hôpitaux doivent systématiquement vérifier si leurs processus de dépistage sont conformes aux recommandations du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le CCPMI, doit évaluer les résultats des projets de dépistage systématique en cours en Ontario et dans d'autres administrations et recommander des pratiques de dépistage fondées sur les résultats de ces projets.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivaient généralement à la recommandation. Un hôpital a affirmé qu'il s'y conformait déjà. Un autre a indiqué qu'il avait pris un certain nombre de mesures pour la mettre en œuvre. Il procédait notamment à des vérifications hebdomadaires pour s'assurer que les patients étaient soumis à des tests appropriés de dépistage des maladies infectieuses. Le troisième hôpital a indiqué qu'il fournissait maintenant à chacune de ses unités des données hebdomadaires sur son taux de conformité aux lignes directrices en matière de dépistage du SARM et de l'ERV au moment de l'admission. Cet hôpital a également souligné la nécessité de mettre en place des systèmes électroniques pour déterminer avec exactitude si les patients porteurs de MRF, de SARM et d'ERV sont testés en temps opportun.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation selon laquelle les hôpitaux devraient surveiller

systématiquement leurs processus de dépistage. Le CCPMI a informé le Ministère qu'il favorisait lui aussi une telle surveillance. Un programme de dépistage visant à identifier les patients qui risquent d'être infectés par des organismes résistant aux antibiotiques (ORA) s'est révélé utile pour réduire le nombre d'ORA en milieu hospitalier et est recommandé par les lignes directrices sur les pratiques exemplaires du CCPMI. Le CCPMI a indiqué au Ministère qu'il y avait actuellement peu de preuves appuyant le dépistage systématique des ORA (où tous les patients sont testés quels que soient leurs facteurs de risque), et qu'il n'avait donc pas inclus cette approche dans ses documents sur les pratiques exemplaires. Le Ministère et le CCPMI envisageront toutefois d'évaluer les résultats des projets de dépistage systématique en cours.

PRATIQUES DE BASE ET PRÉCAUTIONS SPÉCIFIQUES À CERTAINES INFECTIONS

Il existe certaines pratiques qui, si elles étaient utilisées pour tous les patients dans tous les cas, aideraient à prévenir et à contrôler la transmission des micro-organismes qui causent les maladies infectieuses. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada parlent de « pratiques de base ». Selon le CCPMI, seule l'observation systématique des pratiques de base, particulièrement le lavage des mains avant et après le contact avec un patient et son environnement, peut prévenir la propagation des maladies infectieuses. Le CCPMI a également observé que des précautions additionnelles étaient nécessaires pour prévenir et contrôler certaines maladies infectieuses comme le SARM, l'ERV et le *C. difficile*. D'après Santé Canada, des précautions additionnelles doivent être prises dès qu'on découvre ou soupçonne qu'un patient a contracté une maladie infectieuse.

Le CCPMI a ceci à dire à propos de ces pratiques et précautions :

- *Hygiène des mains* — Avant et après le contact avec chaque patient et son environnement, le personnel doit se laver les mains avec un désinfectant à base d'alcool (contenant entre 60 % et 90 % d'alcool) ou avec de l'eau et du savon. Un désinfectant à base d'alcool est généralement choisi lorsque les mains ne sont pas visiblement sales. Le savon et l'eau peuvent toutefois être plus efficaces pour éliminer les spores de *C. difficile*. Tous les établissements de soins de santé doivent concevoir et mettre en œuvre un programme d'hygiène des mains qui englobe la surveillance et l'observation continues des pratiques d'hygiène des mains.
- *Utilisation de l'équipement de protection individuel* — Les travailleurs de la santé qui entrent dans la chambre d'un patient infecté par *C. difficile* doivent porter des gants et une blouse d'hôpital. Ils doivent porter des gants et devraient porter une blouse d'hôpital lorsqu'ils entrent dans la chambre d'un patient porteur de SARM ou d'ERV. Ils doivent enlever leurs gants et leur blouse d'hôpital avant de sortir de la chambre du patient. Les établissements de soins de santé devraient surveiller la conformité à l'utilisation recommandée de l'équipement de protection individuel (cette pratique est aussi recommandée par Santé Canada).
- *Utilisation de chambres à un lit* — Les hôpitaux doivent placer les patients porteurs de SARM ou d'ERV et les patients soupçonnés d'infection à *C. difficile* dans une chambre à un lit avec sa propre salle de bains. Si toutes les chambres à un lit de l'hôpital sont occupées, il faut consulter le personnel de prévention et de lutte contre les infections sur les dispositions à prendre pour que les patients infectés par les mêmes bactéries puissent partager une cham-

bre (c'est ce qu'on appelle le « regroupement en cohorte »).

- *Nettoyage des chambres des patients* — Les hôpitaux doivent prendre des précautions spéciales lorsqu'ils nettoient les chambres des patients porteurs de SARM ou d'ERV ou soupçonnés d'infection à *C. difficile*. En effet, les organismes qui causent ces maladies ont été repérés sur certaines surfaces des établissements de soins de santé, dont les poignées de porte, les robinets, les dossiers des patients et les pièces d'équipement médical telles que les tensiomètres artériels (nous croyons comprendre que le CCPMI s'attend à diffuser un document sur les pratiques exemplaires en matière de nettoyage au début de 2009). Les recommandations spécifiques à chaque maladie comprennent ce qui suit :
 - Si le patient est porteur ou soupçonné d'être porteur de *C. difficile*, l'hôpital doit nettoyer toutes les surfaces horizontales dans la chambre du patient ainsi que tous les objets à sa portée deux fois par jour avec un désinfectant pour hôpitaux. Le personnel doit prêter une attention particulière au nettoyage des surfaces fréquemment touchées telles que les côtés de lit, les téléphones et les toilettes. L'hôpital doit établir une liste de contrôle et s'en servir deux fois par jour pour surveiller le nettoyage. Il doit indiquer clairement aux préposés qu'ils doivent faire le nettoyage deux fois par jour.
 - Si le patient est porteur d'ERV, l'hôpital peut établir une liste de contrôle du nettoyage et l'utiliser au moment de la sortie ou du transfert du patient.

De même, Santé Canada recommande que les hôpitaux nettoient les chambres des patients conformément à un calendrier préétabli qui assigne des tâches précises au personnel hospitalier pour garder les surfaces propres et exemptes de poussière. Les

hôpitaux devraient aussi procéder à des vérifications périodiques des protocoles de nettoyage.

Hygiène des mains

Le lavage des mains est l'activité la plus importante pour prévenir la propagation des maladies infectieuses. À cet égard, la présidente de l'Association canadienne des soins de santé a récemment déclaré que la clé de la réduction des infections ne résidait pas dans les grandes découvertes, mais dans le lavage des mains. Le personnel hospitalier doit se laver les mains même lorsqu'il porte des gants, car les mains peuvent devenir contaminées lorsque les gants sont déchirés ou qu'ils n'ont pas été enlevés correctement.

De nombreuses études ont démontré que la conformité des travailleurs de la santé aux pratiques d'hygiène des mains laissait à désirer. D'après les résultats d'une étude réalisée en mars 2006 sur la conformité aux pratiques d'hygiène des mains dans sept hôpitaux de l'Ontario comptant un total de 11 établissements, le taux de conformité global aux bonnes pratiques d'hygiène des mains était de seulement 32 %. L'auteur de l'étude faisait remarquer que la conformité était plus élevée lorsque le personnel prenait des précautions spécifiques à chaque infection (par exemple, en isolant les patients) ou qu'il exerçait des activités exigeant le port de gants et d'une blouse d'hôpital. Le Ministère a mis à l'essai un programme d'hygiène des mains dans des unités choisies de dix hôpitaux ontariens entre mars et août 2007. Il a constaté que le taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains, qui variait entre 24 % et 62 % au début du projet pilote, était passé à 40 % et 75 % à la fin du projet. Ce taux de conformité variait aussi selon le type de travailleur des soins de santé. Par exemple, le taux de conformité global des médecins était de 18 % au début et 28 % à la fin du projet pilote, contre 44 % et 60 % pour le personnel infirmier.

Diverses études ont recensé les obstacles suivants au lavage des mains :

- le manque de temps attribuable, par exemple, aux pénuries de personnel et aux lourdes charges de travail;
- l'inaccessibilité des lavabos;
- les fournitures inadéquates pour le lavage des mains (p. ex. savon et serviettes);
- les préoccupations entourant les effets nocifs des lavages de mains fréquents;
- la perception selon laquelle le port des gants dispense de la nécessité de se laver les mains;
- le scepticisme concernant l'utilité de se laver les mains lorsque celles-ci ne sont pas visiblement sales.

L'Hospital Report Research Collaborative est une initiative conjointe de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et du Ministère qui mène des sondages annuels auprès des hôpitaux ontariens afin d'évaluer le rendement. Son rapport de 2007 sur les hôpitaux de soins actifs soulignait que seulement 23 % des hôpitaux ayant adopté des politiques en matière d'hygiène des mains avaient mis en place un mécanisme formel de vérification à cet égard. Or, les trois hôpitaux que nous avons visités avaient tous effectué des vérifications de l'hygiène des mains, et l'un d'eux a participé au programme pilote d'hygiène des mains du Ministère. Les détails des vérifications de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains dans les hôpitaux sont exposés ci-après :

- Un hôpital n'avait mené aucune vérification de l'hygiène des mains en 2007, mais il avait procédé à des vérifications périodiques en janvier et février 2008 dans trois de ses unités. L'hôpital a indiqué que les taux de conformité de janvier 2008 étaient plus élevés que prévu parce que le personnel savait qu'il était surveillé. La vérification de février 2008 a donc été plus discrète. D'après les résultats de février, le taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains était de

27 % pour le personnel infirmier et de 29 % pour les médecins. L'hôpital a mentionné qu'il était en train de sensibiliser son personnel à l'importance de se laver les mains (comme il l'avait déjà fait en 2005). Après notre vérification, nous avons été informés que le taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains était monté jusqu'à 71 %.

- Un autre hôpital a constaté que, grâce à la formation et au soutien du personnel, le taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains des deux unités surveillées était passé de 48 % à 64 % pour le personnel infirmier et de 0 % à 30 % pour les médecins entre mars et août 2007. L'hôpital a décidé de vérifier la conformité aux pratiques d'hygiène des mains de neuf autres unités pour la période d'août à septembre 2007 et obtenu un taux de conformité global de 34 %. Afin d'accroître ce taux, en novembre 2007, l'hôpital a évalué l'accessibilité de ses distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool. Il a conclu qu'il devait déplacer et/ou installer un certain nombre de distributeurs afin d'en améliorer l'accessibilité. Le coût estimatif total s'élevait à environ 750 000 \$. En août 2008, l'hôpital a annoncé qu'il mettrait en œuvre un programme global d'hygiène des mains, notamment en installant des distributeurs de désinfectant à base d'alcool dans toutes ses unités.
- Le troisième hôpital n'avait effectué aucune vérification de l'hygiène des mains en 2007. Un examen de deux semaines mené à la fin février 2008 dans des unités choisies de l'hôpital révélait un taux de conformité de 92 %. L'hôpital a également procédé à des vérifications afin de déterminer si le personnel et les visiteurs utilisaient les désinfectants pour les mains à base d'alcool placés aux entrées de l'hôpital. Cette vérification, réalisée entre mars et la mi-avril 2008, a permis de calculer

un taux de conformité moyen de 74 % pour le personnel et de 94 % pour les visiteurs.

Comme les hôpitaux utilisaient différentes méthodes pour mesurer la conformité aux bonnes pratiques d'hygiène des mains, leurs taux de conformité n'étaient pas comparables.

Nous avons appris qu'entre avril et juin 2008, le Ministère, de concert avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA), avait organisé des séances de formation à l'intention des hôpitaux sur les modalités de mise en œuvre de son Programme d'hygiène des mains.

En mai 2008, le Ministère a annoncé que tous les hôpitaux de l'Ontario seraient tenus de déclarer publiquement le taux de conformité des travailleurs de la santé aux pratiques d'hygiène des mains. Cette exigence entre en vigueur le 30 avril 2009. Le Ministère a demandé au médecin-chef du Réseau universitaire de santé de superviser le programme du gouvernement en matière de sécurité des patients. Ce dernier doit notamment arrêter les détails des activités liées à la surveillance et à la déclaration des pratiques d'hygiène des mains.

Utilisation de l'équipement de protection individuel

Deux des hôpitaux visités ont aussi examiné l'utilisation des gants dans le cadre de leurs vérifications de l'hygiène des mains, mais ils n'avaient pas de résultats distincts à cet égard. Ils ne vérifiaient pas non plus l'utilisation des autres articles de protection individuel tels que les blouses et les masques.

Le troisième hôpital a vérifié une unité, dont les patients présentaient un risque plus élevé, à intervalles périodiques entre octobre 2006 et avril 2007. Il a notamment cherché à savoir si le personnel hospitalier utilisait l'équipement de protection individuel conformément à sa politique. L'hôpital a constaté que le personnel n'utilisait pas toujours l'équipement de protection individuel ou qu'il lui

arrivait de mal l'utiliser. Par exemple, certains membres du personnel ne changeaient pas systématiquement de gants entre les interventions sales et les interventions propres, n'attachaient pas leur blouse et ne plaçaient pas leur masque de façon à se couvrir le nez. L'hôpital a indiqué que l'unité prendrait des mesures correctives et qu'il ferait une vérification de suivi. Il n'a pas vérifié l'utilisation de l'équipement de protection individuel dans d'autres unités.

Utilisation des chambres à un lit

Comme une des précautions spécifiques à chaque infection recommandées par le CCPMI consiste à isoler les patients contagieux dans des chambres à un lit, le nombre de chambres disponibles peut causer problème. Dans ses lignes directrices 2006 sur la conception et la construction des établissements de soins de santé, l'American Institute of Architects recommandait que toutes les chambres des unités de chirurgie, de médecine générale et de soins post-partum soient des chambres à un lit. Dans les hôpitaux visités, entre 25 % et 36 % des lits se trouvaient dans des chambres à un lit. Un hôpital a remarqué que le manque de chambres à un lit et les taux d'occupation élevés entravaient fortement la capacité des hôpitaux à prévenir la transmission des infections et pouvaient se répercuter sur le service des urgences, où les patients contagieux attendent souvent qu'une chambre à un lit se libère.

En cas d'incapacité de placer les patients dans des chambres à un lit, le CCPMI recommande de regrouper les patients qui ont des maladies infectieuses semblables. Deux des trois hôpitaux visités, qui aimeraient avoir plus de chambres à un lit, pratiquaient le regroupement des patients. Cependant, ni l'un ni l'autre ne surveillait le nombre de cas dans lesquels un regroupement était nécessaire. De même, aucun des hôpitaux ne suivait le nombre de cas dans lesquels un patient contagieux devait

partager une chambre avec un patient non atteint d'une maladie infectieuse semblable. L'un d'eux a toutefois indiqué qu'il isolait les patients contagieux dans des chambres à deux lits en fermant le deuxième lit, et qu'il avait fermé près de 30 lits en juin 2008 — pour environ 105 jours-lits — afin d'isoler les patients qui devaient l'être.

Le CCPMI laisse à chaque hôpital le soin de décider à quel moment placer un patient ayant une maladie infectieuse dans une chambre à un lit. La directive de Santé Canada de prendre immédiatement des précautions spécifiques à chaque infection laisse elle aussi les détails de la mise en œuvre à la discrétion de l'hôpital, et les politiques adoptées à cet égard peuvent varier. Par exemple, un patient peut être isolé lorsque l'hôpital détermine qu'il présente un risque élevé, lorsque le médecin diagnostique la maladie, ou lorsque le laboratoire en confirme la présence. Tous les hôpitaux visités avaient pour politique d'isoler les patients porteurs de *C. difficile* dès que ceux-ci présentaient des symptômes de la maladie. Les autres politiques relatives à l'isolement des patients variaient :

- Deux des hôpitaux avaient pour politique d'isoler les patients transférés directement d'établissements étrangers, parce que les taux de SARM et d'ERV sont généralement plus élevés à l'extérieur du Canada. Le troisième attendait la confirmation du laboratoire avant d'isoler ces patients.
- Deux des trois hôpitaux avaient des politiques claires selon lesquelles les patients qui avaient déjà contracté le SARM ou l'ERV devaient être isolés dès leur arrivée à l'hôpital. Le troisième a indiqué qu'il avait lui aussi l'habitude d'isoler ces patients et qu'il avait révisé ses politiques sur le dépistage du SARM et de l'ERV en avril 2008 pour apporter les éclaircissements nécessaires.

Un des hôpitaux visités avait noté en 2005 que les taux de SARM semblaient plus élevés chez les patients provenant d'un certain établissement de

soins de longue durée. Il a alors adopté pour politique de placer ces patients dans des chambres à un lit et d'instaurer les précautions visant à prévenir la transmission par contact dès leur arrivée à l'hôpital. Il a aussi testé tous ces patients pour déterminer s'ils étaient porteurs de SARM. L'examen des données recueillies sur une période de six mois indiquait que 34 % des patients transférés de cet établissement de soins de longue durée étaient porteurs de SARM. En adoptant cette pratique, l'hôpital a identifié au delà de deux fois plus de patients porteurs de SARM en provenance de cet établissement qu'il l'aurait fait autrement.

Comme certains patients sont isolés seulement après confirmation de la présence de SARM ou d'ERV par le laboratoire, nous nous sommes renseignés au sujet du temps requis pour obtenir cette confirmation et nous avons découvert que ce temps variait. Il pouvait notamment s'écouler de 24 à 72 heures entre la réception par le laboratoire de l'échantillon à tester pour la présence de SARM et l'obtention des résultats. Dans le cas de l'ERV, ce délai variait entre 48 et 96 heures. Deux des hôpitaux utilisaient un test de laboratoire plus rapide pour le SARM, appelé test par « réaction en chaîne de la polymérase » ou par PCR, pour tous les patients à risque élevé ou pour certains d'entre eux. Selon le CCPMI, ce test pourrait être plus sensible et plus efficace pour détecter le SARM. Le délai pour ce test variait entre 9 et 24 heures aux deux hôpitaux. Les hôpitaux devaient quand même effectuer le test régulier, plus lent, en raison du taux élevé de faux résultats positifs du test par PCR (estimé à 1,5 % de tous les tests ou à 30 % ou 40 % des tests positifs). Le troisième hôpital nous a dit qu'il avait décidé de ne pas avoir recours au test par PCR, surtout en raison des coûts additionnels et du taux élevé de faux résultats positifs.

Nettoyage des chambres des patients

Les pratiques exemplaires du CCPMI en ce qui concerne le nettoyage des chambres des patients contiennent des exigences spéciales pour les chambres des patients porteurs d'ERV et de *C. difficile*. En effet, les méthodes habituelles de nettoyage et de désinfection qui sont adéquates pour le SARM pourraient ne pas suffire à éliminer l'ERV ou le *C. difficile* des surfaces contaminées. Selon le CCPMI, des études ont démontré que l'ERV contaminait le torchon ou demeurait sur la surface :

- lorsque le torchon était replongé dans la solution de nettoyage après utilisation et réutilisé sur une autre surface;
- lorsqu'il n'y avait pas suffisamment de temps de contact entre la solution désinfectante et la surface à nettoyer.

Le *C. difficile* produit des spores que certains produits chimiques ne peuvent pas détruire. Même avec les bons produits chimiques, il est nécessaire de créer une certaine friction par l'application d'une force pour enlever les spores.

Tous les hôpitaux visités assignaient des tâches régulières de nettoyage à certains membres du personnel. Ils mettaient aussi des pancartes à la porte des chambres des patients porteurs de maladies infectieuses telles que l'ERV ou le *C. difficile* pour indiquer à toute personne entrant dans la chambre qu'elle devait prendre des précautions additionnelles — par exemple, porter des gants et une blouse d'hôpital. Si le patient partageait une chambre, les hôpitaux plaçaient la pancarte sur le rideau entourant son lit.

Deux des hôpitaux visités avaient émis des directives concernant le nettoyage des chambres exigeant des précautions spéciales. L'autre hôpital utilisait des listes de contrôle pour le nettoyage de ces chambres. Nous avons demandé à examiner un échantillon de listes de contrôle afin de déterminer si le personnel respectait les procédures de nettoyage. Nous avons découvert qu'un des établissements de l'hôpital ne conservait pas les listes de

contrôle, tandis que l'autre n'a pu produire que quatre des listes de contrôle demandées, dont une avait été laissée en blanc.

Deux des hôpitaux nous ont informés qu'ils nettoyaient les chambres des patients porteurs de *C. difficile* deux fois par jour. L'un d'eux a institué cette pratique en janvier 2008. Il a toutefois été impossible de déterminer si le nettoyage avait effectivement été fait, car ni l'un ni l'autre hôpital ne consignait les heures de nettoyage des chambres. Le troisième hôpital nous a dit que les chambres des patients porteurs de *C. difficile* étaient nettoyées seulement une fois par jour, car il avait choisi de concentrer les efforts de nettoyage sur les chambres à plus d'un lit afin d'aider à prévenir la transmission des maladies.

Tous les hôpitaux visités avaient mis en place un processus pour vérifier visuellement la propreté des chambres des patients et d'autres surfaces. L'un d'eux a indiqué qu'il inspectait visuellement certaines chambres après le départ des patients. Il a toutefois été incapable de trouver les résultats de cet examen pour 2007. Les deux autres hôpitaux faisaient des inspections visuelles périodiques des chambres des patients et/ou d'autres surfaces. Ils ont conclu que celles-ci étaient nettoyées de façon appropriée.

Nous avons remarqué que certaines autres administrations faisaient appel à des évaluateurs indépendants pour juger visuellement de la propreté des chambres d'hôpitaux. Le Royaume-Uni, par exemple, fait faire des vérifications indépendantes de la propreté de ses hôpitaux depuis l'an 2000. Une note annuelle globale pour la propreté ainsi que des notes pour la propreté de chaque hôpital sont affichées sur le site Web du National Health Service. En 2005 et 2006, la Colombie-Britannique a demandé à des tiers indépendants de vérifier la propreté de ses hôpitaux. Elle a aussi conçu un système qui lui permet de s'assurer que la propreté des hôpitaux fait l'objet d'une vérification uniforme dans toute la province.

RECOMMANDATION 2

Pour mieux prévenir la transmission des infections d'origine hospitalière :

- les hôpitaux doivent vérifier si les pratiques exemplaires en matière de prévention (comme l'hygiène des mains et l'utilisation de l'équipement de protection individuel) et les précautions spécifiques à chaque infection sont conformes aux recommandations du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) (comme le nettoyage deux fois par jour des chambres des patients porteurs de *C. difficile*);
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :
 - de concert avec les hôpitaux et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), envisager d'inclure dans ses rapports publics les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains par type de personnel des soins de santé (par exemple, le personnel infirmier et les médecins);
 - comme de nombreux hôpitaux n'ont pas suffisamment de chambres à un lit, élaborer et mettre en œuvre — de concert avec les hôpitaux — des directives enjoignant aux hôpitaux d'isoler systématiquement les patients qui ont contracté, ou qui courent un risque élevé de contracter, des maladies infectieuses.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivaient généralement à la recommandation. Un hôpital a indiqué qu'il avait pris différentes mesures pour donner suite à la recommandation, dont la mise en place d'un processus de surveillance de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains et l'établissement de listes de contrôle pour

les préposés au nettoyage. Un autre hôpital a reconnu que les pratiques exemplaires recommandées par le CCPMI étaient extrêmement utiles et qu'elles auraient un effet positif sur les normes, mais souligné que leur pleine mise en œuvre nécessitait des ressources humaines et financières additionnelles. Cet hôpital a remarqué que le document diffusé par le CCPMI en septembre 2008 — *Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario* — devrait aider l'hôpital à mettre cette recommandation en œuvre. Il a toutefois ajouté que les vérifications de l'hygiène des mains et le nettoyage plus fréquent des surfaces étaient très exigeants en main-d'œuvre et seraient difficiles à assurer en l'absence de soutien et de ressources additionnelles. Il était d'avis que le CCPMI et le Ministère devaient déterminer les ressources requises pour mettre pleinement en œuvre les pratiques exemplaires du CCPMI. Le troisième hôpital estimait qu'il fallait élaborer des normes provinciales sur les ressources requises pour l'entretien ménager et accorder la priorité à l'élaboration par le CCPMI de lignes directrices sur les meilleures pratiques en milieu hospitalier et à leur approbation par le Ministère. Il a ajouté qu'une inspection visuelle de l'environnement du patient ne permettait pas de détecter la contamination microbienne et qu'il fallait donc évaluer les nouvelles technologies de surveillance de la propreté en milieu hospitalier, en mettant l'accent sur les surfaces souvent touchées par le personnel hospitalier, les patients et d'autres parties. Cet hôpital a ajouté que le Ministère avait préparé du matériel pédagogique sur les principes de base régissant la prévention des infections à l'intention du personnel infirmier, des thérapeutes et d'autres membres du personnel hospitalier. Il était d'avis que le Ministère devait faire de même pour le personnel de soutien (comme les préposés à l'entretien ménager) et les médecins.

En ce qui concerne la divulgation publique des taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains, un hôpital a observé que les rapports devaient mentionner non seulement le type de travailleur des soins de santé mais aussi les circonstances pertinentes. Par exemple, le taux de conformité des travailleurs des soins de santé pourrait être faible avant le contact avec les patients ou avant une procédure aseptique, mais plus élevé après le contact avec les patients. La conformité aux pratiques d'hygiène des mains devrait être mesurée séparément selon les circonstances afin de tenir compte des différences, de permettre des comparaisons utiles et de prévenir la déclaration de taux généraux artificiellement gonflés ou sous-estimés. Cet hôpital a ajouté que, pour réduire le risque d'infections, les lignes directrices sur la construction ou la rénovation des hôpitaux devraient recommander que toutes les chambres de patients soient des chambres à un lit avec leur propre salle de bains.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les RLISS appuient la surveillance des mesures de rendement pour la conformité aux pratiques d'hygiène des mains par type de personnel. Les RLISS reconnaissent la nécessité d'élaborer des lignes directrices en matière d'isolement à l'intention des hôpitaux et pensent que ces lignes directrices devraient également s'adresser aux établissements de soins de longue durée.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a fait de la sécurité des patients une priorité pour le gouvernement et a investi dans de nombreux programmes afin de renforcer la capacité à accroître la sécurité des patients et

à prévenir la transmission des maladies infectieuses. Les documents rédigés par le CCPMI pour aider les hôpitaux à se conformer aux pratiques exemplaires et à éduquer les travailleurs de la santé comprennent les pratiques de base et précautions additionnelles et les fiches d'information sur l'hygiène des mains. Plusieurs documents du CCPMI contiennent des listes de vérification ainsi qu'un outil d'observation des pratiques d'hygiène des mains qui permet aux hôpitaux de produire différents rapports d'hygiène. Le Ministère et l'Association des hôpitaux de l'Ontario ont offert aux hôpitaux une formation poussée sur les documents du CCPMI et le programme d'hygiène des mains. Le Ministère continuera de sensibiliser les intervenants à ces dossiers.

Le CCPMI travaille actuellement à l'élaboration d'un document sur les pratiques exemplaires en matière de nettoyage, qui devrait être disponible en 2009. Les documents existants du CCPMI font référence aux pratiques exemplaires en matière de nettoyage.

Dans le cadre de la divulgation publique des taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains, le Ministère envisagera de déclarer les taux de conformité par type de personnel des soins de santé. Le Ministère appuie ce niveau de déclaration par les hôpitaux.

Les lignes directrices du CCPMI concernant l'utilisation des chambres à un lit visent à aider les hôpitaux à offrir les soins les plus sûrs possibles, compte tenu des besoins des patients et des ressources existantes. Le personnel hospitalier et le professionnel en prévention des infections doivent faire preuve de jugement clinique dans la prise de ces décisions. Le Ministère appuie l'utilisation par les hôpitaux des lignes directrices actuelles du CCPMI. Par ailleurs, le Ministère a récemment approuvé des lignes directrices mises à jour sur la construction des

nouveaux hôpitaux. Ces lignes directrices, appelées *Generic Output Specifications*, aideront les nouveaux hôpitaux à prévenir la transmission des maladies infectieuses.

UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

Les hôpitaux utilisent des antibiotiques pour prévenir et traiter les infections des patients. Or, les bactéries infectieuses ont développé une résistance aux antibiotiques, ce qui fait augmenter le risque que les antibiotiques perdent leur efficacité contre certaines infections dans l'avenir. En fait, certaines des bactéries qui causent les IOH résistent déjà à l'antibiotique de choix pour le traitement.

Les recherches démontrent qu'il existe une association entre un recours accru aux antibiotiques et la résistance des infections à certains antibiotiques. Les personnes qui prennent des antibiotiques courent d'ailleurs un risque accru de contracter certaines infections telles que le *C. difficile* et le SARM. Comme il est mentionné à la Figure 1, l'infection à *C. difficile* survient habituellement lorsque l'utilisation d'antibiotiques réduit le niveau normal de bonnes bactéries qui se trouvent dans l'intestin et le côlon du patient. Cette réduction du nombre de bonnes bactéries permet à la bactérie *C. difficile* de croître et de produire des toxines qui rendent le patient malade. Ce risque a amené la Food and Drug Administration des États-Unis à réviser les étiquettes de sécurité de certains antibiotiques en juin 2007. Les nouvelles étiquettes avertissent médecins et patients que l'antibiotique en question pose un risque de *C. difficile* et que presque tous les antibiotiques sont associés à un risque accru de *C. difficile*.

Le fait que l'Ontario a connu un certain nombre de flambées de *C. difficile* renforce la nécessité de faire une utilisation judicieuse des antibiotiques. Il y a eu une éclosion notable à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie en 2006 et une autre au Centre de

santé Trillium en mars 2007. Dans son enquête sur les 18 décès directement ou indirectement attribuables au *C. difficile* survenus à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie entre avril et novembre 2006, le Bureau du coroner en chef a observé que l'utilisation des antibiotiques était probablement un des facteurs ayant contribué à l'éclosion. Il a recommandé aux professionnels des soins de santé de prescrire des antibiotiques seulement en présence d'indications claires et après avoir examiné soigneusement les risques et avantages qui y sont associés. De même, dans son rapport d'examen de mars 2007, le Centre de santé Trillium faisait remarquer qu'il était essentiel de faire une utilisation judicieuse des antibiotiques pour réduire les taux de *C. difficile*.

Dans le même ordre d'idées, une étude réalisée en 2007 dans un hôpital du Québec montrait que l'incidence de *C. difficile* avait connu une baisse importante après l'introduction par l'hôpital d'un programme visant à promouvoir l'utilisation judicieuse des antibiotiques durant une éclosion. Les auteurs de l'étude ont notamment constaté que la consommation totale d'antibiotiques avait diminué de 23 % entre 2003-2004 et 2005-2006, tandis que l'incidence de *C. difficile* avait baissé de 60 % durant la même période.

Selon la Society for Healthcare Epidemiology of America et l'Infectious Disease Society of America, jusqu'à 50 % des antibiotiques sont mal utilisés. L'idéal serait de traiter tous les patients avec l'antibiotique le plus efficace et le moins coûteux seulement pour la période requise pour prévenir ou guérir l'infection.

Le CCPMI a recommandé ce qui suit pour empêcher les infections résistant aux antibiotiques de croître et de se propager :

- Les hôpitaux doivent mettre en œuvre des politiques et procédures visant à promouvoir l'utilisation judicieuse des antibiotiques, c'est-à-dire qu'ils doivent élaborer un « programme de gestion des antibiotiques ». Ils devraient

notamment établir un formulaire pharmaceutique contenant la liste des antibiotiques que les médecins peuvent prescrire. Certains hôpitaux pourraient imposer d'autres restrictions, par exemple en exigeant que l'utilisation de certains antibiotiques soit d'abord approuvée par un spécialiste des maladies infectieuses.

- Les hôpitaux doivent examiner l'utilisation réelle des antibiotiques afin de déterminer si elle est appropriée (Santé Canada et la Society for Healthcare Epidemiology of America ont formulé des recommandations semblables).

Promotion de l'utilisation judicieuse des antibiotiques

Les trois hôpitaux visités avaient des procédures en place pour promouvoir l'utilisation judicieuse des antibiotiques, ce qui devrait aider à réduire le nombre de prescriptions inappropriées. Nous avons constaté ce qui suit dans tous les hôpitaux :

- Il y avait un formulaire des antibiotiques et une procédure que les hôpitaux devaient suivre pour obtenir l'approbation d'un spécialiste des maladies infectieuses avant d'utiliser certains antibiotiques.
- Les résultats des examens de laboratoire envoyés aux médecins étaient accompagnés par la liste des antibiotiques les plus efficaces contre l'infection identifiée.
- Certains antibiotiques ne pouvaient être utilisés que pour des problèmes de santé bien définis.

Deux des hôpitaux avaient des formulaires préimprimés que les médecins pouvaient utiliser pour commander des antibiotiques dans certaines situations. Ces formulaires contenaient une liste d'antibiotiques et incluaient des instructions sur la dose et la durée d'utilisation recommandées. Le troisième hôpital n'utilisait pas de formulaires de commande, mais il nous a informés qu'il envisageait de le faire.

Chaque hôpital déterminait lui-même les antibiotiques à utiliser avec circonspection et les restrictions à imposer. Il y avait donc des différences entre les hôpitaux quant aux antibiotiques dont l'usage devait être restreint. Un des hôpitaux a d'ailleurs été incapable de nous fournir une liste complète de ses antibiotiques à usage restreint.

Examen de l'utilisation réelle des antibiotiques

Tous les hôpitaux visités assuraient un certain suivi des antibiotiques utilisés, mais aucun d'eux ne disposait d'un système d'information lui permettant d'analyser les habitudes de prescription de chaque médecin ou les motifs sous-tendant l'utilisation de certains médicaments. Par conséquent, tout examen de l'usage des antibiotiques exige une inspection manuelle exigeante en main-d'œuvre des dossiers des patients. Un hôpital a indiqué qu'il prévoyait de mettre en œuvre un nouveau système d'information pharmaceutique à l'automne 2008. Ce système devrait notamment permettre de déterminer de façon plus efficace, plus efficiente et plus rapide si les antibiotiques utilisés sont appropriés.

Un hôpital faisait un examen mensuel de l'utilisation de certains antibiotiques. Cet examen servait à déterminer si les antibiotiques étaient utilisés de façon appropriée et si un spécialiste — par exemple, un spécialiste des maladies infectieuses — avait approuvé l'antibiotique au besoin. L'hôpital ne faisait pas de résumé annuel des résultats de ces examens. Nous avons jeté un coup d'œil aux procès-verbaux des réunions de son comité des antibiotiques et ceux-ci indiquaient que la plupart des antibiotiques étaient utilisés de façon appropriée. Il y avait toutefois des cas d'utilisation non conforme aux restrictions imposées par l'hôpital et des cas dans lesquels le bien-fondé de l'utilisation était douteux — même si l'hôpital affirmait que ses pharmaciens assuraient un suivi quotidien des antibiotiques consommés par chaque patient. L'hôpital

disait tenir des séances d'information et discuter de l'usage inapproprié des antibiotiques avec certains chirurgiens, ce qui avait entraîné une diminution de l'usage de l'antibiotique qui inquiétait l'hôpital.

Un autre hôpital a commencé à examiner l'usage des antibiotiques en avril 2007. Dans son analyse de février 2008, il soulignait les liens évidents entre l'usage accru des antibiotiques en hiver et l'incidence d'ERV et de *C. difficile*, en plus d'identifier quatre antibiotiques qui semblaient faire l'objet d'une grande utilisation. Au moment de notre vérification, l'hôpital prévoyait d'approfondir ces questions.

Le troisième hôpital a indiqué qu'il faisait un examen trimestriel de certains antibiotiques. Il ne consignait toutefois pas les résultats de ces examens. Le personnel hospitalier a observé qu'on avait fait une utilisation excessive de deux antibiotiques à usage restreint vers la fin de 2007, mais que l'utilisation de ces antibiotiques avait diminué à la suite de discussions entre les spécialistes en maladies infectieuses de l'hôpital.

Pour faciliter l'utilisation appropriée des antibiotiques, un hôpital était en train de rédiger, et un autre venait de finaliser, un guide des antibiotiques à l'intention du personnel médical. Ce guide doit aider le personnel à déterminer le meilleur antibiotique à utiliser dans certaines situations. Le troisième hôpital nous a dit qu'il prévoyait d'adopter un guide semblable préparé par un autre hôpital.

Le Ministère a indiqué qu'il avait financé un sondage sur l'utilisation des antibiotiques par les hôpitaux au printemps 2008. Le sondage a été réalisé par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, un organisme sans but lucratif. Nous croyons comprendre que le questionnaire d'enquête incluait des questions sur les antibiotiques à usage restreint, le programme de gestion des antibiotiques de l'hôpital, et les mesures préconisées par l'hôpital pour contrôler l'utilisation des antibiotiques. Le Ministère ne savait pas encore

exactement à quelle date il recevrait les résultats du sondage. Ces résultats devraient révéler les approches actuellement suivies par les hôpitaux pour contrôler l'utilisation des antibiotiques. Ils devraient aussi aider à identifier les pratiques exemplaires à adopter pour une utilisation judicieuse des antibiotiques, que le Ministère pourra partager avec les hôpitaux.

RECOMMANDATION 3

Pour aider à prévenir les organismes résistant aux antibiotiques et réduire la susceptibilité des patients à certaines infections d'origine hospitalière, les hôpitaux doivent :

- de concert avec les groupes médicaux concernés, établir des pratiques favorisant l'identification cohérente des antibiotiques dont ils devraient restreindre l'utilisation et envisager de mettre en œuvre les pratiques exemplaires recommandées par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (une fois qu'elles seront disponibles);
- envisager de mettre en œuvre des systèmes électroniques de distribution des médicaments pour surveiller l'utilisation réelle des antibiotiques et déterminer si les pratiques de prescription des médecins sont appropriées;
- de concert avec les RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, partager les pratiques exemplaires qu'ils ont développées, par exemple les guides d'utilisation judicieuse des antibiotiques.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivaient généralement à la recommandation. Un hôpital a dit qu'il travaillait à l'élaboration d'un programme de gestion

des antibiotiques afin d'améliorer les pratiques de prescription et l'utilisation générale des antibiotiques. Il a toutefois souligné que les médecins étaient régis par des ordres professionnels et qu'il était difficile pour les hôpitaux de contrôler les antibiotiques prescrits à chaque patient. Un autre hôpital a indiqué qu'il avait commencé à intégrer son système d'information pharmaceutique à ses autres systèmes de gestion des données afin de mieux surveiller l'utilisation des antibiotiques, et qu'il avait élaboré un nouveau formulaire et de nouvelles lignes directrices sur l'utilisation des antibiotiques. Le troisième a reconnu la nécessité de systèmes efficaces de suivi électronique — capables de surveiller l'utilisation globale des antibiotiques, les tendances générales et l'utilisation qui en est faite par chaque médecin — afin d'effectuer des analyses comparatives et de permettre aux hôpitaux de mettre l'accent sur les écarts imprévus. Il a également convenu que le choix du type d'antibiotique, sa dose et sa durée d'utilisation devaient faire l'objet d'un examen au niveau de chaque patient. Cet hôpital a déclaré que les examens au niveau de chaque patient constituaient un aspect important de la gestion des antibiotiques et devaient être subventionnés par le Ministère. Il était d'avis que les renseignements tirés de ces examens aideraient beaucoup plus à réduire le risque de contracter le C. difficile ou d'autres organismes résistant aux antimicrobiens que la simple surveillance des tendances générales cernées par les systèmes électroniques. À sa connaissance, il n'existait ni normes canadiennes permettant de déterminer si les antibiotiques sont utilisés de façon appropriée, ni données repères ou comparateurs lui permettant de mesurer le succès de son programme de gestion des antimicrobiens. Cet hôpital favorisait aussi un mécanisme formel visant à encourager l'innovation et la

mise en commun des pratiques exemplaires afin d'améliorer l'utilisation des antibiotiques. Il a toutefois souligné que les pratiques exemplaires étaient souvent développées par les grands hôpitaux d'enseignement et qu'elles n'étaient pas toujours applicables dans les petits hôpitaux. Il était d'avis qu'il devrait y avoir des incitatifs pour encourager les hôpitaux de toutes tailles à partager leurs pratiques exemplaires.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les RLISS s'emploieront avec les réseaux régionaux de lutte contre les infections à partager les pratiques exemplaires avec tous les fournisseurs de services de santé.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) a entrepris un examen de l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux de l'Ontario pour le compte du Ministère, et il s'attend à produire un rapport complet à l'automne 2008. Ce rapport guidera le système de soins de santé dans l'établissement de pratiques exemplaires pour l'utilisation judicieuse des antibiotiques, qui fait actuellement l'objet d'un certain nombre de documents et de lignes directrices sur les pratiques exemplaires disponibles auprès d'organismes professionnels de tout le Canada. Le Ministère mettra ces pratiques exemplaires à la disposition des fournisseurs, notamment en travaillant avec les organismes de réglementation des différents professionnels de la santé.

SURVEILLANCE

Le CCPMI définit la surveillance comme étant la collecte, la compilation et l'analyse systématiques des données, avec diffusion rapide des informations aux responsables afin qu'ils puissent prendre les mesures qui s'imposent. Le CCPMI souligne qu'il existe des preuves concluantes établissant un lien entre la mise en place d'un système de surveillance et la réduction des taux d'infection. La surveillance est particulièrement utile pour vérifier l'efficacité des programmes de prévention et de lutte contre les infections. La surveillance des IOH est généralement assurée par des professionnels qui ont reçu une formation spécialisée en prévention et lutte contre les infections ou par les épidémiologistes de l'hôpital. Tous les hôpitaux visités avaient des professionnels en prévention des infections.

Les recommandations publiées par le CCPMI et d'autres organismes relativement à la surveillance des IOH comprennent ce qui suit :

- Les systèmes de surveillance des hôpitaux doivent définir clairement tous les « éléments de données », c'est-à-dire préciser ce que le système surveille et compte. Cela permet de s'assurer que l'information recueillie est cohérente, exacte et reproductible.
- Les hôpitaux doivent établir un mécanisme pour suivre le nombre de cas de *C. difficile*, de SARM et d'ERV confirmés par le laboratoire. Ils doivent analyser l'information recueillie de façon continue afin de déterminer leurs taux d'infection et de cerner les tendances signalant la nécessité de prendre des mesures correctives, par exemple par la sensibilisation du personnel ou la modification des pratiques.
- Les hôpitaux doivent définir des indicateurs de base pour la surveillance des IOH à l'échelle provinciale et en rendre compte chaque année. Ils doivent aussi coordonner la surveillance des indicateurs de base à l'échelle régionale.

Définition des « infections d'origine hospitalière »

D'après le document sur les pratiques exemplaires en matière de lutte contre le *C. difficile* que le CCPMI a diffusé en novembre 2007, une infection peut être qualifiée d'infection d'origine hospitalière :

- si elle n'était pas présente au moment de l'admission — c'est-à-dire si les symptômes ont commencé à se manifester plus de 72 heures après l'admission; ou
- si elle était présente au moment de l'admission mais qu'elle est liée à une admission antérieure dans le même établissement remontant à quatre semaines ou moins.

Nous avons remarqué que deux des hôpitaux utilisaient cette définition pour assurer le suivi de leurs cas de *C. difficile*. En avril 2008, le troisième hôpital a fait passer de deux à quatre semaines le délai d'acquisition des infections liées à une admission antérieure afin de se conformer à la définition du CCPMI. Les taux d'infection à *C. difficile* des trois hôpitaux visités n'étaient donc pas comparables au moment de notre vérification.

Le CCPMI ne définissant pas clairement les infections « d'origine hospitalière » dans le cas du SARM et de l'ERV, nous avons constaté que les hôpitaux visités utilisaient différentes définitions du SARM et de l'ERV d'origine hospitalière. Il était donc impossible de comparer les taux d'IOH calculés par les trois hôpitaux. Par exemple :

- Deux hôpitaux considéraient le SARM et l'ERV comme des infections d'origine hospitalière lorsqu'elles survenaient plus de 72 heures après l'admission. Le troisième fixait ce délai à plus de 48 heures après l'admission.
- Un hôpital comptait comme infection d'origine hospitalière toute infection liée à une admission antérieure remontant à deux mois ou moins. Un autre hôpital fixait ce délai à 12 mois. Le troisième n'avait pas de délai précis — il comptait sur le jugement de ses

professionnels en prévention des infections pour déterminer si l'infection contractée par un patient réadmis était d'origine hospitalière.

En juillet 2008, le Ministère a diffusé une définition des infections à *C. difficile* d'origine hospitalière, qui est conforme à la définition du CCPMI et qui doit être utilisée dans les rapports publics. Nous croyons comprendre que le Ministère diffusera également des définitions pour les infections à SARM et ERV d'origine hospitalière. Or, très peu de directives précises ont été fournies pour ces deux organismes résistants aux antibiotiques. En ce qui concerne les autres IOH, en juin 2008, date où nous avons terminé notre travail de vérification dans les trois hôpitaux, le CCPMI a publié un document sur les pratiques exemplaires contenant des directives générales en matière de surveillance. Il définissait les infections nosocomiales comme étant des infections qui surviennent durant la période commençant plus de 48 à 72 heures après l'admission et se terminant 10 jours après la sortie de l'hôpital.

Établissement des mécanismes de suivi

Dans son rapport final en date de décembre 2006, la Commission sur le SRAS faisait remarquer que les normes de surveillance de certains hôpitaux ontariens étaient insuffisantes et non obligatoires. C'est pourquoi elle recommandait d'établir des normes adéquates et de les rendre obligatoires.

Les professionnels en prévention des infections des hôpitaux visités étaient généralement responsables de la collecte des données liées aux infections. Nous avons remarqué que cette tâche prenait beaucoup de temps parce que les systèmes d'information des hôpitaux n'appuyaient pas les activités de surveillance. Par exemple, dans deux des hôpitaux, les professionnels en prévention des infections ont dû examiner de nombreux documents (dont des rapports de laboratoire) pour trouver des preuves d'infection et compiler les résultats (au lieu de

pouvoir télécharger électroniquement l'information pertinente).

Les hôpitaux peuvent mener des enquêtes de prévalence afin de déterminer l'étendue des infections à SARM et ERV. Ces enquêtes impliquent le prélèvement d'échantillons auprès de tous les patients de certaines unités pour qu'un laboratoire puisse confirmer la présence d'une infection. Étant donné le plus grand nombre de patients testés, le taux d'infection calculé pour l'hôpital est généralement plus élevé qu'il le serait sans les données de l'enquête.

Tous les hôpitaux visités avaient mené des enquêtes de prévalence. Leurs professionnels en prévention des infections en déterminaient la date et la fréquence. Un hôpital a aussi effectué des enquêtes de prévalence dans différentes unités à tour de rôle. Il estimait que ces enquêtes lui avaient permis d'identifier 10 % des cas d'infection à SARM d'origine hospitalière en 2007.

Certaines interventions chirurgicales ne nécessitant pas un long séjour à l'hôpital, les infections du champ opératoire se manifestent souvent après la sortie du patient. Si le patient en question se fait traiter ailleurs, l'hôpital qui a pratiqué l'intervention chirurgicale ne pourra pas accéder aux dossiers pertinents parce que les systèmes d'information des hôpitaux ne sont pas reliés entre eux. Par conséquent, les hôpitaux comptent généralement sur les patients, les chirurgiens ou d'autres organismes (par exemple, les Centres d'accès aux soins communautaires) pour les informer lorsqu'un patient contracte une infection du champ opératoire. Les taux d'infection peuvent sembler plus faibles qu'en réalité si l'hôpital n'est pas informé en conséquence.

Tous les hôpitaux visités assuraient un suivi plus ou moins rigoureux de certaines infections du champ opératoire. Nous avons remarqué qu'un des hôpitaux surveillait les infections associées à un vaste éventail de chirurgies, y compris tous les cas de chirurgie générale, orthopédique, urologique

et gynécologique. Un autre hôpital surveillait les infections liées aux chirurgies vasculaires et à certaines chirurgies du dos, ainsi que les infections cardiaques pour un autre établissement sur place. Le troisième surveillait les infections associées aux arthroplasties de la hanche et du genou et aux césariennes.

Nous avons remarqué que la durée et l'exhaustivité de la surveillance après la sortie du patient, ainsi que le type et l'intensité de la surveillance, variaient selon l'hôpital. Soins de santé plus sécuritaires maintenant! recommande de surveiller les infections contractées par les patients jusqu'à 30 jours après l'intervention. Deux des hôpitaux visités se conformaient à cette recommandation. Le troisième demandait au patient de lui signaler les symptômes d'infection pouvant apparaître après sa sortie de l'hôpital en lui renvoyant un formulaire conçu à cette fin. Les professionnels en prévention des infections de deux hôpitaux faisaient une analyse plus approfondie pour repérer les cas d'infection du champ opératoire. Dans un hôpital, ils examinaient une liste des motifs d'admission pour déterminer si l'admission était liée à une infection contractée à la suite d'une chirurgie antérieure. Dans l'autre, ils cherchaient à savoir pourquoi les patients avaient visité le service des urgences afin d'obtenir la même information.

Les taux d'infection du champ opératoire variaient considérablement entre les hôpitaux, mais ils n'étaient pas comparables parce que les hôpitaux n'utilisaient pas le même type ni la même quantité d'informations pour déterminer ces taux. Par exemple, un hôpital — qui surveillait les infections associées aux césariennes avant et après la sortie des patientes — a constaté que son taux d'infection triplait lorsqu'il incluait les données recueillies dans le cadre de la surveillance assurée après la sortie.

Analyse des données sur les infections et mesures correctives

Réduction des taux d'infection

Le but ultime est d'éliminer les IOH, mais les hôpitaux visités ont indiqué qu'il n'y avait pas vraiment de moyen pratique d'arriver à cette fin. Un objectif plus réalisable serait de maintenir les IOH en deçà d'un taux maximum cible ou de les réduire dans une certaine mesure. Le Royaume-Uni s'est fixé de tels objectifs — par exemple, en novembre 2004, le secrétaire d'État pour la Santé a annoncé qu'il comptait réduire les taux d'infection à SARM de moitié avant 2008 et, en 2008, il a déclaré que ces taux avaient baissé d'environ 49 % depuis l'exercice 2003-2004.

Avant d'établir de telles cibles, il est utile pour les hôpitaux de comparer leurs taux à ceux d'autres établissements de soins de santé. Cette comparaison peut indiquer à l'hôpital qu'il doit réduire davantage ses taux d'infection. Le CCPMI a noté que les hôpitaux devaient employer des méthodes de surveillance semblables pour pouvoir comparer leurs taux d'infection.

Un des problèmes associés à la comparaison des données sur les taux d'infection réside dans le fait qu'une grande partie de l'information disponible sur les IOH n'est pas basée sur des données récentes, n'est pas spécifique à l'Ontario et ne s'applique qu'à certains types d'hôpitaux, comme les hôpitaux d'enseignement. Un autre problème associé à la comparaison des données, dont deux des hôpitaux visités nous ont fait part, est la répugnance des autres hôpitaux à faire connaître leurs taux d'infection.

L'Ontario n'a pas établi de taux maximums cibles à l'échelle de la province pour les IOH. Les hôpitaux visités ont établi de telles cibles en se fondant sur les données repères disponibles, mais les cibles variaient d'un hôpital à l'autre. Par exemple :

- Deux hôpitaux basaient leur taux maximum cible pour les infections à *C. difficile* sur les données recueillies en 1997 dans le cadre

du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) (une cinquantaine d'hôpitaux dans neuf provinces, dont l'Ontario, communiquent volontairement leurs données au PCSIN). Le troisième fondait son taux maximum cible sur la moyenne des taux réellement enregistrés dans certains hôpitaux d'enseignement de l'Ontario en 2003.

- Un hôpital comparait ses propres données sur les taux d'infection à SARM enregistrés entre 2000 et 2002 à ses taux actuels pour établir le taux maximum cible. Un autre comparait ses taux actuels aux taux moyens déclarés par le PCSIN en 1999, qui incluaient les infections d'origine hospitalière et les autres infections que les patients avaient déjà contractées au moment de l'admission. Le troisième comparait ses taux aux résultats des recherches de 2003 dans quatre hôpitaux de l'Ontario. Nous avons appris que cet hôpital prévoyait d'établir son taux maximum cible en fonction de ses propres taux antérieurs.
- Deux hôpitaux ont déclaré que le taux maximum cible pour l'ERV devrait être nul. Le troisième a utilisé la moyenne des taux réellement enregistrés dans certains hôpitaux d'enseignement de l'Ontario en 2003.

Nous avons obtenu les taux d'IOH de 2007 (année civile) que chaque hôpital avait déterminés en fonction de ses propres politiques. La Figure 5 compare ces taux au taux maximum cible de l'hôpital. Nous avons remarqué que les hôpitaux dépassaient leurs taux maximums cibles pour certaines IOH. Un hôpital a d'ailleurs indiqué qu'il révisait périodiquement ses taux maximums cibles à la baisse afin d'encourager une amélioration continue. Un autre avait établi le taux maximum cible à zéro pour l'ERV parce qu'il n'y avait de données repères appropriées pour cette IOH.

Tous les hôpitaux visités avaient des données sur leur taux d'infection global des dernières années

Figure 5 : Fourchette des moyennes réelles et des taux maximums tolérables cibles des trois hôpitaux pour des IOH choisies, 2007

Source des données : hôpitaux vérifiés

IOH	Nombre de cas/10 000 jours-patients		Nombre d'hôpitaux dépassant leur cible
	Taux moyens réels	Taux maximums cibles	
<i>C. difficile</i>	3.75-4.6	3.8-9.5	0 of 3
SARM	3.9-5.8	1.7-4.3	3 of 3
ERV	0.07-5.0	0-1	3 of 3

Note : Chaque hôpital établit sa propre méthodologie et ses propres objectifs de collecte des données.

et pouvaient utiliser cette information pour cerner les tendances. Il nous ont dit que, lorsque leurs taux d'IOH dépassaient substantiellement leurs taux normaux (par exemple, en cas d'écllosion), ils faisaient enquête afin de déterminer les mesures à prendre, par exemple un nettoyage plus fréquent des chambres et de l'équipement.

Infections du champ opératoire

Les hôpitaux visités avaient des taux maximums cibles différents pour les infections du champ opératoire. Cependant, ils prévoyaient tous de réduire leur taux d'infection du champ opératoire de 50 %, comme le recommande *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Comme les hôpitaux en étaient encore aux premières étapes de la mise en œuvre de cette recommandation, ils ne pouvaient pas encore mesurer les changements dans leur taux d'infection.

Soins de santé plus sécuritaires maintenant! recommande de fournir aux chirurgiens des données sur les infections du champ opératoire contractées après leurs interventions, pour les aider à déterminer l'impact des nouvelles pratiques. Deux des trois hôpitaux visités calculaient systématiquement les taux d'infection du champ opératoire par chirurgien. L'un d'eux fournissait cette information à chaque chirurgien et discutait des enjeux liés

à la prévention des infections avec le chirurgien concerné et le chef du service de chirurgie. L'autre hôpital ne pouvait pas prouver qu'il fournissait cette information aux chirurgiens, mais il nous a dit que son comité de prévention des infections en discutait. Le troisième a affirmé qu'il recueillait des données sur les infections du champ opératoire associées à chaque chirurgien mais qu'il ne faisait pas d'analyse formelle des données par chirurgien. L'hôpital a toutefois ajouté qu'il examinait informellement les taux d'infection par chirurgien et qu'il discutait des enjeux avec le chirurgien au besoin.

Détermination de l'impact sur les patient

L'impact des IOH sur les patients peut être plus ou moins grave. Les cas graves peuvent nécessiter une intervention chirurgicale ou avoir des effets négatifs à long terme sur la santé. Dans les cas les plus graves, les IOH peuvent causer la mort. Selon le CCPMI, les patients porteurs de SARM ou d'ERV doivent souvent passer plus de temps à l'hôpital. Il a aussi été démontré que l'incidence de mortalité des patients infectés par le SARM était plus élevée.

Le CCPMI recommande aux hôpitaux d'analyser leurs données sur les infections et de prendre les mesures correctives nécessaires, mais il ne leur demande pas expressément de suivre l'impact des IOH sur les patients. Et l'Ontario n'a pas de données sur l'impact des IOH à l'échelle de la province. En fait, nous avons vu peu de rapports publics sur les conséquences des IOH pour les patients dans la plupart des administrations. Par exemple, un rapport daté de janvier 2008 sur les IOH à Terre-Neuve-et-Labrador concluait que le gouvernement ne savait pas combien de décès les IOH avaient causés dans la province.

Le Royaume-Uni publie certains rapports sur les décès attribuables au SARM et au *C. difficile*.

Le PCSIN a examiné les données recueillies sur le *C. difficile* par 34 hôpitaux canadiens entre le 1er novembre 2004 et le 30 avril 2005 et constaté ce qui suit :

- Un pour cent (1 %) des patients infectés par le *C. difficile* ont subi une colectomie;
- Deux pour cent (2 %) des patients infectés par le *C. difficile* ont été admis au service de soins intensifs pour cette raison;
- Quinze pour cent (15 %) des patients infectés par le *C. difficile* sont morts, près de 40 % de ces décès étant directement ou indirectement attribuables au *C. difficile*.

Au moment de notre vérification, le PCSIN menait une étude semblable fondée sur les données de mars et avril 2007.

Un des hôpitaux visités suivait les conséquences graves des infections à *C. difficile* et un autre a participé à l'étude des données de mars et avril 2007 par le PCSIN, qui suivait elle aussi les résultats. Un de ces hôpitaux nous a dit qu'il n'avait pas connu d'infections à *C. difficile* aux conséquences graves en 2007. L'autre hôpital a relevé un total de 39 cas d'infection à *C. difficile* au cours de la période de deux mois. Neuf de ces cas avaient été contractés dans un autre établissement de soins de santé. Un patient a dû être admis au service des soins intensifs, un autre a dû subir une colectomie, et cinq patients sont décédés en conséquence directe ou indirecte du *C. difficile*.

Le troisième hôpital ne suivait pas les conséquences des infections à *C. difficile* pour les patients mais il prévoyait de le faire.

Certains résultats ont été déclarés par suite des éclosions de *C. difficile* survenues dans certains hôpitaux de l'Ontario. Par exemple, 177 cas de *C. difficile* ont été diagnostiqués à l'Hôpital Joseph Brant Memorial entre le 1er mai 2006 et le 31 décembre 2007. Quatre-vingt-onze (91) des patients atteints sont morts, le *C. difficile* ayant causé ou contribué à causer 76 de ces décès. Par ailleurs, le Bureau du coroner en chef a fait enquête sur les 26 décès survenus à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie entre le 1er avril 2006 et le 30 novembre 2006. Le *C. difficile* avait été diagnostiqué chez les patients décédés et le Bureau du coroner en chef

a conclu que le *C. difficile* avait causé ou contribué à causer 18 de ces décès.

Aucun des hôpitaux visités n'avait suivi l'impact du SARM ou de l'ERV sur les patients. Le dossier de chaque patient touché contiendrait toutefois des détails sur l'infection.

Déclaration des résultats

Déclaration aux services de santé publique et à Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Nous avons remarqué que certaines autres administrations exigeaient des hôpitaux qu'ils leur signalent les IOH. Le Québec et le Manitoba, par exemple, exigent de leurs hôpitaux qu'ils leur soumettent des données sur les infections à *C. difficile*. Au Royaume-Uni, les hôpitaux doivent déclarer leurs infections à SARM à l'organisme national de protection de la santé.

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario stipule que les hôpitaux doivent présenter des renseignements sur certaines maladies, dont la tuberculose et la grippe, à leur service local de santé publique. Les éclosions de *C. difficile* étaient incluses dans les données à déclarer à partir du 1er septembre 2008. En juillet 2008, le Ministère a diffusé des directives sur ce qui constituait une éclosion. Cependant, beaucoup d'autres IOH, comme le SARM et l'ERV, n'ont pas besoin d'être déclarées.

L'entente conclue entre le Ministère et les hôpitaux participant à sa Stratégie de réduction des temps d'attente pour l'exercice 2007-2008 stipule que les hôpitaux doivent « faire le nécessaire en vue de présenter des données » sur les infections du champ opératoire, les infections par cathéter central et la pneumonie sous ventilation assistée à *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM) d'ici le 31 mars 2008. Les hôpitaux devaient informer SSPSM de leurs taux d'infection mensuels pour ces trois types d'infection et de leur conformité à ses recommandations concernant

les pratiques exemplaires à communiquer. Ces pratiques exemplaires sont celles qui produisent des résultats substantiellement améliorés pour les patients lorsqu'elles sont combinées.

Tous les hôpitaux visités participaient à la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère et travaillaient à la présentation des données à SSPSM. L'un d'eux ne prévoyait toutefois pas de soumettre des données sur la pneumonie sous ventilation assistée, parce qu'il s'attendait à participer à un programme semblable par l'entremise de la Collaboration canadienne des soins intensifs (CCSI). Un groupe de médecins œuvrant dans les services de soins intensifs des hôpitaux a institué la CCSI en février 2003 pour promouvoir le partage et la mise en œuvre des pratiques exemplaires dans certains domaines, dont la pneumonie sous ventilation assistée. L'hôpital a indiqué que la CCSI et SSPSM travaillaient à l'harmonisation des exigences en matière de déclaration et à l'élaboration d'un processus de partage des données.

Aux termes de l'entente conclue pour l'exercice 2008 2009, les hôpitaux doivent passer par le Ministère pour communiquer leurs taux d'infection par cathéter central et de pneumonie sous ventilation assistée à SSPSM. Ils doivent aussi recueillir les informations pertinentes sur la réduction des infections du champ opératoire.

Un hôpital a souligné la nécessité de clarifier davantage les exigences en matière de rapports. En effet, les hôpitaux sont tenus de déclarer certaines données aux services locaux de santé publique et au Ministère, mais ils ne savent pas exactement quelles informations sur le contrôle des infections doivent être communiquées directement aux RLSS.

Rapports au public

Aux termes de l'entente conclue entre le Ministère et les hôpitaux qui participent à sa Stratégie de réduction des temps d'attente pour l'exercice 2008 2009, les hôpitaux doivent divulguer publiquement leurs taux d'infection par cathéter central,

d'infection du champ opératoire et de pneumonie sous ventilation assistée sur leurs sites Web avant avril 2009. Un des trois hôpitaux visités affichait déjà ses taux d'infection par cathéter central et de pneumonie sous ventilation assistée sur son site Web.

Deux des hôpitaux visités affichaient des rapports sur les « indicateurs de qualité » sur leurs sites Web. Ces rapports, diffusés quatre fois par année, informent le public du rendement de l'hôpital et de la qualité de ses soins. Ils contiennent des renseignements sur les taux d'infection à *C. difficile*, SARM et ERV d'origine hospitalière (selon la définition donnée à ces IOH par chaque hôpital). Un des hôpitaux a déclaré les taux sous forme de pourcentage du nombre total d'admissions, tandis que l'autre a calculé les taux par 1 000 jours-patients. Il est donc impossible de comparer les chiffres.

Certaines administrations divulguent publiquement leurs taux d'IOH. Le Royaume-Uni, par exemple, produit des rapports régionaux sur les taux d'infection à SARM des hôpitaux depuis 2001. Il divulgue publiquement le nombre de patients infectés par le *C. difficile*, depuis 2004 pour les patients de 65 ans ou plus et depuis 2007 pour ceux âgés de 2 à 64 ans.

Bien que les hôpitaux semblent généralement appuyer la divulgation publique des données sur les « supermicrobes », la plupart d'entre eux ne déclarent pas encore ces données.

En mai 2008, le Ministère a annoncé que tous les hôpitaux devraient présenter des rapports publics sur huit indicateurs de sécurité des patients (voir la section Initiatives du Ministère plus avant dans ce rapport). Dans le cadre de cette initiative, en juillet 2008, le Ministère a défini les infections à *C. difficile* et précisé les circonstances dans lesquelles les éclosions devaient être déclarées. Le Ministère a annoncé que les données relatives aux autres indicateurs de sécurité des patients seraient diffusées dans l'avenir.

La divulgation publique de ces IOH est un pas en avant. Cependant, comme le montrent nos observations, le Ministère devra donner des directives aux hôpitaux afin d'uniformiser la déclaration des données à l'échelle de la province et de garantir ainsi au public que ces données sont comparables et présentées de façon équitable.

RECOMMANDATION 4

Pour améliorer l'efficacité des programmes de prévention et de lutte contre les infections par une surveillance et une déclaration efficaces des taux d'infection d'origine hospitalière, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les hôpitaux, doit :

- s'assurer que les hôpitaux identifient et suivent les infections d'origine hospitalière et les autres indicateurs de sécurité des patients de manière cohérente et comparable, en utilisant des définitions et des méthodes de surveillance standard;
- établir des taux maximums cibles raisonnables pour les infections d'origine hospitalière plus courantes;
- envisager d'inclure les données clés sur les résultats pour les patients dans les rapports publics.

Les hôpitaux doivent aussi informer chaque chirurgien de ses taux d'infection du champ opératoire et discuter avec lui des questions connexes liées à la prévention des infections afin de déterminer les modifications que le chirurgien devrait apporter à ses pratiques.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivaient généralement à la recommandation.

Un hôpital a indiqué que la plupart des activités de surveillance des infections étaient encore manuelles et qu'il fallait mettre en place un système électronique qui permettrait à tous les hôpitaux de recueillir l'information pertinente sur les infections d'origine hospitalière avec exactitude et rapidité. L'hôpital était d'avis que l'absence d'un tel système risquait de compromettre d'autres volets importants du contrôle des infections (par exemple, la formation du personnel et la vérification des pratiques) en raison du temps requis pour recueillir manuellement l'information requise. Il a ajouté que la surveillance devrait être axée sur l'analyse et la déclaration des données en temps opportun et dans un format qui aidera les utilisateurs à apporter des améliorations. L'hôpital a en outre souligné la nécessité d'établir des taux maximums cibles ou d'autres données repères pour les infections d'origine hospitalière, par rapport auxquels les hôpitaux pourront mesurer leur rendement. Il convient que les hôpitaux devraient informer les chirurgiens de leurs taux d'infection du champ opératoire, ce qu'il fait déjà.

Un autre hôpital a observé que les infections d'origine hospitalière devaient faire l'objet d'un suivi cohérent et que les taux repères devaient être divulgués afin d'encourager des changements positifs. Il a ajouté que, comme les activités de surveillance et de déclaration étaient très exigeantes en main-d'œuvre, les hôpitaux auraient besoin de ressources additionnelles à cette fin. L'hôpital craignait qu'un manque de ressources ne nuise à la qualité des données produites.

Le troisième hôpital a indiqué qu'il adopterait les définitions existantes du Ministère et du CCPMI pour les infections d'origine hospitalière et qu'en août 2008, il avait — en collaboration avec son Centre d'accès aux soins

communautaires — élaboré un formulaire standard pour le suivi des infections du champ opératoire à l'échelle de son Réseau local d'intégration des services de santé. Il a ajouté qu'il s'attendait à informer chaque chirurgien de ses taux d'infection du champ opératoire à compter de l'automne 2008.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les RLISS appuient non seulement la recommandation 2 sur l'inclusion des taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains par type de travailleur de la santé dans les données devant faire l'objet d'une divulgation publique, mais aussi la présentation publique des renseignements clés sur la santé, dont les données sur les infections d'origine hospitalière avec les mesures du rendement et les résultats pour les patients.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation et il a mis en place le principe de la divulgation publique pour les indicateurs clés. En préparation pour la déclaration des données sur le premier indicateur, qui est le taux de maladie associée à C. difficile, le Ministère, avec l'aide d'experts en prévention des infections, a élaboré des définitions et des mécanismes de collecte standard. Cela permettra d'uniformiser l'établissement des rapports et des tendances à l'échelle de la province et, en fin de compte, de produire des données repères qui pourront être utilisées pour faire des comparaisons entre les hôpitaux. Le Ministère suivra la même démarche pour les autres indicateurs à divulguer publiquement. Il compte inclure des données ponctuelles sur les principaux résultats dans les rapports publics.

RETRAITEMENT DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

L'équipement médical réutilisable, dont les instruments chirurgicaux, doit être nettoyé de façon appropriée, ainsi que désinfecté ou stérilisé entre les patients afin de prévenir les infections. Ce processus est appelé « retraitement ». La première étape du retraitement est le nettoyage de l'équipement, qui vise à éliminer les matières organiques telles que le sang et les tissus. Si la pièce n'est pas bien nettoyée, les matières organiques qui restent peuvent protéger les organismes laissés sur l'équipement et rendre inefficace le processus de désinfection ou de stérilisation.

Les procédures de retraitement suivies dépendent de l'utilisation prévue de l'équipement et du risque d'infection associé à cette utilisation. Le système de classification suivant, d'utilisation courante, a été mis au point aux États-Unis :

- Les dispositifs médicaux critiques tels que les instruments chirurgicaux doivent être stérilisés. La stérilisation prévient la transmission des maladies en tuant tous les microbes, y compris les spores.
- Les dispositifs médicaux semi-critiques, comme les colonoscopes servant aux examens internes, peuvent faire l'objet d'une désinfection de haut niveau, mais il est préférable de les stériliser.
- Les pièces non critiques, comme les brassards de tensiomètre et les bassins, doivent être nettoyées et/ou désinfectées avec un désinfectant à faible niveau d'activité.

Les pratiques exemplaires de nettoyage, de désinfection et de stérilisation publiées par le CCPMI en avril 2006 sont basées sur les exigences en matière de retraitement de l'Association canadienne de normalisation, les lignes directrices en matière de prévention des infections de l'Agence de la santé publique du Canada, et les pratiques exemplaires consignées dans la littérature médicale.

Les pratiques exemplaires pour le retraitement de l'équipement médical comprennent ce qui suit :

- les politiques et procédures écrites pour le retraitement de chaque type d'équipement médical selon les normes actuellement reconnues (comme les recommandations des fabricants), y compris où, comment et par qui l'équipement médical doit être retraité;
- valider la propreté, la stérilité et la fonctionnalité de l'équipement retraité;
- assurer une surveillance continue des procédures de retraitement afin d'en assurer la qualité, en plus de prévoir un processus pour régler les préoccupations.

Politiques et procédures de retraitement

Aucun des hôpitaux visités ne vérifiait ses procédures de retraitement à intervalles périodiques afin d'en assurer la conformité aux instructions du fabricant ou à la politique de l'hôpital. Les hôpitaux nous ont toutefois informés qu'ils procédaient à des examens informels ou à des vérifications ponctuelles pour s'assurer que leur personnel accomplissait correctement certaines tâches.

Nous avons prélevé un échantillon de pièces d'équipement désinfectées et stérilisées pour déterminer si les procédures de retraitement étaient conformes aux instructions du fabricant de l'équipement, aux instructions du fabricant du stérilisateur ou à la politique de l'hôpital, selon le cas. Nous avons constaté que le personnel désinfectait l'équipement médical exigeant une désinfection de haut niveau pour au moins la période recommandée par le fabricant. Nous avons toutefois remarqué que, pour 6 % d'un échantillon de pièces à stériliser, le personnel n'effectuait pas la stérilisation conformément aux instructions du fabricant ou à la politique de l'hôpital. Par exemple :

- Le personnel stérilisait un jeu d'instruments chirurgicaux pour une période plus courte que celle recommandée par le fabricant. Selon le

personnel hospitalier, lorsque nous l'avons informé de cette erreur, l'hôpital l'a portée à l'attention de son comité de la qualité des soins. En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*, nous n'avons pas accès aux renseignements qui sont recueillis par un comité de la qualité des soins ou produits pour un tel comité uniquement ou principalement afin de l'aider à exercer ses fonctions. Nous n'avons donc pas pu vérifier si l'erreur avait été rectifiée — on nous a toutefois assuré que le chirurgien et le patient concernés avaient été avisés en conséquence.

- Le personnel a stérilisé un cystoscope — qui permet d'accéder à la vessie ou de la visualiser — pour une période plus courte que celle recommandée par le fabricant du stérilisateur. L'hôpital n'a pas pu déterminer sur quel patient le cystoscope avait été utilisé parce qu'il ne consigne pas le numéro de série du cystoscope utilisé dans le dossier du patient. Après notre vérification, l'hôpital a examiné un échantillon de procédures de stérilisation des cystoscopes appliquées durant la période visée, mais il n'a pas trouvé d'erreurs semblables.
- Le personnel a soumis à une désinfection de haut niveau un cystoscope qui, selon la politique de l'hôpital et les pratiques exemplaires du CCPMI, aurait dû être stérilisé. Le personnel hospitalier ne savait pas exactement comment cela s'était produit mais il a indiqué que l'erreur faisait l'objet d'une enquête. Il a également fait remarquer que la politique de l'hôpital était conforme aux pratiques exemplaires du CCPMI, mais que la désinfection de haut niveau correspondait aux exigences minimales du fabricant.

Étant donné l'importance du retraitement de l'équipement pour la santé des patients, les hôpitaux doivent mettre en place un processus formel

de surveillance ou de vérification afin de repérer les erreurs comme celles mentionnées plus haut et de déterminer les modifications à apporter aux procédures pour éviter que les mêmes erreurs ne se reproduisent.

Les instructions des fabricants pour le retraitement de certains nouveaux types d'équipement médical stipulent souvent des périodes de stérilisation plus longues que le cycle standard de trois à quatre minutes. Le Groupe consultatif scientifique sur le retraitement des matériels médicaux de Santé Canada (un groupe composé d'experts en prévention et contrôle des infections et en traitement stérile des matériels médicaux, qui fournit des conseils scientifiques et techniques sur les questions actuelles et nouvelles liées au retraitement) a noté en octobre 2006 que les fabricants recommandaient jusqu'à 10 cycles prolongés différents allant de 5 à 40 minutes. Les hôpitaux doivent s'assurer que le personnel modifie les paramètres du stérilisateur en fonction du cycle recommandé pour chaque type de matériel médical, ce qui peut faire augmenter le risque d'erreur humaine. Le Groupe a donc recommandé en 2006 d'uniformiser la durée des cycles de stérilisation recommandés par les différents fabricants d'équipement médical et de réduire le nombre de cycles de durée différente au minimum. Or, des cycles standard de stérilisation n'ont pas encore été établis.

Deux des trois hôpitaux visités utilisaient quatre ou cinq cycles de stérilisation préétablis. Ils stérilisaient des instruments pour la prochaine période plus longue si les instructions du fabricant ne correspondaient pas aux cycles standard de l'hôpital. Le personnel d'un de ces hôpitaux a indiqué qu'il utilisait un cycle de 10 minutes pour environ 95 % des instruments — même si beaucoup de ces instruments exigeaient seulement un cycle de stérilisation de trois ou quatre minutes. Les employés des deux hôpitaux ont mentionné que le fait de stériliser ces instruments pour une période plus longue que celle recommandée pouvait raccourcir leur durée de

vie prévue, mais qu'il n'avait pas remarqué d'effet nuisible jusqu'ici. Dans le troisième hôpital, le personnel avait l'habitude de modifier les réglages du stérilisateur en fonction des instructions des fabricants pour le type d'instrument traité.

Validation de la stérilité de l'équipement

En plus d'examiner l'imprimé du stérilisateur qui indique la température et la durée du cycle de stérilisation, les hôpitaux utilisent deux méthodes pour s'assurer que le retraitement donne les résultats escomptés. La première consiste à utiliser des indicateurs et des intégrateurs chimiques. Les indicateurs chimiques sont utilisés pour les cycles de stérilisation de trois ou quatre minutes et changent de couleur pour indiquer que les conditions de stérilisation ont été atteintes. Ils ne permettent cependant pas de vérifier si l'équipement même est stérile. Les indicateurs chimiques sont placés dans les parties les plus difficiles à atteindre du plateau pour instruments médicaux. La vapeur doit pénétrer toutes les parties du plateau pour pénétrer les indicateurs ainsi placés. Lorsque les indicateurs changent de couleur, le personnel sait que les conditions de stérilisation — c'est-à-dire la pénétration par la vapeur — ont été atteintes pour tout le plateau d'instruments. Les intégrateurs chimiques fonctionnent de la même façon que les indicateurs chimiques, sauf qu'ils sont utilisés pour les cycles de stérilisation plus longs, comme ceux de dix minutes.

La deuxième méthode consiste à utiliser des indicateurs biologiques. Ces indicateurs utilisent une matière biologique pour vérifier l'efficacité réelle du processus de stérilisation, qui est censé tuer tous les microbes, y compris les spores. Si la matière biologique dans l'indicateur est tuée, l'indicateur ne change pas de couleur, ce qui signifie que le processus de stérilisation a été efficace. Le personnel utilise des indicateurs biologiques pour le premier plateau d'équipement de la journée

afin de s'assurer que le stérilisateur fonctionne bien. Comme les indicateurs biologiques mesurent l'efficacité réelle, le personnel les utilise aussi pour tous les plateaux contenant des dispositifs implantables tels que les prothèses de hanche.

Maintenant que les fabricants recommandent des cycles de stérilisation prolongés pour certains nouveaux types d'équipement, le Groupe consultatif scientifique sur le retraitement des matériels médicaux recommande aux fabricants de développer des indicateurs chimiques et biologiques pour les cycles prolongés. Par exemple, pour contrôler de façon efficace un cycle de stérilisation à la vapeur de dix minutes, l'indicateur biologique doit contenir une matière biologique capable de survivre les dix minutes nécessaires au stérilisateur pour la tuer. Or, il n'existe pas d'indicateurs biologiques ou chimiques, et peu d'intégrateurs chimiques, pour les cycles de stérilisation de plus de trois ou quatre minutes. Un des hôpitaux visités utilisait des intégrateurs chimiques pour contrôler son cycle de stérilisation de dix minutes. Le personnel hospitalier a fait remarquer que ces intégrateurs représentaient la meilleure façon de contrôler le cycle de stérilisation de dix minutes mais que leur coût était deux fois et demi plus élevé que celui des indicateurs chimiques. Les deux autres hôpitaux visités utilisaient des indicateurs chimiques pour tous les plateaux, quelle que soit la durée du cycle de stérilisation. Ils nous ont dit qu'ils n'utilisaient pas d'intégrateurs chimiques parce que ceux-ci n'étaient pas disponibles pour tous leurs cycles de stérilisation..

Surveillance du retraitement

Rappel des instruments mal retraités

Selon le stérilisateur utilisé, il doit s'écouler une période d'incubation de 3 à 48 heures avant que le personnel puisse lire les indicateurs biologiques et déterminer si le processus de stérilisation a été efficace. Comme l'équipement médical peut

déjà avoir été réutilisé au moment où l'indicateur montre qu'il n'a pas été stérilisé avec succès, les hôpitaux doivent avoir un système leur permettant de rappeler l'équipement et d'aviser les chirurgiens et les patients, au besoin, des mesures à prendre pour prévenir les infections. En 2006, le Groupe consultatif scientifique sur le retraitement des matériels médicaux a recommandé aux établissements de soins de santé de mettre en œuvre un processus de suivi des instruments. Le CCPMI, quant à lui, recommande que les établissements de soins de santé surveillent l'utilisation des endoscopes — un instrument qui permet au chirurgien de visualiser l'intérieur du patient. Les hôpitaux doivent notamment inscrire le numéro d'identification de l'endoscope dans le dossier du patient afin de pouvoir trouver tous les patients qui ont été en contact avec un instrument mal retraité. Les hôpitaux peuvent alors aviser ces patients et leurs chirurgiens de l'erreur et du risque d'infection possible. Tous les hôpitaux visités utilisaient un système pour assurer le suivi des endoscopes, mais l'un d'eux nous a informés qu'il n'inscrivait pas le numéro d'identification de l'endoscope dans le dossier du patient, comme il était censé le faire.

Un des hôpitaux visités disposait d'un système de suivi des instruments médicaux. Ce système surveillait l'emplacement de chaque jeu d'instruments et permettait à l'hôpital d'identifier les patients qui avaient été en contact avec certains instruments. Les deux autres hôpitaux n'avaient pas de système de suivi des instruments, mais ils reconnaissaient l'utilité de savoir quels instruments avaient été utilisés sur quels patients.

Réutilisation des matériels à usage unique

La fabrication et l'utilisation des matériels à usage unique, ou matériels jetables, ont connu une certaine expansion depuis les années 1970, surtout en raison des progrès technologiques, particulièrement dans l'industrie des plastiques. Dans certains cas, les fabricants commercialisent un dispositif

comme étant à usage unique parce qu'ils n'ont pas déterminé s'il pouvait être réutilisé sans danger.

Les matériels à usage unique comprennent les pièces peu coûteuses — comme les seringues et les sondes de drainage — ainsi que des articles plus chers — comme les cathéters d'angioplastie (tube souple muni d'un « ballon » gonflable à son extrémité) et les pinces à biopsie. Dans les années 1980, certains hôpitaux ont commencé à nettoyer, à stériliser et à réutiliser certains matériels à usage unique et à coût élevé.

Dans un de ses rapports, Santé Canada se disait préoccupé par les risques pour la santé associés à la réutilisation des matériels à usage unique. Ces risques comprennent la transmission possible de maladies et la possibilité que le matériel cesse de bien fonctionner. Comme les matériels à usage unique sont censés être utilisés une seule fois, les fabricants ne sont pas tenus de fournir des renseignements sur les modalités de nettoyage et de désinfection ou stérilisation.

Plusieurs administrations canadiennes ont publié des directives sur la réutilisation des matériels à usage unique :

- En 1999, le Manitoba a donné pour instruction à ses hôpitaux de ne plus réutiliser les instruments jetables à « contact critique » (ceux qui entrent en contact avec le flux sanguin ou une cavité corporelle stérile).
- Les Territoires du Nord-Ouest ont enjoint à leurs établissements de soins de santé de ne plus réutiliser le matériel à usage unique à compter de 2005,
- En mars 2006, le CCPMI de l'Ontario a décrété que seules les sociétés de retraitement agréées (qui sont toutes aux États-Unis) pouvaient retraiter les instruments médicaux jetables de type critique et semi-critique. Il est interdit aux hôpitaux de retraiter eux-mêmes les instruments et de les réutiliser.
- La Colombie-Britannique a stipulé qu'à compter du 1er janvier 2008, seul un tiers

autorisé agréé par une autorité de réglementation nationale pouvait retraiter les instruments jetables à contact critique. Toutes les régies de la santé doivent éliminer le retraitement et la réutilisation de ces instruments.

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a prescrit des règlements contrôlant le retraitement des matériels médicaux à usage unique, qui sont entrés en vigueur en août 2000. Ces règlements assujettissent les hôpitaux et les tiers retraiteurs aux mêmes exigences en matière de système qualité que les fabricants. En janvier 2004, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a recommandé :

- aux hôpitaux de ne pas retraiter les matériels médicaux à usage unique critiques ou semi-critiques;
- à Santé Canada de réglementer les pratiques des tiers retraiteurs;
- aux hôpitaux de recourir aux services de tiers retraiteurs régis par la FDA jusqu'à l'entrée en vigueur de la réglementation canadienne.

En février 2005, le Groupe consultatif scientifique sur le retraitement des matériels médicaux a recommandé d'autoriser la réutilisation des matériels à usage unique seulement si celle-ci est réglementée par Santé Canada. Or, dans son examen d'octobre 2007, Santé Canada concluait qu'elle n'avait pas le pouvoir de réglementer le retraitement des instruments médicaux jetables par des hôpitaux ou des tiers. Cette responsabilité relève plutôt des provinces et territoires.

En février 2008, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (un organisme sans but lucratif financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour fournir des conseils et des informations, fondées sur les données probantes, sur l'efficacité des médicaments et d'autres technologies de la santé) a dévoilé les résultats du sondage réalisé auprès des hôpitaux de soins actifs canadiens au sujet du retraitement et de la réutilisation des

matériels à usage unique. L'Agence a constaté que 16 % des 92 hôpitaux répondants de l'Ontario, et 28 % des 398 hôpitaux répondants de tout le Canada, rejetaient les matériels à usage unique. En outre, 60 % des hôpitaux ontariens qui rejetaient les matériels à usage unique assuraient eux-mêmes le retraitement au lieu de faire appel à un tiers retraiteur agréé, comme le recommande le CCPMI. Le personnel des hôpitaux visités nous a dit qu'il ne réutilisait pas les matériels à usage unique critiques ou semi-critiques.

RECOMMANDATION 5

Pour aider à prévenir la transmission des infections d'origine hospitalière :

- les hôpitaux doivent surveiller ou vérifier périodiquement l'efficacité des processus en place pour s'assurer que l'équipement médical est désinfecté et stérilisé de façon appropriée;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée — de concert avec les hôpitaux, l'Association canadienne de normalisation et Santé Canada — doit s'employer avec les fournisseurs d'équipement médical à créer des cycles de stérilisation standard ainsi que les indicateurs biologiques et indicateurs ou intégrateurs chimiques nécessaires pour assurer l'efficacité de ces cycles;
- les hôpitaux doivent mettre en œuvre un système de suivi de l'équipement médical qui leur permet de rappeler l'équipement mal stérilisé et d'aviser les chirurgiens et les patients concernés des risques d'infection possibles;
- les hôpitaux, de concert avec le Ministère, doivent s'assurer que, comme le recommande le CCPMI, les matériels à usage unique critiques et semi-critiques ne sont pas réutilisés à moins d'avoir été nettoyés puis désinfectés ou stérilisés par un fournisseur de services agréé.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivaient généralement à la recommandation.

Un hôpital a fait remarquer que les hôpitaux étaient tenus de vérifier eux-mêmes leurs pratiques de retraitement à intervalles périodiques et, en avril 2008, a institué des vérifications mensuelles du fonctionnement du matériel de nettoyage et de stérilisation, des plateaux stériles, des chariots et des rapports d'incidents. Il appuyait aussi les vérifications occasionnelles prescrites par la province, comme celle décrétée par le Ministère en 2003 pour évaluer la réutilisation des articles à usage unique, parce qu'elles offrent une autre occasion d'examiner et d'améliorer les pratiques et aident à responsabiliser les hôpitaux. Un autre hôpital a fait observer qu'il faisait un examen trimestriel de l'efficacité de ses pratiques de retraitement.

En ce qui concerne le suivi du matériel médical utilisé sur chaque patient, un hôpital a indiqué qu'il avait déjà un système de suivi en place, et un autre a dit qu'il examinait un tel système. Le troisième a remarqué que les hôpitaux de l'Ontario n'avaient pas tous les ressources financières requises pour se procurer un système de suivi informatisé et que le Ministère et/ou les RLISS devraient affecter des fonds à la mise en œuvre d'un tel système parce que le budget global des hôpitaux ne pouvait pas absorber les coûts d'immobilisations et de fonctionnement connexes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Depuis la publication en 2006 du document du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) intitulé Best Practices for Cleaning, Disinfecting and Sterilization, un certain nombre d'initiatives ont été prises, dont plusieurs vidéoconférences visant à examiner

les recommandations du document, une fiche de renseignements, et une demande présentée par le sous-ministre et le directeur général de l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour que les hôpitaux examinent leurs procédures de stérilisation et y intègrent les recommandations du CCPMI. Les conseils d'administration et le personnel des hôpitaux jouent un rôle clé dans la prévention, la gestion et le contrôle des maladies infectieuses.

Le Ministère est représenté au sein du comité sur le retraitement de l'Association canadienne de normalisation (CSA) et il participe à la for-

mulation de ses recommandations. Il portera les recommandations figurant dans le rapport du vérificateur général à l'attention de ce comité. Le CSA est à mettre à jour ses lignes directrices, dont la version révisée devrait être publiée en 2009. Le Ministère participe aussi à l'examen, par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), de la réutilisation des matériels à usage unique. Les lignes directrices du CCPMI seront mises à jour une fois que les résultats de cet examen seront connus et que d'autres informations seront fournies par la CSA, l'ACMTS et d'autres sources.

Annexe — Détails des initiatives du CCPMI et du Ministère

DOCUMENTS SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

Le CCPMI a rédigé les documents sur les pratiques exemplaires énumérés ci-après. Ces documents intègrent les normes applicables d'organismes tels que l'Association canadienne de normalisation et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que les recommandations tirées de la littérature médicale.

- *Best Practices for Cleaning, Disinfection and Sterilization* (pratiques exemplaires en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation) (mars 2006, révisé en avril 2006) — met l'accent sur l'équipement médical, y compris les instruments chirurgicaux.
- *Prévention des maladies respiratoires fébriles* (septembre 2005, révisé en août 2006) — comprend des directives sur la détection et la localisation des grappes et des épidémies d'infections respiratoires courantes, comme la grippe.
- *Best Practices for Infection Prevention and Control of Resistant Staphylococcus aureus and Enterococci* (prévention et lutte contre les infections au staphylocoque doré et aux entérocoques résistants) (mars 2007) — propose des moyens de prévenir la transmission du SARM et de l'ERV et donne des conseils sur la gestion des patients infectés par ces bactéries.
- *Best Practices Document for the Management of Clostridium difficile in all health care settings* (pratiques exemplaires de gestion du *Clostridium difficile* dans tous les établissements de soins de santé) (décembre 2004, révisé en novembre 2007) — propose des

moyens d'identifier les grappes de *C. difficile*, d'en prévenir la transmission et de gérer les patients infectés.

- *Best Practices for Hand Hygiene* (mai 2008) (pratiques exemplaires d'hygiène des mains) — explique quand, pourquoi et comment le personnel hospitalier devrait se laver les mains.
- *Best Practices for Surveillance of Health Care-Associated Infections in Patient and Resident Populations* (pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections acquises dans les établissements de soins de santé chez les patients et les résidents) (juin 2008) — propose des moyens d'assurer le suivi et la surveillance des infections associées aux soins de santé.
- *Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario* (Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario) (septembre 2008) — comprend des directives sur les ressources humaines et les compétences requises pour un programme de prévention et de lutte contre les infections, ainsi que sur les activités particulières à prévoir.

Au moment de notre vérification, le CCPMI s'attendait par ailleurs à publier des documents sur les pratiques exemplaires en matière de nettoyage au début de 2009.

PROJETS DES COMPÉTENCES DE BASE

En réponse au Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario, rédigé en 2004 par le Dr David Walker et l'Opération Protection de la santé du Ministère, le CCPMI et le Ministère ont préparé du matériel didactique afin d'améliorer la formation du personnel de première ligne en matière de prévention des infections. Au printemps 2007, le Ministère et le CCPMI ont élaboré trois modules

éducatifs (pratiques courantes de prévention des infections; hygiène des mains; chaîne de transmission des infections). Ces modules ont été affichés sur le site Web du Ministère à l'intention des professionnels des soins de santé, et le Ministère a offert des vidéoconférences et des séances de « formation du formateur » pour aider les hôpitaux à former leur personnel. Selon le Ministère, d'autres modules seront préparés sur des sujets tels que le retraitement des instruments médicaux et la santé et sécurité au travail.

PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE L'HYGIÈNE DES MAINS

Un des moyens les plus efficaces de prévenir les IOH est de s'assurer que les travailleurs de la santé pratiquent une bonne hygiène des mains (c'est-à-dire qu'ils utilisent un désinfectant à base d'alcool ou du savon et de l'eau pour se laver les mains). En mars

2006, le Ministère et l'Agence de la santé publique du Canada ont tenu un atelier sur les enseignements à tirer des sommités mondiales — comme l'Organisation mondiale de la Santé et des experts de tout le Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni — au sujet des programmes qui entraînent des changements durables dans les pratiques d'hygiène des mains. Les participants à l'atelier ont également discuté des moyens à prendre pour adapter ces programmes à l'Ontario. Le Ministère s'est fondé sur cet atelier pour élaborer le Programme d'hygiène des mains, qu'il a mis à l'essai dans des unités choisies de dix hôpitaux ontariens entre décembre 2006 et août 2007. Le Ministère nous a informés qu'entre avril et juin 2008, il avait, de concert avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, organisé des séances de formation à l'intention des hôpitaux sur les modalités de mise en œuvre de son Programme d'hygiène des mains.



Bureau du vérificateur général de l'Ontario

20 rue Dundas Ouest
Case 105, 15^e étage
Toronto, ON
M5G 2C2

www.auditor.on.ca

ISBN 978-1-4249-7836-6 (imprimé)

ISBN 978-1-4249-7837-3 (PDF)