Étude sur les mesures de prévention et de contrôle du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) appliquées dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec

2009

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec

Étude sur les mesures de prévention et de contrôle du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) appliquées dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec

2009

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Septembre 2010

Institut national
de santé publique
Québec

AUTEUR

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN-SARM)

RÉDACTEURS

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

Isabelle Rocher, Institut national de santé publique du Québec

Josée Massicotte, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Anne Fortin, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie Gourdeau, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) – Pavillon Hôpital Enfant-Jésus

Rodica Gilca, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Goulet, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Andrée Larose, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Hôpital Saint-Luc

Brigitte Lefebvre, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Moisan, Centre régional du Grand-Portage

Et les membres du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ)

MISE EN PAGES

Sonia Beaugendre, Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1er TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-61024-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-61025-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

FAITS SAILLANTS

Le taux de participation à l'étude fut excellent, 90 % des centres sollicités ont complété le questionnaire. Ces centres hospitaliers (90 % des CH et 96 % des CHU) représentent 86 % des lits de courte durée au Québec.

Au moment de l'étude, soit entre juin et septembre 2009, on dénombre 193 professionnels en prévention des infections correspondant à 177 équivalents temps plein (ETC), soit 2 fois plus qu'en 2004.

Quatre-vingt-trois des 84 centres hospitaliers (99 %) ont un protocole de dépistage du SARM à l'admission.

Le dépistage ciblé de la clientèle à l'admission selon les facteurs de risques recommandés sont appliqués dans plus de 90 % des hôpitaux. Cependant, on constate que 45 % des centres appliquent des mesures de dépistages universel à leur clientèle à l'admission ce qui est non conforme avec les recommandations de 2006.

La mesure ayant connu la plus grande amélioration à la suite de la parution des lignes directrices de 2006, est le dépistage en cours d'hospitalisation. C'est maintenant 94 % des hôpitaux qui ont un protocole de dépistage en cours d'hospitalisation comparativement à 53 % en 2004. Cependant, les politiques de dépistage en cours d'hospitalisation demeurent sous optimales dans les unités de soins intensifs ou lors du diagnostic d'un nouveau cas sur une unité de soins.

Bien qu'il soit clairement démontré l'importance de réaliser des activités de surveillance des processus c'est-à-dire d'évaluer l'application des mesures de prévention, nous constatons que seulement 24 % des centres ont réalisé un audit interne portant sur l'application des mesures de dépistage dans leur installation au cours de la dernière année.

Pour ce qui est de l'application des précautions additionnelles recommandées, seulement 44 % des centres hospitaliers ont évalué l'observance de l'hygiène des mains parmi leur personnel au cours des douze mois précédant l'étude. Cela représente toutefois une amélioration comparativement en 2004.

Le regroupement des cas porteurs de SARM dans une unité de soins dédiée ou dans une section d'une unité de soins avec ou sans personnel dédié semble encore difficile à instaurer puisque la mise en place de cette mesure est semblable à ce qui était observé en 2004 (65 % en 2009 comparativement à 59 %).

Le fait marquant de cette étude est que 58 % des centres hospitaliers avaient un taux de prévalence de patients porteurs de SARM (colonisés ou infectés) de moins de 5 % parmi leur clientèle hospitalisé au moment de l'étude. Il est important de souligner que ces centres présentent un taux moyen d'incidence des bactériémies à SARM parmi les plus bas, une moyenne plus élevé de prélèvements pour dépistages par séjour hospitalier et que 73 %

d'entre eux admettent les patients identifiés porteurs de SARM dans une cohorte sur une unité de soins distincte ou dans une section d'unité.

Quatre-vingt-quinze pourcents (95 %) des centres hospitaliers calculent périodiquement (annuellement ou périodiquement) leur incidence d'acquisition du SARM et diffusent ces données de surveillance aux gestionnaires de leur établissement.

Finalement, 92 % des répondants ont mentionné avoir de l'intérêt à participer à un programme provincial de surveillance du SARM qui inclurait la surveillance de tous les nouveaux cas de SARM (colonisés et infectés) d'acquisition nosocomiale.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **V**

INTRODUCTION **1**

MÉTHODE **3**

1 RÉSULTATS **5**

1.1 Ressources en prévention des infections 5

1.2 Activités de surveillance pour identifier les réservoirs 6

1.2.1 Dépistage du SARM 6

1.2.2 Nombre de prélèvements pour dépistages 8

1.2.3 Point de prévalence de porteurs de SARM 9

1.2.4 Sites anatomiques pour le dépistage 10

1.2.5 Application des mesures de dépistage 10

1.3 Mesures de prévention et de contrôle 11

1.3.1 Précautions additionnelles de contact 11

1.3.2 Cohorte de cas et unité dédiée 11

1.3.3 Mesures spécifiques 12

1.3.4 Formation du personnel 12

1.3.5 Autres stratégies de réduction du réservoir 12

1.3.6 Durée des précautions additionnelles de contact 13

1.4 Ressources et surveillance 13

1.4.1 Répartition du temps de travail en prévention du SARM 13

1.4.2 Analyse, interprétation et utilisation des données de surveillance 14

1.5 Laboratoire 15

DISCUSSION **17**

CONCLUSION **19**

RÉFÉRENCES **21**

ANNEXE 1 RÉSUMÉ DES MESURES RECOMMANDÉES POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU SARM ET LEUR MISE EN PRATIQUE DANS LES CH DU QUÉBEC **23**

ANNEXE 2 EXEMPLAIRE DU QUESTIONNAIRE **27**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Description des centres participants 5

Tableau 2 Comparaison des ressources en PCI entre 2004 et 2009 5

Tableau 3 Comparaison des ressources en PCI entre CH et CHU 6

Tableau 4 Comparaison du nombre de prélèvements pour dépistages entre CH et CHU (n = 62) selon nombre d'admissions pour l'année 2008-2009 (1er avril 2008 au 31 mars 2009) 9

Tableau 5 Distribution de la prévalence du SARM parmi la clientèle hospitalisée en fonction de la vocation (CH/CHU), du taux d'incidence de bactériémie à SARM, du nombre de dépistages et du % de centres avec cohorte..... 9

Tableau 6 Comparaison du temps consacré à la prévention du SARM entre 2004 et 2009 (n = 82)..... 13

INTRODUCTION

Les centres hospitaliers (CH) du Québec ont connu une augmentation importante des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans leur population hospitalisée au début des années 2000. Or, depuis 2003, un programme de surveillance des infections invasives à *S. aureus* converti en 2006 en un programme provincial de surveillance des souches de *S. aureus* isolées des hémocultures, permet de suivre l'évolution des bactériémies à SARM d'origine nosocomiale, ou non dans 85 centres hospitaliers du Québec. Cette surveillance provinciale a démontré une diminution de 20 % des bactériémies nosocomiales à SARM, entre 2006 et 2008 (passant de 335 à 270 bactériémies), période pour laquelle l'identification du lieu d'acquisition était faite. Quoique l'identification du lieu d'acquisition ne fût pas faite en 2004, on note une diminution de 38 % de l'ensemble des bactériémies à SARM, dont la majorité était d'origine nosocomiale de 2004 à 2008.

Les récentes études et données épidémiologiques ont démontré la nécessité de découvrir le réservoir asymptomatique de patients hospitalisés, réservoir qui est une source importante de transmission du SARM.

De plus, la surveillance des bactériémies ne représente qu'une partie du fardeau des SARM au Québec puisque les patients colonisés ou ayant un autre type d'infection n'y sont pas comptabilisés. Idéalement, la surveillance provinciale devrait être élargie à tous les nouveaux cas de SARM d'acquisition nosocomiale. Par ailleurs, les sondages antérieurs ont démontré des variations dans l'application locale de ces mesures, notamment dans les pratiques de dépistage ce qui influe nécessairement sur le nombre de cas détectés.

Depuis 2006, les établissements de santé ont accès à un guide de prévention et de contrôle des infections à SARM qui a été mis à jour par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Ces lignes directrices sont basées sur une approche plus intensive que celle préconisée en 2000 pour la prévention et le contrôle des infections à SARM. Les recommandations visent principalement à définir les précautions additionnelles de contact, et les stratégies de dépistage et de cohortage de patients porteurs du SARM afin d'en diminuer la transmission intra hospitalière.

C'est dans ce contexte que le Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) SARM a entrepris une étude auprès des professionnels en prévention et contrôle des infections. Les objectifs de cette étude sont de :

- Dresser le portrait de l'application des mesures de prévention et de contrôle en fonction des lignes directrices du CINQ, version 2006;
- Documenter l'évolution entre 2004 et 2009 de l'application des mesures de prévention et de contrôle;
- Documenter les ressources en PCI (nombre, ratios et proportion du temps consacré aux activités de prévention et du contrôle du SARM) et les ressources en laboratoire (ressources humaines et matérielles, accès et méthodes de dépistage du SARM et de confirmation de la résistance);
- Documenter la réceptivité par les professionnels en PCI à participer à un programme provincial de surveillance des cas de SARM nosocomiaux.

MÉTHODE

Un questionnaire standardisé basé sur celui de 2004 a été envoyé à tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant près de 1 000 admissions ou plus par année. Dans chacun des centres, un questionnaire devait être complété par un ou une professionnelle en prévention et contrôle des infections. L'envoi s'est effectué en juin 2009 et deux rappels ont été effectués en juillet 2009, le premier par la voie d'un courriel, le second par téléphone. Le questionnaire comprenait 35 questions et sa collecte fut complétée en septembre 2009.

Le calcul des ressources en prévention des infections a respecté les ratios sur le nombre d'infirmières dédiées à la prévention des infections nosocomiales en rapport avec le nombre de lits dressés au 31 mars 2009 à savoir : un équivalent temps plein (ETC) infirmière pour 100 lits de soins généraux et spécialisés (SGS) pour les établissements ayant une désignation de centre hospitalier universitaire (CHU); un équivalent temps plein (ETC) infirmière pour 133 lits de soins généraux et spécialisés (SGS) pour les établissements sans désignation universitaire; un équivalent temps plein (ETC) infirmière pour 250 lits de soins psychiatriques et de soins de longue durée aux adultes; pour une installation ayant moins de 10 % de ses lits dédiés à une mission autre que la mission principale, le ratio de la mission principale a été appliqué pour ces lits.

Les nombres d'admissions et de jours-présence de même que les taux d'incidence ont été exportés du programme de surveillance provinciale des bactériémies à *S. aureus*. Une analyse descriptive (proportion, moyenne, écart) a été réalisée sur l'ensemble des données.

Les résultats seront présentés sous forme de tableaux décrivant le pourcentage de centres qui effectuent les mesures de prévention et contrôle selon qu'elles soient recommandées (vert), considérées (jaune) ou non retenues (rouge) dans les lignes directrices des mesures de prévention et contrôle des infections à SARM. Les résultats 2009 sont comparés avec les résultats du sondage 2004, lorsque disponibles.

1 RÉSULTATS

Parmi les 93 centres sollicités, 85 ont participé dont 84 (90 %) ont complété le questionnaire et ceux-ci avaient aussi participé au sondage de 2004. Un centre n'a répondu qu'aux questions se rapportant au nombre de lits et de ressources en prévention et contrôle des infections. En excluant la psychiatrie et les soins de longue durée, ces 85 centres hospitaliers regroupaient 15 320 lits de soins de courte durée soit 86 % de ces lits au Québec. Vingt-quatre (28 %) centres avaient une vocation universitaire (tableau 1). Le centre universitaire non participant est de taille moyenne (100 à 250 lits) et est situé dans la région de Montréal. Les autres centres non participants sont répartis dans plusieurs régions socio-sanitaires; trois sont de petite taille (moins de 100 lits), trois sont de taille moyenne (100 à 250 lits) et un centre a plus de 250 lits.

Tableau 1 Description des centres participants

Type de CH	Nb de répondants	Nb de lits de soins de courte durée			
		Total	Moyenne	Médiane	Étendue
CH (n = 68)	61	7 839	129	86	(24 à 450 lits)
CHU (n = 25)	24	7 481	312	330	(34 à 378 lits)

Les résultats sur les ressources en prévention des infections regroupent 85 centres hospitaliers. Les résultats sur les activités de surveillance, les mesures de prévention et de contrôle ainsi que les ressources en PCI et en laboratoires regroupent les 84 centres ayant complété le questionnaire.

1.1 RESSOURCES EN PRÉVENTION DES INFECTIONS

Au moment de l'étude tous les centres étaient pourvus d'un ou une professionnelle en prévention des infections (PPI) comparativement à une proportion de 70 % en 2004 (tableau 2). Quarante-deux centres en ont 2 ou plus. Pour l'ensemble du Québec, on dénombre 193 PPI correspondant à 177 équivalents temps plein (ETC) assignés à la prévention des infections soit 2 fois plus qu'en 2004.

Tableau 2 Comparaison des ressources en PCI entre 2004 et 2009

	2004 (nb CH = 88)	2009 (nb CH = 85)
Nb installations avec PPI	62 (70 %)	85 (100 %)
Nb installations avec ≥ 2 PPI	22	42
Nb PPI	127	193
Nb ETC	86	177

Le tableau 3 présente une analyse détaillée du nombre d'équivalents temps plein en PCI qui a été effectuée en fonction de la vocation du centre, du nombre et du type de lits dressés par installation et selon les normes établies par le ministère. Il est important de noter que les analyses ont été basées uniquement sur le nombre de lits de courte durée de l'installation, excluant les lits de longue durée.

Selon les analyses, 13 des 24 CHU et 45 des 61 CH non universitaires répondent aux normes. Il est important de souligner qu'un plus grand nombre de centres serait en déficit d'ETC si les lits de longue durée dont les infirmières sont responsables avaient été inclus dans les analyses.

Tableau 3 Comparaison des ressources en PCI entre CH et CHU

Vocation du centre	Nb lits courte durée	Nb lits longue durée et psychiatrie	Nb CH (%) avec ratio* ciblés atteint
CH (n = 61)	7 839	7 703	45 (74 %)
CHU (n = 24)	7 481	1 056	13 (54 %)

* Calculé selon les Ententes de gestion, Fiche descriptive des indicateurs, fiche 1.1.11 MSSS, févr. 2009.

1.2 ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE POUR IDENTIFIER LES RÉSERVOIRS

1.2.1 Dépistage du SARM

Quatre-vingt-trois des 84 centres hospitaliers (99 %) ont un protocole de dépistage du SARM à l'admission ce qui se compare à 2004 (96 %). Cependant, la proportion de centres qui a maintenant un protocole de dépistage en cours d'hospitalisation est passée de 53 % en 2004 à 94 % en 2009.

1.2.1.1 Dépistage à l'admission

Tous les patients sont dépistés à l'admission dans 45 % des centres comparativement à 28 % en 2004. Pour les CH faisant du dépistage ciblé, les indications retenues sont :

DÉPISTAGE DES PATIENTS À L'ADMISSION	***% CH***	
MESURES RECOMMANDÉES	***2004***	***2009***
✓ Transfert d'un autre centre hospitalier (séjour > 24 heures);	> 80 %	96 %
✓ Transfert d'un centre des Etats-Unis;	74 %	98 %
✓ Provenant d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée*;	2/3	95 %
✓ Provenant d'un centre ou d'une unité de réadaptation*;	58 %	91 %
✓ Ayant une histoire d'hospitalisation dans un centre hospitalier au cours des trois dernières années (au minimum);	82 %	90 %
✓ Identifiés porteur de SARM.	> 80 %	98 %
MESURES À CONSIDÉRER		
✓ Dialyse;	30 %	61 %
✓ Résidence privée pour personnes âgées*.	52 %	66 %

* Les centres pédiatriques sont exclus.

Les dépistages à l'admission sont effectués autant à l'urgence (82 %) qu'à l'étage (83 %) et un peu moins en clinique préopératoire (74 %).

Les systèmes d'alerte sont plus présents qu'en 2004 :

IDENTIFICATION DU PATIENT PORTEUR DE SARM	***% CH***	
MESURES RECOMMANDÉES	***2004***	***2009***
✓ Alerte via le système informatique;	57 %	88 %
✓ Sinon, autre système d'alerte.	86 %	90 %

1.2.1.2 Dépistage en cours d'hospitalisation

Seulement 3 centres pour adultes affirment n'avoir ni protocole de dépistage en cours d'hospitalisation, ni dépistage selon certains critères. Ils auraient toutefois avantage à en avoir un puisqu'ils ont déclaré un total de 8 patients SARM hospitalisés au moment de l'étude pour un taux de prévalence moyen de 3 %.

Les autres centres dépistent selon les critères suivants :

DÉPISTAGE EN COURS D'HOSPITALISATION	% CH	
MESURES RECOMMANDÉES	***2004***	***2009***
✓ Protocole de dépistage en cours d'hospitalisation;	53 %	94 %
✓ Toute l'unité d'emblée à la suite de l'identification d'un nouveau cas (admis plus de 72 heures);	17 %	49 %
✓ Patients de l'unité des soins intensifs;	Minorité	61 %
✓ Autres unités considérées à risque.	Minorité	30 %
MESURES À CONSIDÉRER		
✓ Durée de séjour, unités spécifiques ou dépistages périodiques;	7-27 %	30 %
✓ Dialyse;	22 %	25 %
✓ Toute l'unité si les patients dans la même chambre ou dans une chambre attenante à un nouveau cas sont positifs (patient admis plus de 72 hres)*.	28 %	24 %
MESURES NON RETENUES		
✓ Au congé.	14 %	19 %

* Cette mesure est recommandée dans le cas où le patient est admis moins de 72 heures.

1.2.1.3 Précautions additionnelles de contact

Sachant que les résultats des dépistages prennent entre 48 et 72 heures avant d'être obtenus, nous avons demandé aux centres quelle était leurs pratiques en attendant le résultat du dépistage.

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES	% CH	
MESURES RECOMMANDÉES	***2004***	***2009***
✓ Isolement des patients connus en attente du résultat de dépistage	--	95 %
✓ Isolement des patients à haut risque	--	74 %
MESURES NON RETENUES		
✓ Isolement de tous les patients	--	4 %

* Ces questions n'ont pas été posées en 2004.

1.2.2 Nombre de prélèvements pour dépistages

Au total, 628 445 prélèvements pour dépistages ont été effectués (tous sites confondus) au cours de l'année précédant l'étude dans les 62 centres (77 % des CH) ayant répondu à la question. Seulement 25 de ces centres pouvaient ventiler leur nombre de dépistages selon qu'ils aient été effectués à l'admission ou en cours d'hospitalisation. Le tableau 4 présente la répartition du nombre moyen de prélèvements selon le type de CH, les nombres d'admissions et de jours-présence déclarés parmi les centres ayant répondu à la question.

Tableau 4 Comparaison du nombre de prélèvements pour dépistages entre CH et CHU (n = 62) selon nombre d'admissions pour l'année 2008-2009 (1er avril 2008 au 31 mars 2009)

Type de CH	Nb d'admissions	Nb de dépistages	Nb moyen dépistages/ séjour hospitalier
CH (n = 46)	221 913	368 988	1,7
CHU (n = 16)	207 377	256 356	1,2

Note : Le nombre moyen de dépistages des CHU est comparable à ceux des CH.

* Séjour hospitalier inclut les dépistages à l'admission et/ou en cours d'hospitalisation.

1.2.3 Point de prévalence de porteurs de SARM

Au moment de l'étude, 724 porteurs de SARM étaient hospitalisés dans les 75 centres hospitaliers qui ont répondu à la question. Pour le calcul du taux de prévalence, nous avons rapporté le nombre de patients porteurs SARM par CH sur le nombre de lits inscrits. Pour le nombre moyen de dépistages par séjour hospitalier, nous avons considéré le nombre de dépistages et le nombre d'admissions annuellement. Leur distribution dans les centres du Québec est présentée au tableau 5.

On note que 58 % (34/59) des centres ont un taux de prévalence de patients porteurs SARM (colonisés ou infectés) de 5 % et moins, parmi leur clientèle 32 % (19/59) des centres ont un taux de prévalence se situant entre 5-10 % et que 9 % (6/59) des centres ont un taux de prévalence de plus de 10 %. La distribution du taux de prévalence pour les CH est semblable à celui des CHU.

Tableau 5 Distribution de la prévalence du SARM parmi la clientèle hospitalisée en fonction de la vocation (CH/CHU), du taux d'incidence de bactériémie à SARM, du nombre de dépistages et du % de centres avec cohorte

% patients porteur SARM parmi la clientèle hospitalisée	% CH (n = 43)	% CHU (n = 16)	Taux moyen d'incidence des bactériémies à SARM/10 000 jp	Nb dépistages par séjour hospitalier*	% CH avec cohorte
0–5 %	60	50	0,33	1,6	73**
> 5-10 %	28	44	0,51	1,5	64
> 10 %	12	6	0,54	1,3	50

* Séjour hospitalier inclut les dépistages à l'admission et/ou en cours d'hospitalisation.

** Différences non significatives entre les groupes.

Il est important de souligner que les centres ayant les taux de prévalence du SARM les plus bas (0–5 %) ont :

- une incidence de bactériémie à SARM parmi les plus basses,
- un nombre moyen de dépistages par admission, le plus élevé,
- un pourcentage plus élevé de cohorte quoique statistiquement non significatif.

1.2.4 Sites anatomiques pour le dépistage

SITES ANATOMIQUES POUR LE DÉPISTAGE	*% CH*	
MESURES RECOMMANDÉES	***2004***	***2009***
✓ Nez;	Majorité	100 %
✓ Plaie non cicatrisée ou avec écoulement;	Majorité	89 %
✓ Pourtour de stomies*.	---	70 %
MESURES À CONSIDÉRER		
✓ Expectorations;	55 %	68 %
✓ Région péri-anale.	28 %	21 %
MESURES NON RETENUES		
✓ Urine.	71 %	68 %

* Cette question n'a pas été posée en 2004.

1.2.5 Application des mesures de dépistage

Au cours de la dernière année, 21 centres (24 %) ont évalué l'application des mesures de dépistage à l'aide d'un audit interne dans leur installation. Des 17 centres qui ont fourni leurs données, on obtient un taux d'observance moyen de 89 % et une médiane à 93 % (écart 46 à 100 %).

1.3 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE

1.3.1 Précautions additionnelles de contact

Tous les centres hospitaliers appliquent les précautions additionnelles contre la transmission par contact pour un patient porteur de SARM. Le tableau suivant présente l'évolution de l'application des mesures recommandées entre 2004 et 2009.

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES DE CONTACT	*% CH*	
MESURES RECOMMANDÉES	***2004***	***2009***
✓ Isolement de contact	99 %	100 %
✓ Chambre individuelle	91 %	88 %
✓ Sinon regroupement de patients SARM dans une même chambre	73 %	80 %
✓ Gants	94 %	100 %
✓ Blouse à manches longues	89 %	96 %
✓ Masque si infection respiratoire seulement	Majorité	95 %
APPLICATION DES MESURES RECOMMANDÉES	***2004***	***2009***
✓ Dès l'entrée dans la chambre	80 %	90 %
✓ Pour contact direct avec le patient et son environnement	94 %	100 %
MESURES À CONSIDÉRER		
✓ Vêtements de protection pour tous les visiteurs	72 %	85 %
MESURES NON RETENUES		
✓ Masque à moins d'un mètre seulement ROUGE	33 %	4 %
✓ Masque en tout temps ROUGE	32 %	10 %

1.3.2 Cohorte de cas et unité dédiée

La cohorte de cas facilite l'observance des précautions additionnelles de contact. Cette mesure n'est toutefois pas mise en place partout. La présence de cohorte est présente dans les mêmes proportions dans les CH et CHU.

COHORTE ET UNITÉ DÉDIÉE	*% CH*	
MESURES RECOMMANDÉES	***2004***	***2009***
✓ Patients SARM regroupés dans une cohorte	59 %	65 %
✓ Unité de soins dédiée	7 %	20 %
✓ Section d'une unité de soins	47 %	67 %
✓ Cohorte de personnel exclusivement dédié	10 %	19 %
MESURES À CONSIDÉRER		
✓ Cohorte de personnel partiellement dédié	30 %	25 %

1.3.3 Mesures spécifiques

L'observance du personnel à l'hygiène des mains a été documentée dans 37 centres hospitaliers (44 %) au cours de la dernière année soit le double de 2004. Parmi les 29 centres qui ont fourni leur estimation, l'observance fut en moyenne de 43 % (écart 24 à 80 %). En 2004, l'observance était estimée à 53 % (écart 10 à 67 %).

MESURES SPÉCIFIQUES	*% CH*	
MESURES RECOMMANDÉES	*2004*	*2009*
✓ Distributeur de rince-mains antiseptique disponible à l'entrée des chambres;	89 %	98 %
✓ Distributeur de rince-mains antiseptique disponible dans les chambres;	--	43 %
✓ Équipement dédié (stéthoscope, manomètre à pression, thermomètre).	89 %	84 %

* Cette question n'a pas été posée en 2004.

Autres mesures à considérer : au cours de la dernière année, 33 centres (40 %) ont validé si les équipements qui ne peuvent être dédiés sont désinfectés adéquatement entre deux usages. De plus, seulement le tiers des centres qui n'ont pas d'équipement dédié a validé la qualité de désinfection des équipements dans leur centre.

1.3.4 Formation du personnel

Une formation du personnel au regard des mesures de prévention et de contrôle du SARM est recommandée : 86 % des centres offrent maintenant une formation à l'embauche, comparativement à 67 % en 2004 et près de la moitié (46 %) en offre une en cours d'emploi.

1.3.5 Autres stratégies de réduction du réservoir

AUTRES STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LE RÉSERVOIR DU SARM	*% CH*	
MESURES RECOMMANDÉES	*2004*	*2009*
✓ Revue systématique de l'utilisation des antibiotiques	16 %	23 %
✓ Antibiogramme fait lors de l'utilisation du mupirocin nasal	--	24 %
MESURES NON RETENUES		
✓ Décolonisation systématique des patients colonisés	31 %	23 %

* Cette question n'a pas été posée en 2004.

1.3.6 Durée des précautions additionnelles de contact

Les critères utilisés pour cesser l'isolement d'un patient connu SARM en cours d'hospitalisation sont :

DURÉE DE PRÉCAUTION ADDITIONNELLE DE CONTACT	*% CH*	
MESURES RECOMMANDÉES	*2004*	*2009*
✓ Isolement jusqu'au congé	6 %	31 %
✓ Au moment de la réadmission d'un patient porteur SARM, isolement levé après 2 cultures consécutives négatives à 48 heures d'intervalle en l'absence d'antibiotique	--	51 %

* Cette question n'a pas été posée en 2004.

1.4 RESSOURCES ET SURVEILLANCE

1.4.1 Répartition du temps de travail en prévention du SARM

Le pourcentage de temps estimé aux mesures de prévention et de contrôle du SARM en 2009 est comparé à celui de 2004 au tableau 6. Globalement, le temps consacré à la prévention du SARM a diminué légèrement depuis le dernier sondage puisque la proportion des centres qui consacrent plus de la moitié de leur temps est passée de plus de 20 % à 4 % en 2009 cependant 58 % des centres consacrent tout de même entre 10 et 29 % de leur temps à cette tâche.

Tableau 6 Comparaison du temps consacré à la prévention du SARM entre 2004 et 2009 (n = 82)

% temps estimé à la prévention du SARM	2004	2009
10–29 %	25 %	58 %
30–49 %	25 %	29 %
≥ 50 %	> 20 %	4 %

1.4.2 Analyse, interprétation et utilisation des données de surveillance

Au total 78 centres (93 %) calculent les taux d'incidence de SARM pour leur centre hospitalier. Parmi ceux-ci, voici les données utilisées pour le calcul des taux et l'utilisation qu'ils en font.

DONNÉES DE SURVEILLANCE	*% CH*
MESURES RECOMMANDÉES	
✓ Numérateur : colonisés et infectés	92 %
✓ Dénominateur : jours-présence	96 %
✓ Calcul du taux par période	97 %
✓ Calcul du taux par unité de soins	38 %
✓ Retour d'information sur les taux d'incidence :	
o Unités de soins	68 %
o Gestionnaires hospitaliers	77 %
o CMDP	64 %
o Hygiène et salubrité	50 %
o Comité de direction	85 %
o Comité d'administration	81 %

Finalement, nous avons voulu savoir si les centres hospitaliers participants à la surveillance des bactériémies à SARM participeraient à un programme de surveillance provinciale de tous les cas de SARM nosocomiaux si celui-ci leur était proposé.

PROGRAMME DE SURVEILLANCE DE TOUS LES CAS DE SARM	*% CH*
✓ Favorable	92 %
o Surveillance avec données agrégées (ex. : *C. difficile*)	88 %
o Surveillance cas par cas (moins de 10 variables par cas)	32 %

1.5 LABORATOIRE

La disponibilité des ressources de laboratoire humaines et matérielles est suffisante, tel que rapportées par les professionnels en PCI dans 80 % et 85 % des CH respectivement et de façon à assurer l'accès au dépistage 7 jours par semaine dans 81 % des CH. Les méthodes utilisées pour le dépistage du SARM, tel que rapportées par les professionnels en PCI sont présentées dans le tableau suivant.

LABORATOIRE	*% CH*
MESURES RECOMMANDÉES	***2009***
✓ Ressources humaines et financières suffisantes	80 %
✓ Ensemencer sur milieu gélosé chromogénique	70 %
✓ Épreuves de PCR (*Polymerase Chain Reaction*) (directement ou sur bouillon) sur les échantillons	23 %
MESURES NON RETENUES	
✓ Usage du milieu sélectif à base de mannitol	12 %

Pour confirmer la résistance des *S. aureus* provenant d'échantillons cliniques réguliers, 52 % utilisent la méthode de diffusion en gélose (Kirby Bauer) avec la céfoxitine, 39 % des centres utilisent une méthode CMI automatisée, un autre 38 % utilisent une méthode sur gélose (*Agar screen*) et 34 % utilisent l'agglutination au latex de la PBP-2'. Un peu plus de 22 % des centres utilisent une des méthodes suivantes : E-test, la méthode de diffusion en gélose (Kirby Bauer) avec l'oxacilline. En tout, 6 centres utilisent les épreuves de PCR pour confirmer la résistance du *S. aureus*.

Tel que recommandé, une épreuve de sensibilité à la clindamycine sur les souches de SARM est effectuée dans 65 des 78 centres (83 %) qui ont répondu à la question.

DISCUSSION

Le taux de participation à l'étude fut excellent, 90 % des centres sollicités ont complété le questionnaire. Ces centres hospitaliers (90 % des CHSGS et 96 % des CHU) représentent 86 % des lits de courte durée au Québec.

Les équivalents temps plein infirmière en PCI ont doublé passant de 86 à 177 ETC et elles sont présentes dans tous les établissements comparativement à 70 % en 2004.

En 2004, près de 75 % des centres avaient un protocole de dépistage à l'admission alors que la proportion est actuellement de plus de 99 %. Les politiques de dépistage à l'admission respectent relativement bien les critères recommandés de dépistage des patients. Il est tout de même surprenant de constater que 45 % des centres hospitaliers procèdent au dépistage universel de la clientèle à l'admission, alors que cette mesure ne fait pas partie des recommandations de 2006. Tel que mentionné dans le document de 2006, la stratégie de dépistage universel à l'admission retenue par un centre hospitalier doit être évaluée périodiquement selon la situation épidémiologique locale afin d'évaluer les coûts et les bénéfices d'une telle pratique.

- La mesure ayant connu la plus grande amélioration par rapport aux lignes directrices de 2006, est le dépistage en cours d'hospitalisation. C'est maintenant 94 % des hôpitaux qui ont un protocole de dépistage en cours d'hospitalisation comparativement à 53 % en 2004. Cependant, les mesures de dépistage de la clientèle en cours d'hospitalisation demeurent sous-optimales. Seulement 49 % des centres vont procéder au dépistage de SARM de l'ensemble des patients admis sur la même unité de soins qu'un patient identifié porteur de SARM plus de 72 heures après son admission et non isolé. Alors que l'indication pour le dépistage des patients hospitalisés aux soins intensifs est bien établie, ce n'est que 61 % des centres qui dépistent cette clientèle;
- Il est encore difficile d'évaluer l'intensité des activités de dépistage dans les centres hospitaliers puisque seulement 25 des centres pouvaient ventiler leur nombre de dépistages selon qu'ils aient été effectués à l'admission ou en cours d'hospitalisation;
- Bien qu'il soit clairement démontré l'importance de réaliser des activités de surveillance des processus, c'est-à-dire de réviser l'application des mesures de prévention, nous constatons que seulement 24 % des hôpitaux ont réalisé un audit portant sur l'application du protocole de dépistage de la clientèle dans leur installation au cours de la dernière année;
- Les précautions additionnelles de contact recommandées sont suivies par l'ensemble des établissements;
- Le regroupement des cas porteurs de SARM dans une cohorte dans une unité de soins dédiée ou dans une section d'une unité de soins avec ou sans personnel dédié semble encore difficile à instaurer puisque le taux de conformité à cette recommandation est semblable à ce qui était observé en 2004 (65 % en 2009 comparativement à 59 % en 2004);

- 23 % font une décolonisation systématique alors que ce n'est pas indiqué;
- Bien que deux fois plus d'établissements aient affirmé avoir procédé à des audits internes sur l'hygiène des mains comparativement à 2004, seulement 44 % des centres hospitaliers ont évalué l'observance de l'hygiène des mains parmi leur personnel au cours des douze mois précédant l'étude;
- On note que 58 % des centres hospitaliers avaient un taux de prévalence de patients porteurs de SARM (colonisés ou infectés) de 5 % et moins parmi leur clientèle hospitalisée. Il est important de souligner que ces centres présentent un taux moyen d'incidence des bactériémies à SARM parmi les plus bas, une moyenne plus élevée de prélèvements pour dépistages par patient et que 73 % d'entre eux admettent les patients identifiés porteurs de SARM dans une cohorte. La distribution du taux de prévalence pour les CH est semblable à celui des CHU;
- Au niveau des techniques de dépistage au laboratoire, quoique la technique privilégiée soit la gélose chromo génique, 12 % des laboratoires utilisent encore des géloses au mannitol lesquelles ont une sensibilité inférieure dans l'identification de la présence de SARM;
- 95 % des centres hospitaliers calculent leur taux d'acquisition du SARM sur une base annuelle ou périodique. Bien que ces données de surveillance soient diffusées aux gestionnaires de leur établissement, seulement 40 % des centres ventilent ce taux d'incidence par unités de soins. Il est pourtant reconnu que le fait de produire une courbe épidémique ventilée par unité de soins permet de mieux cibler la nécessité d'intervenir. Cette diffusion des résultats au personnel soignant concerné a un impact positif sur les mesures de contrôle du SARM, en plus d'être facilement réalisable.

CONCLUSION

La première étude sur l'évaluation des mesures de prévention et de contrôle du SARM dans les centres hospitaliers du Québec a eu lieu en 2004 au moment où le taux de bactériémie à SARM était à son plus haut. Le deuxième sondage s'est déroulé en juin 2009 alors qu'on a démontré une diminution de 38 % des bactériémies à SARM comparativement à 2004.

L'amélioration des bonnes pratiques en prévention des infections qui ont suivi la crise du *C. difficile* en 2004, a certainement été facilitant à l'implantation des nouvelles mesures de prévention et de contrôle du SARM dans l'ensemble des centres hospitaliers québécois à la suite de la diffusion des lignes directrices de 2006.

Les hôpitaux ayant la plus faible prévalence de SARM parmi leur clientèle hospitalisée ainsi que la plus faible incidence des bactériémies à SARM, sont aussi ceux qui effectuent le plus de prélèvements de dépistage par séjour hospitalier et ceux qui ont mis en place des cohortes de patients porteurs de SARM. Il est possible que l'augmentation des activités de dépistage du SARM permette à ces centres hospitaliers d'identifier la clientèle porteuse de SARM dès son admission. Il serait intéressant d'explorer quelle est la contribution spécifique de chacune des mesures en PCI dans le contrôle de la transmission du SARM.

Bien que l'ensemble des mesures de prévention et de contrôle du SARM recommandées en 2006 sont assez bien implantées, il est important de maintenir les efforts afin d'améliorer les protocoles de dépistage en cours d'hospitalisation ainsi que la mise en place de cohortes de cas porteurs de SARM lesquelles mesures demeurent sous optimales.

Finalement, un des objectifs visés par cette étude était d'évaluer la possibilité de modifier le programme provincial actuel de surveillance du SARM afin d'y inclure la surveillance de tous les nouveaux cas de SARM (colonisés et infectés) d'acquisition nosocomiale. Considérant une plus grande uniformité des activités de dépistage du SARM, et le fait que plus de 90 % des centres hospitaliers réalisent déjà ce type de surveillance et se disent également intéressés à participer à un tel programme, nous pouvons conclure à la faisabilité de cette nouvelle surveillance.

RÉFÉRENCES

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec. 2e édition, version intérimaire. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2006.

Frenette C, Jetté L. en collaboration avec le groupe de travail des lignes directrices de prévention du SARM du Comité des infections nosocomiales du Québec, Sondage sur les mesures de prévention et de contrôle du SARM dan les centres hospitaliers de soins aigus du Québec. Non publié. 2004.

Galarneau L-A, Rocher I, Frenette C, Gilca R, Gourdeau M, Rapport de la surveillance provinciale des bactériémies à *Staphylococcus aureus* rapport 2008. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2009.

ANNEXE 1

RÉSUMÉ DES MESURES RECOMMANDÉES POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU SARM ET LEUR MISE EN PRATIQUE DANS LES CH DU QUÉBEC

RÉSUMÉ DES MESURES RECOMMANDÉES POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU SARM ET LEUR MISE EN PRATIQUE DANS LES CH DU QUÉBEC

MESURES RECOMMANDÉES	*2004*	*2009*
DÉPISTAGE DES PATIENTS À L'ADMISSION :		
✓ Transfert d'un autre centre hospitalier (séjour > 24 heures);	> 80 %	96 %
✓ Provenant d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée;	2/3	96 %
✓ Provenant d'un centre ou d'une unité de réadaptation;	58 %	91 %
✓ Ayant une histoire d'hospitalisation dans un centre hospitalier au cours des trois dernières années (au minimum);	82 %	90 %
✓ Identifiés porteur de SARM;	> 80 %	98 %
✓ Dialyse	30 %	61 %
DÉPISTAGE PÉRIODIQUE EN COURS D'HOSPITALISATION :		
✓ Protocole de dépistage en cours d'hospitalisation;	53 %	88 %
✓ Patients de l'unité des soins intensifs;	Minorité	61 %
✓ Autres unités considérées à risques par le personnel en prévention des infections.	Minorité	30 %
DÉPISTAGE LORS DE LA DÉCOUVERTE D'UN NOUVEAU CAS DE SARM NON ISOLÉ :		
✓ Nouveau cas non isolé hospitalisé depuis plus de 72 heures :		
▪ Dépistage de toute l'unité d'emblée;	17 %	49 %
▪ Dépistage de toute l'unité si les patients dans la même chambre et les patients des chambres attenantes sont positifs.	28 %	24 %
SITES ANATOMIQUES À DÉPISTER		
✓ Nez;	Majorité	100 %
✓ Plaie non cicatrisée ou avec écoulement;	Majorité	89 %
✓ Pourtour de stomies.	---	70 %
IDENTIFICATION DU PATIENT PORTEUR DE SARM		
✓ Alerte via le système informatique;	57 %	88 %
✓ Si non, autre système d'alerte.	86 %	90 %
PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES		
✓ Mesures qui respectent les pratiques préventives de base et les précautions additionnelles contre la transmission par contact.		
▪ Gants	94 %	100 %
▪ Blouse à manches longues	89 %	96 %
▪ Masque si infection respiratoire seulement	Majorité	88 %

RÉSUMÉ DES MESURES RECOMMANDÉES POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU SARM ET LEUR MISE EN PRATIQUE DANS LES CH DU QUÉBEC (SUITE)

MESURES RECOMMANDÉES	*2004*	*2009*
COHORTE DE CAS ET UNITÉ DÉDIÉE		
✓ Cohorte de cas de SARM positif;	59 %	65 %
✓ Personnel infirmier dédié; complète ou partielle	30 %	37 %
✓ Unité géographiquement distincte pour l'hébergement des cas SARM lorsque le nombre de cas augmente et facilite la notion de personnel dédié;	10 %	20 %
DURÉE DE L'ISOLEMENT		
✓ Patient nouvellement identifié porteur de SARM :		
▪ Maintenir l'isolement de contact pour toute la durée de l'hospitalisation;	99 %	100 %
▪ Si hospitalisation prolongée (> 2 mois), on peut cesser l'isolement après trois séries de résultats négatifs de culture de tous les sites potentiels prélevés à une semaine d'intervalle. Poursuivre le dépistage hebdomadaire pour toute la durée de l'hospitalisation.	74 %	50 %
✓ Patient identifié porteur de SARM (cas connu, alerte au dossier) :		
▪ Cesser l'isolement après deux séries de résultats négatifs de cultures de tous les sites potentiels à 48 heures d'intervalle. Poursuivre le dépistage hebdomadaire pour toute la durée de l'hospitalisation.	---	51 %

Référence : Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ), Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec 2e Édition – version préliminaire. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : 17-18 (adapté).

ANNEXE 2

EXEMPLAIRE DU QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE SUR LES MESURES DE CONTRÔLE

ET DE PRÉVENTION DU SARM

Juin 2009

Nom du centre hospitalier :

Numéro SPIN du centre hospitalier :

Répondant :
(lettres moulées) professionnel en prévention des infections

Courriel :

Tél. : ( ) - Local : Télécopie : ( ) -

MD responsable en PI :

Courriel :

Tél. : ( ) - Local : Télécopie : ( ) -

1. Nombre de lits dressés dans votre installation (excluant les pavillons distincts de longue durée) :
   - Lits de soins de courte durée :
   - Lits de soins de longue durée :
   - Lits à l'unité de psychiatrie :
2. Ressources professionnelles en prévention des infections :
   - Nombre d'infirmières en PCI en poste
   - Nombre total de jours/semaine travaillés par celle(s)-ci jours/semaine
3. Êtes-vous un centre hospitalier où l'enseignement est une vocation principale dans la majorité des services et départements (centre hospitalier universitaire)?

   Oui ☐ Non ☐

☐ Aucune ressource en prévention des infections disponible pour remplir le questionnaire.

Si vous ne répondez pas à ce questionnaire, veuillez compléter les questions dans l'encadré ci-dessus et retourner le questionnaire à l'INSPQ à l'attention de madame Sonia Beaugendre par courriel (sonia.beaugendre@inspq.qc.ca) avant le 17 juin 2009.

I Activités de surveillance pour identifier les réservoirs

		Oui	Non
4.	Avez-vous un programme de dépistage pour repérer les patients colonisés et asymptomatiques (réservoirs silencieux) ?	☐	☐
	Si OUI,		
	a) À l'admission ?	☐	☐
	b) En cours d'hospitalisation ?	☐	☐
5.	À l'admission, quels patients sont ciblés pour un dépistage? (plusieurs réponses possibles) :		
	a) Tous les patients à l'admission ☐		
	b) Transfert d'un CH des État-Unis ☐		
	c) Transfert d'un CH du Québec ☐		
	d) Transfert d'un centre de réadaptation ☐		
	e) Transfert d'un CHSLD ☐		
	f) Hospitalisation antérieure dans votre CH ☐		
	g) Hospitalisation antérieure d'un autre CH ☐		
	h) Hospitalisation antérieure dans un centre de réadaptation ☐		
	i) Cas connu ☐		
	j) Résidence privée pour personnes âgées ☐		
	k) Dialyse ☐		
	l) Autre ☐		
		Oui	Non
6.	Avez-vous un système d'alerte informatisé à l'admission pour identifier rapidement les patients porteurs connus de SARM lors de leur ré-hospitalisation ?	☐	☐
6 a)	Si NON, avez-vous un autre système d'alerte ?	☐	☐
.7.	Généralement, isolez-vous les patients en attendant le résultat de votre dépistage ? Si OUI, lesquels ?	☐	☐
	a) Tous les patients ☐		
	b) Patients connus seulement ☐		
	c) Patients à haut risque seulement ☐		
	d) Précisez lesquels selon b) à 1) de la question 5 :		
8 a)	Quel est le nombre de dépistages (tous sites confondus) de SARM effectués par votre laboratoire au cours de l'année 2007-2008 ?	_____	
		Oui	Non
8 b)	Pouvez-vous ventiler ce nombre de dépistages selon qu'ils sont effectués à l'admission ou en cours d'hospitalisation ?	☐	☐

8 c) Les dépistages à l'admission, sont-ils effectués :

a) À l'urgence ☐
b) À l'étage ☐
c) En clinique pré-opératoire ☐
d) Autre :

	Oui	Non
9. EN COURS D'HOSPITALISATION, faites-vous un dépistage selon les facteurs de risque suivants ?	☐	☐

Si OUI, cochez (plusieurs réponses possibles)

		Fréquence
a) Durée du séjour	☐	jours
b) Prise d'antibiotique	☐	
c) Unités spécifiques	☐	jours
d) Soins intensifs	☐	
e) Dialyse	☐	
g) Cas connu (dépistage de suivi)	☐	jours
h) Au congé	☐	
i) Dépistage périodique de toutes les unités	☐	jours
j) Autre	☐	

10. En général, quels sites dépistez-vous ?

a) Nez ☐
b) Anus (péri-anal) ☐
c) Plaie ouverte ou site de drain ☐
d) Aisselle ☐
e) Expecto/secrétions trachéales ☐
f) Urine avec sonde ☐
g) Stomie ☐
g) Autre site ☐

11. Lorsque vous identifiez un nouveau cas de SARM nosocomial (plus de 72 h après l'admission), faites-vous un dépistage chez ?

a) Les patients de la même chambre ☐
b) Les patients des chambres attenantes ☐
c) Toute l'unité si a) et b) positifs ☐
d) Toute l'unité d'emblée ☐
e) Autre ☐

	Oui	Non
12. Avez-vous évalué, à l'aide d'un audit, l'application des mesures de dépistage dans votre CH au cours des 12 derniers mois?	☐	☐

12 a) Si OUI, quel en était le taux d'observance?

13. Combien de patients SARM sont présentement hospitalisés dans votre pavillon en ce jour ?

II Mesures de prévention

		Oui	Non
14.	Placez-vous un patient SARM en isolement de contact ?	☐	☐
	Si OUI, ceci inclut-il :	☐	☐
	a) Chambre privée	☐	☐
	b) Regroupement de patients SARM dans une même chambre	☐	☐
	c) Gants	☐	☐
	d) Blouse à manches longues	☐	☐
	e) Masque à moins d'un mètre seulement	☐	☐
	f) Masque en tout temps	☐	☐
	g) Masque si infection respiratoire seulement (toux)	☐	☐
15.	Ces mesures d'isolement sont appliquées de quelle façon ?		
	a) Dès l'entrée dans la chambre	☐	☐
	b) Pour contact direct avec le patient et son environnement	☐	☐
	c) Pour tous les visiteurs	☐	☐
16.	Regroupez-vous vos patients SARM dans une cohorte ?	☐	☐
	Si OUI, indiquez le genre de cohorte :		
	a) sur une unité complète, géographiquement distincte	☐	
	Si votre cohorte n'est pas géographiquement distincte, les patients sont-ils :		
	b) i. regroupés dans une section sur une seule unité	☐	
	ii. regroupés dans une section sur plusieurs unités	☐	
	c) Pour le personnel, avez-vous :		
	i. une cohorte de personnel complète (24 heures/24)	☐	
	ii. une cohorte partielle seulement	☐	
	iii. pas de cohorte de personnel	☐	

		Oui	Non
17.	Le lavage de mains avec un produit antiseptique (alcoolisé) sans eau :		
	a) Est-il disponible à l'entrée de la majorité des chambres de patients ?	☐	☐
	b) Est-il disponible dans la chambre du/des patients	☐	☐
18.	Avez-vous évalué l'observance du lavage de mains du personnel de l'hôpital au cours des 12 derniers mois?	☐	☐

18 a) Si OUI, estimation (%) de l'observance : %

		Oui	Non
19.	Avez-vous un programme de formation continue pour les employés en regard de la prévention du SARM?		
	a) À l'embauche ?	☐	☐
	b) En cours d'emploi ?	☐	☐
20.	Dédiez-vous les équipements non critiques suivants à chaque patient porteur de SARM pour éviter le partage entre chaque patient ?		
	a) Stéthoscope	☐	☐
	b) Manomètre à pression	☐	☐
	c) Thermomètre	☐	☐
	d) Glucomètre	☐	☐
21.	Au cours de la dernière année, avez-vous validé si les équipements qui ne peuvent être dédiés sont désinfectés adéquatement entre deux usages?	☐	☐
22.	Utilisez-vous de façon systématique une méthode de décolonisation pour les patients colonisés ?	☐	☐
	Si OUI, cochez la(es) méthodes(s) utilisée(s) et la durée (jours):		
	a) Topique : Mupirocin nasal ☐ jours		
	b) Rifampine ☐ jours		
	c) Triméthoprime-Sulfaméthoxazole ☐ jours		
	d) Doxycycline ☐ jours		
	e) Bain à l'hibitane ☐ jours		
	f) Autre ☐ jours		

		Oui	Non
23.	Faites-vous un antibiogramme de routine pour le mupirocin?	☐	☐
24.	Avez-vous un programme de surveillance structuré de l'utilisation des antibiotiques ?	☐	☐
25.	Quel critère utilisez-vous pour cesser l'isolement d'un patient connu SARM en cours d'hospitalisation?		
	a) Une seule culture négative	☐	
	b) Trois cultures consécutives négatives à une semaine d'intervalle	☐	
	c) Isolement maintenue jusqu'au congé	☐	
	d) Aucun suivi microbiologique de dépistage lors des 2 premiers mois.	☐	
	e) Autre :		
26.	Quel critère utilisez-vous pour lever l'isolement d'un patient connu porteur de SARM lors de sa réadmission ?		
	a) Une seule culture négative	☐	
	b) Deux cultures consécutives négatives à 48 heures d'intervalle	☐	
	c) Isolement maintenu malgré une culture négative	☐	
	d) Autre :	☐	

III. Ressources et surveillance

27. Globalement, quel pourcentage du temps des infirmières en PCI (excluant les médecins) est consacré à la prévention du SARM ?
    - a) < 10 % ☐
    - b) 10 – 29 % ☐
    - c) 30 – 49 % ☐
    - d) ≥ 50% ☐

28. Calculez-vous votre incidence d'acquisition de SARM sur une base périodique (mensuelle, annuelle) ?

	Oui	Non
Si OUI,	☐	☐

28 a) Les numérateurs utilisés comprennent-ils :
- i. Les colonisations seulement ☐
- ii. Les infections seulement ☐
- iii. Les infections et les colonisations ☐

28 b) Les dénominateurs utilisés sont-ils :
- i. Les admissions ou congés ☐
- ii. Les jours-présence ☐

28 c) Les taux sont-ils calculés :
- i. Par unité ☐
- ii. Par période ☐

29. Dans ce contexte, donnez-vous un « feedback » de vos taux d'incidence aux :
    - a) Unités de soins ☐
    - b) Gestionnaires hospitaliers ☐
    - c) CMDP ☐
    - d) Hygiène et salubrité ☐
    - e) Comité de direction ☐
    - f) Conseil d'administration ☐

	Oui	Non
30. S'il y avait un programme de surveillance provinciale de l'incidence de tous les cas de SARM nosocomiaux, participeriez-vous ?	☐	☐
30 a) Si OUI,		
a) Selon un modèle apparenté à celui du *Clostridium difficile* ? (données agrégées, mensuelles)	☐	☐
b) Selon un modèle de déclaration cas par cas ? (moins de 10 questions par cas)	☐	☐

IV. Laboratoire

		Oui	Non
31.	Avez-vous les ressources de laboratoire suffisantes pour accomplir le dépistage voulu ?		
	a) Ressources humaines	☐	☐
	b) Ressources matérielles	☐	☐
	c) Dépistage disponible les jours ouvrables seulement	☐	☐
	d) Dépistage disponible 7 jours par semaine	☐	☐

32. Quel milieu est ensemencé ou quelle méthode est utilisée pour le dépistage du SARM ?
- a) Gélose au sang ☐
- b) Gélose mannitol NaCl (ou autre milieu sélectif) ☐
- c) Gélose chromogénique, laquelle ☐
- d) PCR direct ☐
- e) PCR sur bouillon ☐
- f) Autre ☐

		Oui	Non
33 a)	Un bouillon est-il utilisé systématiquement pour la recherche du SARM ?	☐	☐

34. Quelle méthode est utilisée pour détecter la résistance des *S. aureus* provenant d'échantillons cliniques réguliers?
- a) Kirby Bauer régulier avec disque d'oxacilline ☐
- b) Kirby Bauer régulier avec disque de céfoxitine ☐
- c) Dépistage sur gélose « Agar Screen » (oxacilline) ☐
- d) E-test ☐
- e) CMI conventionnelle ☐
- f) CMI automatisée ☐
- g) Spécifier le nom de l'automate :
- h) Agglutination PBP-2' au latex ☐
- i) PCR à partir de cultures pures ☐
- j) PCR sur le spécimen ☐
- k) Autre ☐

35.	Effectuez-vous une épreuve de sensibilité à la clindamycine sur les souches de SARM?	☐	☐

Commentaires :
Suggestions :

Le questionnaire est terminé. Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Nous vous invitons à nous retourner ce questionnaire dûment complété à l'attention de madame Sonia Beaugendre par télécopieur au numéro 514 864-7646 ou par courriel à l'adresse suivante sonia.beaugendre@inspq.qc.ca

Avant le 17 juin 2009

N° de publication : 1216

EXPERTISE
CONSEIL

INFORMATION

FORMATION

www.**inspq**.qc.ca

RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION

COLLABORATION
INTERNATIONALE

LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique
Québec