

RAPPORT RÉGIONAL DE L'ESTRIE
SUR LES VISITES DES CHSGS
EN REGARD DE LA PRÉVENTION
DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
ET EN PARTICULIER DU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

RAPPORT AU
DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

26 JANVIER 2007

TABLE DES MATIÈRES

1	LE CONTEXTE	4
1.1	LES ÉTABLISSEMENTS AVEC MISSION DE CHSGS EN ESTRIE.....	4
1.2	LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN ESTRIE.....	4
1.3	LES ACTIONS ENTREPRISES EN ESTRIE SUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES.....	4
1.4	L'ORGANISATION DES VISITES.....	6
2	PLAN D'ACTION, SURVEILLANCE ET PRATIQUES GÉNÉRALES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS	7
2.1	LES PLANS D'ACTION	7
2.2	L'INFORMATION AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION	7
2.3	LES LIGNES HIÉRARCHIQUES	7
2.4	LE COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS.....	7
3	GESTION DES CAS	8
3.1	LA SURVEILLANCE	8
3.2	LA GESTION DES PATIENTS	8
3.3	L'INFORMATION AUX PATIENTS ATTEINTS	8
3.4	LES VISITEURS.....	8
3.5	LE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT	8
3.6	LES TESTS DIAGNOSTIQUES	9
4	HYGIÈNE ET SALUBRITÉ	9
4.1	LES LIGNES DIRECTRICES	9
4.2	LA FORMATION DU PERSONNEL D'ENTRETIEN SANITAIRE	10
4.3	LES PROCÉDURES D'ENTRETIEN SANITAIRE	10
4.4	LES PRODUITS DE NETTOYAGE ET DE DÉSINFECTION	11
4.5	LA GESTION DU MATÉRIEL D'ENTRETIEN SANITAIRE.....	11
4.6	LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SERVICES D'ENTRETIEN SANITAIRE	11
5	RESSOURCES HUMAINES ET FORMATION DU PERSONNEL	12
5.1	LE PERSONNEL CLINIQUE	12
5.2	LE PERSONNEL D'ENTRETIEN SANITAIRE	12
5.3	LES EFFECTIFS MÉDICAUX	12

6	POLITIQUE D'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES	12
7	AUTRES ÉLÉMENTS	13
7.1	ÉLÉMENTS ARCHITECTURAUX	13
8	RECOMMANDATIONS	14
8.1	RECOMMANDATIONS SUR LES ASPECTS ORGANISATIONNELS	14
8.2	RECOMMANDATIONS SUR LA GESTION DES PATIENTS ATTEINTS DE DIARRHÉES OU ATTEINTS DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....	15
8.3	RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'HYGIÈNE ET LA SALUBRITÉ	15
8.4	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES.....	16
8.5	RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES	16
8.6	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES PROJETS ARCHITECTURAUX	17
8.7	RECOMMANDATIONS SUR LA RECHERCHE.....	17
9	CONCLUSION	18

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	Le comité de gestion des risques - mandat
Annexe II	Table régionale de prévention des infections nosocomiales – mandat
Annexe III	Priorités régionales de la TRPIN
Annexe IV	Lettre du président-directeur général
Annexe V	Lettre de convocation
Annexe VI	Liste des personnes rencontrées
Annexe VII	Synthèse des points saillants par établissement, des visites sur la prévention des infections nosocomiales – décembre 2006
Annexe VIII	Protocole de transfert interétablissement
Annexe IX	Proposition du sous-comité « Composantes structurelles » de la TRPIN
Annexe X	Sommaire des recommandations du <i>Rapport régional sur les visites des CHSGS en regard du Clostridium difficile</i> – 15 décembre 2004

1 LE CONTEXTE

1.1 LES ÉTABLISSEMENTS AVEC MISSION DE CHSGS EN ESTRIE

La région de l'Estrie comprend quatre centres avec mission CHSGS. Un de ces centres hospitaliers comporte deux sites. Ce sont :

- le Centre de santé et de services sociaux des Sources avec 16 lits de soins aigus ;
- le Centre de santé et de services sociaux du Granit avec 35 lits de soins aigus ;
- le Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog avec 36 lits de soins aigus ;
- le CHUS avec 682 lits de soins aigus (2 sites).

Ces données réfèrent au nombre de lits dans les permis en date de la visite des établissements.

1.2 LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN ESTRIE

Comme dans les régions touchées du reste du Québec, c'est en 2003 que la situation s'est détériorée avec des taux d'hospitalisation avec *Clostridium difficile* atteignant 32,2 par 1000 admissions au CHUS – Hôtel-Dieu et 21,9 au Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog. Tous les centres hospitaliers, sauf celui de la MRC des Sources, font partie du système de surveillance provincial instauré en août 2004.

Dans les informations contenues dans le tableau ci-joint, on note une amélioration importante et continue dans les quatre installations faisant partie du système de surveillance. De plus, on ne note aucun décès attribuable directement au *Clostridium difficile* en 2006 au moment des visites.

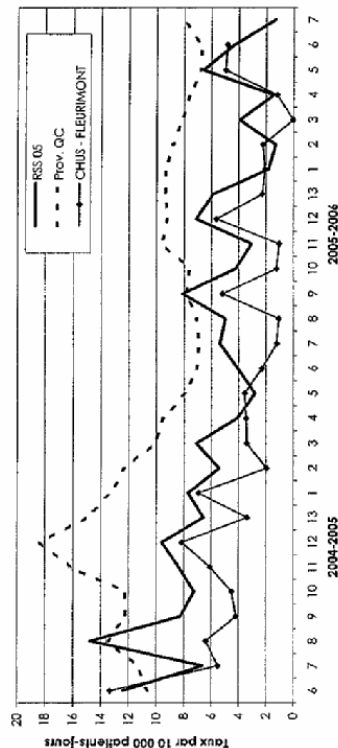
1.3 LES ACTIONS ENTREPRISES EN ESTRIE SUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

- La création en février 2003 du Comité régional de gestion des risques. Dès le début de son fonctionnement, ce comité a entrepris plusieurs actions en prévention des infections nosocomiales particulièrement dans le domaine de la formation du personnel et dans la préparation de procédures de transfert interétablissement (annexe I « Le comité régional de gestion des risques »).
- La création en novembre 2004 de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) regroupant les experts régionaux et rattachée au Comité de gestion des risques (annexe II). La Table s'est réunie à six occasions en 2006 à la date du présent rapport.
- La production de priorités régionales par la TRPIN en septembre 2006 (annexe III).
- La préparation de documentation et matériel d'information (sommaires exécutifs sur les lignes directrices, etc.) et des affiches pour les visiteurs en établissements.

Données de surveillance des infections à Clostridium difficile dans les centres hospitaliers au Québec

RÉGION 05, Estrie

Taux d'incidence de DACD nosocomiale par 10 000 patients-jours par période administrative et installation
Estrie et province de Québec, 22 août 2004 au 14 octobre 2006



Définition des périodes administratives

Période	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08
1	01/05/04	30/04/05	29/04/06	28/04/07
2	29/05/04	28/05/05	27/05/06	26/05/07
3	26/06/04	25/06/05	24/06/06	23/06/07
4	24/07/04	23/07/05	22/07/06	21/07/07
5	21/08/04	20/08/05	19/08/06	18/08/07
6	18/09/04	17/09/05	16/09/06	15/09/07
7	16/10/04	15/10/05	14/10/06	13/10/07
8	13/11/04	12/11/05	11/11/06	10/11/07
9	11/12/04	10/12/05	09/12/06	08/12/07
10	08/01/05	07/01/06	06/01/07	05/01/08
11	05/02/05	04/02/06	03/02/07	02/02/08
12	03/03/05	02/03/06	01/03/07	01/03/08
13	31/03/05	31/03/06	31/03/07	31/03/08

Taux d'incidence de DACD nosocomiale par 10 000 patients-jours par période administrative et installation
Estrie et province de Québec, 22 août 2004 au 14 octobre 2006

Territoire et installation	Nombre de lits	% de 45 ans ou plus	2004-2005													2005-2006													2006-2007																			
			6	7	8	9	10	11	12	13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	1	2	3	4	5	6	7					
CHUS - HD	100 à 249	>= 50%	13	11	28	15	15	12	15	8	9	6	12	6	2	7	12	12	14	9	8	10	2	0	8	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
CSSS MÉTROPOLITAIN	< 100	>= 50%	0	0	43	24	0	18	0	33	12	47	21	0	0	11	12	0	11	11	0	12	24	0	12	0	64	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DU GRANIT (SS)	< 100	>= 50%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Estrie	—	—	12	7	15	8	7	8	10	7	8	5	7	4	3	4	5	5	8	4	3	7	6	2	1	4	1	7	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Province de Québec	—	—	11	11	14	12	12	16	18	15	13	12	10	10	8	7	7	7	8	8	10	9	9	9	9	9	9	8	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

Source des données : Système de surveillance des infections à Clostridium difficile, INSPQ.

Note: 1. DACD - diarrhée à Clostridium difficile (d'origine nosocomiale).

2. Les données ont été validées et la date d'extraction des données est le 13 novembre 2006.

3. La région regroupe les installations participantes à la surveillance du DACD.

- La distribution de matériel préparé au niveau provincial ou par le CHUS.
- La mise en place des infirmières en prévention des infections selon les ratios recommandés, soit quatorze infirmières (10,6 ETC).
- La formation des intervenantes lors d'une journée d'information et d'instrumentation destinée à tous les intervenants (14 décembre 2004).
- La formation offerte aux médecins pratiquant en cabinet (2006).
- La production d'un protocole d'utilisation des antibiotiques en milieu hospitalier (mis à jour en novembre 2006).
- La formation des responsables de l'entretien d'hygiène et salubrité (AQESS, 7, 9 septembre 2005).
- L'uniformisation des pratiques.
- La création d'une table régionale pour les infirmières en prévention des infections nosocomiales.
- La production d'un protocole de transfert ambulancier et interétablissement.
- La création du babillard de gestion des risques – outil régional sur « Lotus notes » pour partager les informations sur les maladies nosocomiales.
- La création de deux unités d'isolement SARM au CHUS (Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont).
- Des investissements en matériel diagnostique et thérapeutique ainsi qu'en modifications fonctionnelles.

1.4 L'ORGANISATION DES VISITES

Les quatre centres hospitaliers, soit le CSSS du Granit, le CHUS (Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont), le CSSS des Sources et le CSSS de Memphrémagog ont été visités entre le 12 décembre et le 21 décembre 2006. L'équipe des visites avait été mandatée par le président-directeur général de l'Agence, le D^r Michel Baron (annexe IV) et était composée de trois personnes, soit le D^r Juan Roberto Iglesias, médecin-conseil, responsable du groupe, M^{me} Nathalie Léonard, agente de planification, de programmation et de recherche à l'Agence de la santé et des services sociaux et M. Gaétan Godbout, adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité au CHUS. Ces trois personnes sont membres de la TRPIN.

Préalablement à la visite, les questionnaires avaient été envoyés aux établissements. Les visites se sont déroulées en trois étapes :

- une rencontre avec la direction et les professionnels de l'établissement (voir lettre de convocation à l'annexe V et la liste des personnes rencontrées à l'annexe VI) ;
- des visites de certaines unités de soins, de la salle d'urgence et des unités de débordement au besoin ;

- une période de synthèse avec la direction de l'établissement.

Une synthèse des points saillants des visites est présentée à l'annexe VII.

Les recommandations du présent rapport ont été discutées avec les représentants de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales le 23 janvier 2007.

2 PLAN D'ACTION, SURVEILLANCE ET PRATIQUES GÉNÉRALES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

2.1 LES PLANS D'ACTION

Tous les établissements se sont dotés d'un plan d'action spécifique relatif à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales dans l'établissement. Cependant, dans le cas d'un centre hospitalier, ce plan est encore en développement. Il faut souligner que dans deux établissements ces plans sont peu développés.

2.2 L'INFORMATION AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION

Les plans d'action ont été présentés aux conseils d'administration, sauf dans le cas d'un établissement. Dans ce dernier cas, le plan devrait être présenté dans les semaines suivant la visite. Les conseils d'administration sont informés régulièrement de la situation qui prévaut dans l'établissement en regard des infections nosocomiales.

2.3 LES LIGNES HIÉRARCHIQUES

Les directions d'établissements ont désigné dans les équipes des responsables pour agir sur la problématique des infections nosocomiales. Finalement, les directions générales sont très impliquées dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales et en particulier du *Clostridium difficile*.

2.4 LE COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

Lors des visites, il a été constaté que les comités de prévention des infections existent dans tous les établissements. Cependant, leur composition, leur rattachement et la fréquence des réunions ne leur permettent pas de jouer pleinement leur rôle.

Certains comités se sont réunis moins de deux fois par année et ils sont majoritairement rattachés au CMDP. Un seul établissement envisage de le rattacher au Comité de gestion des risques.

3 GESTION DES CAS

3.1 LA SURVEILLANCE

Une surveillance rigoureuse par période est exercée par le CHUS, qui est le plus concerné par cette problématique. Les trois centres hospitaliers visés (excluant celui de 16 lits) sont inscrits au système de surveillance provincial, mais tous exerçaient une surveillance active avant la mise en place de cette mesure.

3.2 LA GESTION DES PATIENTS

La gestion des patients se présentant à l'urgence, à l'unité de débordement ou sur une unité avec une diarrhée est traitée en accord avec les lignes directrices. Un test pour le diagnostic de DACD est demandé et les précautions contre la transmission sont prises avant d'avoir obtenu les résultats du laboratoire.

Cependant, un centre hospitalier confronté à ses deux premiers cas de *Clostridium difficile*, pour l'année 2006-2007, n'a pas appliqué correctement les mesures sur l'unité de soins, particulièrement en ce qui touche le matériel de soins. Ceci a entraîné, après discussion avec la Direction de santé publique de l'Estrie, une désinfection complète de l'unité de soins.

3.3 L'INFORMATION AUX PATIENTS ATTEINTS

Dans tous les centres hospitaliers, les patients atteints sont informés de leur diagnostic. Ils sont également informés sur la maladie par une rencontre avec l'infirmière en prévention des infections à laquelle on peut ajouter la remise d'un dépliant.

3.4 LES VISITEURS

Tous les centres hospitaliers informent les visiteurs de la situation lorsque le patient qu'ils visitent est atteint. Tous apposent une affiche, un centre hospitalier remet un dépliant et deux ajoutent une information verbale. De plus, un centre hospitalier a comme politique d'interdire toute visite aux patients atteints de *Clostridium difficile*. Ce centre hospitalier a un très petit nombre de cas.

3.5 LE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT

La région s'est dotée de lignes directrices concernant le transfert d'information concernant les patients atteints (annexe VIII). Une formation sera donnée au printemps 2007 au personnel ambulancier et au personnel de transport interétablissement sur la prévention des maladies nosocomiales.

Dans tous les centres hospitaliers, les cas symptomatiques ayant un diagnostic de DACD sont placés dans une chambre privée. Dans quatre sites sur cinq, une toilette privée leur est assignée alors que dans un site une chaise d'aisance ou une baignoire leur est dédiée.

Dans tous les centres hospitaliers, un avis sur les mesures de protection personnelles à prendre est affiché à la porte de la chambre du patient. Des gants et des blouses à manches longues sont disponibles à la porte de la chambre du patient atteint.

Dans l'ensemble, les centres hospitaliers utilisent du matériel dédié pour chaque patient infecté y compris les baignoires qui sont désinfectées par la suite.

Dans l'ensemble des centres hospitaliers visités, on note l'absence de lavabos à déclenchement n'utilisant pas les mains, à l'usage exclusif du personnel et des médecins, accessibles à la sortie des chambres où sont traités les patients infectés.

Les centres hospitaliers ont manifesté des difficultés à se doter de ces équipements. La procédure de lavage des mains a été parfois remplacée par l'utilisation de gel alcoolisé antiseptique dans les établissements, ce qui ne convient pas dans le cas des patients atteints de DACD.

Pour se laver les mains, le personnel soignant utilise le lavabo de la chambre du patient ou du poste. Le personnel de tous les centres hospitaliers utilise une technique de lavage des mains qui évite la contamination.

3.6 LES TESTS DIAGNOSTIQUES

Les tests pour le diagnostic du *Clostridium difficile* sont réalisés au CHUS sauf pour un établissement qui utilise un test « Elisa ». Les tests réalisés au CHUS ne sont pas effectués la fin de semaine et les jours fériés.

Cette situation s'avère sous optimale et entraîne des mises en isolation qui pourraient parfois être de moindre durée.

L'utilisation du test « Elisa » peut être délicate à cause de sa sensibilité peu élevée.

4 HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

4.1 LES LIGNES DIRECTRICES

Les lignes directrices sont bien appliquées dans tous les centres hospitaliers. Les établissements étaient en attente des recommandations techniques pour ajuster leurs pratiques. Le document du MSSS « Hygiène et salubrité et *Clostridium difficile* : mesures intérimaires » leur est parvenu le 21 décembre 2006.

Les centres hospitaliers ont procédé à des ajustements variables et souvent insuffisants sur les quarts de travail, en particulier les fins de semaine et les congés fériés. Ces ajustements sont faits en présence de ressources fixes devant être maximisés par des stratégies de déploiement.

L'information sur le mouvement des patients est transmise correctement au service d'entretien sanitaire et ceci en temps réel.

Dans tous les centres hospitaliers, il y a un souci d'avoir un membre de l'équipe formé et expérimenté sur tous les quarts de travail, mais la réalité de la configuration des équipes ne correspond pas complètement à cette orientation.

4.2 LA FORMATION DU PERSONNEL D'ENTRETIEN SANITAIRE

Dans l'ensemble des centres hospitaliers, on retrouve un plan de formation du personnel d'entretien sanitaire, soit sous forme d'un plan spécifique à ce personnel, soit dans le plan général de formation de l'ensemble du personnel de l'établissement.

Au niveau régional, le personnel d'encadrement d'entretien sanitaire a pu participer à une journée de formation tenue en décembre 2004.

4.3 LES PROCÉDURES D'ENTRETIEN SANITAIRE

Dans l'ensemble des centres hospitaliers, les procédures d'entretien sanitaire contiennent un devis technique d'entretien décrivant les tâches à réaliser, la fréquence exigée pour chacune d'entre elles et les techniques à employer.

Des routes de travail détaillées sont élaborées et, la liste des produits et des équipements utilisés est disponible sur demande.

Trois des quatre centres hospitaliers font usage d'un logiciel d'organisation en entretien sanitaire. Le quatrième centre hospitalier, quant à lui, a déjà utilisé un tel logiciel, mais affirme que la gestion de cet outil était jugée trop lourde compte tenu de la petite taille de l'établissement. Il assure cependant qu'il parvient à atteindre les mêmes objectifs d'efficacité sans employer un tel logiciel.

Notons qu'un centre hospitalier a recours à une firme privée pour l'entretien sanitaire de son aile de soins de courte durée. Selon le centre hospitalier, cette firme se plie aux mêmes exigences de conformité que le service d'entretien sanitaire de l'aile de soins de longue durée dont le personnel relève de l'établissement.

Les centres hospitaliers désinfectent quotidiennement les chambres des patients atteints du *Clostridium difficile* incluant les surfaces horizontales, les surfaces fréquemment touchées (lumière, cloche d'appel, poignée de porte, téléphone, côtés de lit) et les surfaces visiblement souillées.

Dans l'ensemble des centres hospitaliers, le cabinet de toilette des patients atteints de *Clostridium difficile* est nettoyé et désinfecté au moins quotidiennement. Cependant, dans un

centre hospitalier, les salles de bain de la salle d'urgence ne sont nettoyées et désinfectées qu'une fois par 24 heures. Ces salles de bain sont dédiées au public et aux patients non infectés.

Dans tous les centres hospitaliers, la désinfection est adéquate après le départ du patient ou de la cessation de l'isolement.

Un seul centre hospitalier a un programme structuré d'entretien préventif continu du matériel roulant (civières, fauteuils roulants, etc.).

4.4 LES PRODUITS DE NETTOYAGE ET DE DÉSINFECTION

Tous les centres hospitaliers utilisent soit l'hypochlorite (eau de javel) ou le peroxyde d'hydrogène pour la désinfection des chambres. Pour le nettoyage de l'entretien régulier, divers produits sont utilisés dont certains sont des ammoniums quaternaires.

4.5 LA GESTION DU MATÉRIEL D'ENTRETIEN SANITAIRE

De façon générale, tous les centres hospitaliers évaluent avoir suffisamment d'équipements et d'accessoires d'entretien sanitaire pour gérer la problématique du *Clostridium difficile*. Cependant, l'introduction des nettoyages à plat se fait progressivement (sauf dans un centre hospitalier qui les utilise couramment).

4.6 LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SERVICES D'ENTRETIEN SANITAIRE

Aucun des centres hospitaliers visités ne procède actuellement à un contrôle régulier de la qualité des services d'entretien sanitaire. Cependant, des visites de contrôle de l'apparence visuelle sont faites régulièrement.

Les centres hospitaliers visités, sauf un, ont des locaux adéquats pour l'entreposage des équipements et chariots. Ces locaux sont pourvus de facilités nécessaires pour la vidange de l'eau et le remplissage des récipients. Les problématiques architecturales seront traitées plus loin dans le présent rapport.

L'équipe des visites note le besoin d'accentuer la formation du personnel d'entretien sanitaire, en particulier en ce qui concerne la connaissance des produits et équipements. Par ailleurs, l'encadrement par une personne expérimentée n'est pas assuré pour tous les établissements pour chacun des quarts de travail (un seul établissement a cette pratique). Les visiteurs notent que l'ajustement des budgets de fonctionnement ne suit pas l'augmentation des espaces à entretenir ou les modifications aux services existants pouvant alourdir la tâche des équipes d'entretien sanitaire.

5 RESSOURCES HUMAINES ET FORMATION DU PERSONNEL

5.1 LE PERSONNEL CLINIQUE

Trois centres hospitaliers sur quatre respectent la norme de un professionnel en prévention par 133 lits. En ce qui concerne le CHUS, la norme de 1/133 sera atteinte au printemps 2007 et la norme de 1/100 en 2008. Le CHUS avait investi auparavant sur une base non récurrente, 160 000 \$ pour libérer du personnel intégré aux unités de soins chargé d'effectuer une surveillance aussi bien au niveau des comportements préventifs du personnel pour les infections nosocomiales que pour la santé et sécurité au travail.

Les centres hospitaliers ont tenu des séances de formation pour tous les personnels soignants. Ils leur ont transmis de l'information écrite. La participation des médecins aux séances de formation ne semble pas uniforme.

Les infirmières dédiées à la prévention des infections font valoir l'importance d'assurer la nécessité de formation continue et d'assurer la stabilité de cette fonction.

Le centre hospitalier universitaire mène de façon récurrente (annuellement) des enquêtes d'observation sur le respect des mesures de prévention de base, en particulier du lavage adéquat des mains. Même si les résultats ne sont pas très élevés, cette démarche a le mérite de contribuer à augmenter la sensibilisation du personnel.

5.2 LE PERSONNEL D'ENTRETIEN SANITAIRE

La formation du personnel d'entretien sanitaire doit être structurée et adressée au personnel en place, lors de l'embauche et en cours d'emploi. Cette formation est faite actuellement, mais l'impression des visiteurs est qu'elle ne prend pas en compte suffisamment d'éléments techniques sur l'utilisation correcte des produits et des appareils.

5.3 LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Deux des centres hospitaliers visités ont des ententes avec le CHUS pour obtenir les services d'un médecin microbiologiste-infectiologue. Cependant, un des centres hospitaliers n'a pas accès à cette ressource.

6 POLITIQUE D'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

Quatre des centres hospitaliers visités utilisent les recommandations produites par le CHUS sur l'utilisation des antibiotiques. Un centre hospitalier n'a pas utilisé ces recommandations. Tous les centres hospitaliers font la surveillance de l'utilisation des antibiotiques dans leurs

établissements. Par contre, un seul centre hospitalier, au moment de la visite, effectue de façon systématique la révision de l'utilisation des antibiotiques.

7 AUTRES ÉLÉMENTS

7.1 ÉLÉMENTS ARCHITECTURAUX

Les travaux au CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke sont débutés depuis plus de deux mois. Ces travaux comprennent un aspect d'agrandissement et une mise aux normes des espaces cliniques conservés de l'ancien bâtiment. Les considérations sur les infections nosocomiales doivent faire partie de ces deux aspects.

La modernisation de l'urgence du CSSS de Memphrémagog a déjà franchi des étapes d'approbation importantes et n'attend que le « CT » d'exécution.

L'importance d'avoir des lavabos à déclenchement accessibles pour le personnel à la sortie des chambres où sont isolés des patients atteints de DACD a déjà été soulignée.

L'unité de débordement visitée dans un établissement ne rencontre pas les normes pour les soins des patients, en particulier, il n'y a ni de salles de bain ni de lavabos facilement accessibles pour les patients ou le personnel.

8 RECOMMANDATIONS

8.1 RECOMMANDATIONS SUR LES ASPECTS ORGANISATIONNELS

Le groupe ayant effectué les visites recommande :

- 8.1.1 Que le MSSS considère la possibilité de demander aux établissements de publier, au minimum, dans leur rapport annuel des éléments concernant la qualité et la prestation sécuritaire des services incluant les résultats sur la lutte et la prévention des infections nosocomiales.
- 8.1.2 Que le MSSS et les agences régionales incluent des cibles de résultats sur les infections nosocomiales dans les ententes de gestion.
- 8.1.3 Que les agences régionales, à travers les comités régionaux de gestion des risques, appuyées par la TRPIN, fassent la promotion d'un rattachement hiérarchique fort et d'une composition efficiente des comités de prévention des infections (voir proposition ci-jointe faite par la TRPIN de l'Estrie à l'annexe IX).
- 8.1.4 Que la TRPIN de l'Estrie propose un canevas pour développer un programme de prévention des infections adaptable pour les différentes missions des établissements. Ce canevas pourra servir aux établissements pour établir leurs programmes et leurs plans d'action et servira de base à l'évaluation lors des prochaines visites d'établissements.
- 8.1.5 Que le MSSS développe des outils et une campagne de sensibilisation pour que le public s'implique davantage dans la prévention des infections nosocomiales.
- 8.1.6 Que le MSSS et les agences régionales considèrent l'amélioration des résultats sur la prévention des infections nosocomiales comme un élément positif, au même titre que la gestion des listes d'attente, la diminution des séjours à l'urgence ou l'équilibre budgétaire, en particulier pour considérer des demandes de développement de nouveaux services ou de nouvelles technologies.
- 8.1.7 Que le MSSS et les établissements évaluent la possibilité d'inclure dans les grilles d'évaluation au rendement pour l'attribution des primes au mérite des cadres supérieurs et de la direction générale, les résultats au niveau de la prévention des infections nosocomiales.

8.2 RECOMMANDATIONS SUR LA GESTION DES PATIENTS ATTEINTS DE DIARRHÉES OU ATTEINTS DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Le groupe ayant effectué les visites recommande :

- 8.2.1 Que l'agence régionale et le CHUS évaluent la pertinence de rendre disponibles les tests pour le *Clostridium difficile*, 365 jours par année.
- 8.2.2 Que les établissements, en collaboration avec l'agence régionale, développent des simulations sur la prise en charge des maladies nosocomiales dans des scénarios variés.

8.3 RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'HYGIÈNE ET LA SALUBRITÉ

Le groupe ayant effectué les visites recommande :

- 8.3.1 Que l'agence régionale considère l'inclusion dans les ententes de gestion avec les établissements, la mise au niveau du nombre d'employés d'entretien sanitaire sur les quarts de travail actifs, 365 jours par année. Dans tous les quarts de travail, il devra y avoir une personne qualifiée et expérimentée pour assurer un encadrement de la qualité, et ce, dans chaque installation.
- 8.3.2 Que le MSSS, en collaboration avec le réseau, continue à développer les protocoles d'hygiène et salubrité pour faire suite au cadre de référence de juin 2006 et aux mesures intérimaires de décembre 2006.
- 8.3.3 Que le MSSS, en collaboration avec le réseau, développe des normes pour la désinfection des toilettes dans les urgences et les unités de débordement.
- 8.3.4 Que le MSSS, en collaboration avec le réseau, développe un cadre de référence et un programme de contrôle de la qualité en lien avec l'exécution des protocoles.
- 8.3.5 Que les établissements accélèrent l'utilisation d'outils de nettoyage à « plat ».
- 8.3.6 Que l'agence régionale avec le CHUS favorisent l'implantation et l'adaptation du programme d'entretien préventif continu des équipements roulants (fauteuils roulants, civières, etc.).

- 8.3.7 Que l'agence régionale et les établissements consentent les ajustements nécessaires aux services d'entretien sanitaire lors des ajouts de nouveaux espaces ou du développement de services de complexité supérieure.

8.4 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES

Le groupe ayant effectué les visites recommande :

- 8.4.1 Que les établissements soutenus par le MSSS s'assurent de maintenir les ratios recommandés, la stabilité et la compétence du personnel dédié à la prévention des infections nosocomiales.
- 8.4.2 Que le MSSS, en collaboration avec les réseaux de la santé et de l'éducation, œuvre pour qu'une formation initiale de niveau universitaire soit offerte aux infirmières et intervenants se dirigeant vers une carrière dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales.
- 8.4.3 Que le MSSS, les agences régionales et les établissements s'associent au réseau de l'éducation pour structurer le contenu de la formation pour le personnel d'entretien sanitaire pour être utilisé à l'embauche du nouveau personnel et pour la formation continue. En plus des matières de base, le cursus devra contenir des éléments techniques sur l'utilisation des produits et des équipements.
- 8.4.4 Que le MSSS, en collaboration avec l'agence régionale, consente des ajustements aux plans régionaux d'effectifs médicaux pour s'assurer de la disponibilité d'un médecin microbiologiste-infectiologue (affectation selon les besoins) dans tous les établissements ayant une mission de courte durée et pour soutenir, au niveau régional, les équipes de prévention des infections nosocomiales.
- 8.4.5 Que l'agence régionale continue à maintenir le leadership régional (TRPIN, intervention d'urgence, formation, etc.).

8.5 RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

Le groupe ayant effectué les visites recommande :

- 8.5.1 Que le MSSS, en collaboration avec les diverses instances, développe et soutienne financièrement un programme de contrôle d'utilisation des antibiotiques.

- 8.5.2 Que l'agence régionale et le CHUS favorisent la distribution à tous les médecins de l'Estrée du « Guide d'antibiothérapie pour patients hospitalisés ».

8.6 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES PROJETS ARCHITECTURAUX

Le groupe ayant effectué les visites recommande :

- 8.6.1 Que l'établissement et l'agence régionale poursuivent et terminent sans délais les travaux visant l'agrandissement et la mise aux normes du CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke.
- 8.6.2 Que le MSSS et les agences régionales s'assurent de la conformité des PFT et des plans des projets d'immobilisation en ce qui concerne les recommandations architecturales sur la prévention des infections nosocomiales.
- 8.6.3 Que l'agence régionale recommande au MSSS de passer immédiatement à la phase d'exécution des travaux d'agrandissement et de modernisation du CSSS de Memphrémagog. Ces travaux incluent la réfection de l'urgence.
- 8.6.4 Que l'agence régionale développe un programme d'immobilisation ciblé sur la disponibilité de lavabos à déclenchement automatique pour le personnel soignant, à proximité des chambres, notamment de celles de patients isolés pour le *Clostridium difficile*.
- 8.6.5 Que l'agence régionale et le CHUS prennent les moyens, soit pour éliminer l'unité de débordement ou la rendre conforme en ce qui a trait à l'accessibilité des salles de bain et des lavabos.

8.7 RECOMMANDATIONS SUR LA RECHERCHE

Le groupe ayant effectué les visites recommande :

- 8.7.1 Que le MSSS, en partenariat avec le FRSQ, développe des axes de recherche sur les maladies nosocomiales dans les centres hospitaliers universitaires.
- 8.7.2 Que le MSSS soutienne des recherches pour augmenter la compliance du respect des mesures d'hygiène, en particulier au lavage des mains. Ces recherches devront inclure l'exploration des moyens didactiques, incitatifs et coercitifs.

9 CONCLUSION

Tous les établissements visités ont accordé, au cours des dernières années, une haute priorité à la prévention des infections nosocomiales. Vous trouverez à l'annexe X le sommaire des recommandations du *Rapport régional sur les visites des CHSGS en regard du Clostridium difficile* en date du 15 décembre 2004. L'examen de cette annexe permet de constater que la plupart des recommandations ont été appliquées.

Le personnel dédié à la prévention des infections a été recruté et formé. La région, grâce au leadership de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et des établissements, a commencé à uniformiser ses pratiques en ce qui concerne : les mesures d'hygiène et d'entretien sanitaire, le transport interétablissement, le transport ambulancier et l'utilisation des antibiotiques.

Les résultats soutiennent les efforts déployés et le système de surveillance des DACD indique une baisse de l'incidence de ces événements et aucun décès n'est attribuable directement en 2006 au *Clostridium difficile*.

Les priorités seront nombreuses comme le montre la section sur les recommandations, mais parmi celles-ci, les suivantes doivent retenir particulièrement l'attention des décideurs :

- 1° Consolider l'application des mesures d'hygiène de base, en particulier du lavage des mains.
- 2° Consolider et protéger les fonctions et la formation des infirmières de prévention des infections.
- 3° Mettre à niveau le nombre de personnel d'entretien sanitaire, en particulier pendant les périodes de soirée, de nuit, de fins de semaine et jours fériés. S'assurer que ce personnel reçoit la même attention pour sa formation et son implication dans la lutte contre les infections nosocomiales que le personnel clinique.
- 4° Participer à la mise en place d'un programme de contrôle d'utilisation des antibiotiques.
- 5° Prioriser un plan d'immobilisation pour doter les chambres, notamment celles destinées à l'isolation des patients atteints de DACD, de lavabos à déclenchement automatique destinés au personnel soignant.

ANNEXE I

Comité régional de gestion des risques

Axes

Prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux

Prévention des infections nosocomiales

MANDAT GÉNÉRAL

Assurer la mise en place des modifications à la LSSSS concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux suite à l'adoption du projet de Loi 113 et du projet de Loi 83, activités relatives à la gestion des risques.

Chaque établissement a procédé à la désignation d'une personne répondante de ce dossier.

MANDATS SPÉCIFIQUES

- Connaître les modifications à la LSSSS concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux suite à l'adoption du projet de Loi 113 et du projet de Loi 83;
- Participer aux rencontres d'information/formation organisées par le Groupe vigilance pour la sécurité des soins ou autres organismes ou associations;
- Recevoir et transmettre, dans son milieu, l'information sur l'avancement des travaux du Groupe vigilance ou de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN);
- Appliquer les recommandations issues de la TRPIN dans chaque établissement concerné;
- Mettre en commun les outils disponibles;
- Favoriser un lieu d'échange;
- Participer à des sous-comités de travail selon les priorités.

OBLIGATIONS POUR LES ÉTABLISSEMENTS

- Formation d'un comité de gestion des risques.
- Élaboration d'une politique de divulgation de tout accident.
- Déclaration de tout incident/accident.
- Constitution d'un registre local des incidents/accidents.
- Sollicitation de l'agrément.

N.B. : Un autre comité a reçu le mandat de s'assurer de la mise en place des « Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques ».

**Direction générale associée à la coordination
et aux ressources humaines**

2006-06-02

h:\nathalie\4002-01-00, gestion des risques\4002-01-01, axe prestation sécuritaire\mandat - gestion des risques - axes pin et prestation sécuritaire.doc

ANNEXE II

TABLE RÉGIONALE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

MANDAT GÉNÉRAL

Assurer l'expertise, au bénéfice du réseau de la santé de l'Estrie, au niveau de la prévention, de la surveillance et du contrôle des infections nosocomiales.

MANDATS SPÉCIFIQUES

- En accord avec les recommandations de la Table provinciale en prévention des infections nosocomiales, définir les lignes directrices régionales à appliquer dans les établissements de santé du réseau estrien.
- Développer les outils nécessaires à l'harmonisation des pratiques, eu égard aux infections nosocomiales, dans les établissements de santé du réseau estrien.
- Mettre sur pied les activités de formation destinées au personnel de ces établissements.
- Analyser les données de surveillance en provenance de ces établissements.
- Informer ces établissements de la situation épidémiologique en région et ailleurs au Québec.
- Offrir un support scientifique à ces établissements.

COMPOSITION

- 3 médecins microbiologistes/infectiologues du CHUS.
- 5 professionnelles ou professionnels en prévention des infections des établissements, dont 3 provenant d'établissements autres que le CHUS.
- 1 représentante ou représentant de la Direction de la qualité du CHUS (plus précisément du service d'entretien sanitaire).
- 3 représentantes ou représentants de la Direction de santé publique (Agence).
- 1 représentante ou représentant de la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines (Agence).

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

- Coprésidence assurée par la Directrice de santé publique (Agence) et un médecin microbiologiste/infectiologue du CHUS.
- Support clérical fourni par la Direction de santé publique (Agence).
- Toute production issue de cette table régionale est acheminée au comité régional de gestion des risques, pour fins d'application dans les établissements de santé du réseau estrien.

FRÉQUENCE DES RENCONTRES

- 2 réunions générales par année (ou plus selon les besoins).
- Rencontres de sous-comités de travail par domaine d'expertise.

MÉCANISME DE LIAISON AVEC LA TABLE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX

Liaison assurée par la Directrice de santé publique (Agence).

ANNEXE III

TABLE RÉGIONALE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

PLAN D'ACTION 2006-2007 ET SOUS-COMITÉS

❖ **ORGANISATION ET COMPOSANTES STRUCTURELLES DU PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

1. Composantes structurelles du programme (comité multidisciplinaire prévention des infections et service de prévention et de contrôle des infections nosocomiales).
2. Rattachement administratif.

Décision : Priorités retenues par la TRPIN à sa réunion du 30 mai 2006

Mandat :

Chaque organisation doit avoir un minimum de structures et un rattachement administratif, que ce soit pour les petits, les moyens ou les plus gros établissements comme le CSSS-IUGS ou le CHUS. La TRPIN peut proposer un modèle structurel et un modèle de programme expliquant comment implanter et soutenir les actions d'un comité de prévention des infections. Un plan de travail doit être présenté au Comité de gestion des risques à l'automne 2006. Un rapport final sera à produire en mai 2007.

Composition du sous-comité :

D^r Juan Roberto Iglesias, M^{mes} Nathalie Léonard, Lucie Bellehumeur, Odette Favreau et Louise Lemay. Des personnes extérieures au sous-comité peuvent être consultées si nécessaire, par exemple une ressource des petits centres.

❖ **SURVEILLANCE**

1. Volet obligatoire des programmes de surveillance provinciale et évaluer la pertinence de participer aux volets complémentaires et facultatifs de ces programmes
 - DACD
 - SARM
 - Bactériémies cathéters vasculaires centraux dans les soins intensifs

Décision : ajouter :

- Bactériémie à *Staphylococcus aureus* incluant le SARM
- Influenza
- ERV (par les laboratoires)

Mandat :

En tant que Table régionale de prévention des infections nosocomiales, aucun mandat ne sera donné à un sous-comité pour développer des programmes de surveillance. On utilisera ceux qui

seront produits et fournis par le niveau provincial; le DACD existe déjà et la prochaine priorité est le SARM. La région va ainsi s'intégrer à ce programme à venir.

❖ POLITIQUES ET PROCÉDURES, SOUTIEN

- | |
|---|
| 1. Soutien et expertise en matière de prévention et de contrôle des infections pour l'ensemble des activités fonctionnelles et thérapeutiques de l'établissement |
|---|

Décision : Rendre accessible et publiciser le babillard régional

Mandat :

Il est demandé d'améliorer l'utilisation, l'accessibilité, le fonctionnement du babillard et finalement d'en faire l'évaluation, et ce, pour les différents usagers. Il est important en plus de rejoindre ceux qui n'ont pas accès au Lotus Notes, par exemple les médecins spécialistes, ceux en cliniques privées et aux infirmières en prévention des infections nosocomiales.

La D^{re} Ménard fera les démarches nécessaires pour déterminer quels seront les outils, qu'ils soient de niveau provincial ou régional afin de les rendre disponibles soit aux infirmières en prévention des infections nosocomiales, Lotus Notes ou via le site internet de l'Agence. La validation de la documentation du volet gastroentérites sera faite par la D^{re} Ménard et M^{me} Gingras.

Composition du sous-comité :

D^r Juan Roberto Iglesias, D^{re} Suzanne Ménard et M^{me} Nathalie Léonard.

❖ ÉDUCATION ET FORMATION

- | |
|--|
| 1. Éducation et formation du personnel de l'établissement (à l'embauche et en cours d'emploi) |
|--|

Décision : Campagne régionale de sensibilisation sur 1 journée annuelle – développer des outils
--

Mandat :

Il est demandé d'instaurer une journée annuelle régionale de sensibilisation en prévention des infections nosocomiales dans l'ensemble des établissements. Des activités locales et des outils communs de communication pourraient être préparés pour cette journée avec un thème précis.

Composition du sous-comité :

La D^{re} Suzanne Ménard en collaboration avec les membres de la Table régionale des infirmières en prévention des infections nosocomiales.

❖ COMMUNICATION / INFORMATION

- | |
|--|
| 1. Diffusion de l'information (autres établissements, TRPIN, DRSP, Agence) afin de partager les outils, d'harmoniser les pratiques et d'échanger sur les divers aspects d'intervention et de surveillance |
|--|

Décision : Élaboration et partage d'outils adéquats à partir de ce qu'il y a de disponible dans la région :
--

- **pour le lavage des mains**
- **pour l'étiquette respiratoire**
- **vigie MRS triage influenza aviaire**

Pour les deux thèmes retenus : lavage des mains et l'étiquette respiratoire : un ou deux thèmes peuvent être retenus pour la journée de sensibilisation.

Il serait également important de diffuser à la population en général pour l'étiquette respiratoire. On annonce qu'une campagne globale de communication sera faite par le MSSS à ce sujet.

Le canal de transmission de l'information doit être le Comité de gestion des risques. La D^{re} Dorval rappelle que les outils communs doivent être approuvés par la TRPIN, puis déposés au Comité de gestion des risques. Ceux-ci peuvent aussi être déposés aux infirmières en prévention des infections nosocomiales par la suite. Il est important que tous les établissements de la région aient des outils adéquats, peu importe la forme.

/lg

H:\Word\GINETTE\C Difficile\TPIN\2006\OJ et CR\Résumé plan d'action + sous-comités TRPIN.doc (12/12/2006)

ANNEXE IV

Référence : 4611-20-01

Le 17 novembre 2006

Monsieur Mario Morand
Directeur général
CSSS des Sources
475, 3^e Avenue
Asbestos (Québec) J1T 1X6

**Objet : Visite d'établissements à mission Centre hospitalier dans le cadre de la
prévention des infections nosocomiales**

Monsieur le Directeur général,

La mise en place de mesures de prévention des infections nosocomiales a donné de bons résultats à travers le Québec et particulièrement dans notre région. Cependant, certaines périodes d'éclosions soulignent l'importance de maintenir la vigilance.

À la demande du MSSS, nous prévoyons faire une visite de votre établissement dans les semaines à venir. Pour ce faire, nous nous servirons notamment du questionnaire que vous avez complété récemment.

Vous recevrez dans les prochains jours une grille à compléter pour vérifier vos disponibilités pour cette visite, que nous prévoyons être en mesure d'effectuer d'ici le 22 décembre 2006.

Le responsable de la visite est le Docteur Juan Roberto Iglesias, médecin-conseil à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et nous souhaitons que vous soyez accompagné à cette rencontre des personnes suivantes :

- directeur ou directrice des soins infirmiers;
- responsable des services de l'entretien ménager;
- directeur ou directrice des services professionnels;

...2

- infirmier ou infirmière responsable de la prévention des infections nosocomiales ;
- pharmacien.

Nous vous remercions de votre collaboration habituelle. Veuillez croire, Monsieur le Directeur général, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le président-directeur général,



Michel Baron, M.D.

MB/GD/lg

c.c. Docteure Ginette Dorval, Directrice de santé publique
Docteur Juan Roberto Iglesias, Médecin-conseil, Direction de santé publique

Référence : 4611-20-01

Le 17 novembre 2006

Monsieur François Therrien
Directeur général
CSSS du Granit
3569, rue Laval
Lac-Mégantic (Québec) G6B 1A5

**Objet : Visite d'établissements à mission Centre hospitalier dans le cadre de la
prévention des infections nosocomiales**

Monsieur le Directeur général,

La mise en place de mesures de prévention des infections nosocomiales a donné de bons résultats à travers le Québec et particulièrement dans notre région. Cependant, certaines périodes d'éclosions soulignent l'importance de maintenir la vigilance.

À la demande du MSSS, nous prévoyons faire une visite de votre établissement dans les semaines à venir. Pour ce faire, nous nous servirons notamment du questionnaire que vous avez complété récemment.

Vous recevrez dans les prochains jours une grille à compléter pour vérifier vos disponibilités pour cette visite, que nous prévoyons être en mesure d'effectuer d'ici le 22 décembre 2006.

Le responsable de la visite est le Docteur Juan Roberto Iglesias, médecin-conseil à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et nous souhaitons que vous soyez accompagné à cette rencontre des personnes suivantes :

- directeur ou directrice des soins infirmiers;
- responsable des services de l'entretien ménager;
- directeur ou directrice des services professionnels;

...2

- infirmier ou infirmière responsable de la prévention des infections nosocomiales ;
- pharmacien.

Nous vous remercions de votre collaboration habituelle. Veuillez croire, Monsieur le Directeur général, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le président-directeur général,



Michel Baron, M.D.

MB/GD/lg

c.c. Docteure Ginette Dorval, Directrice de santé publique
Docteur Juan Roberto Iglesias, Médecin-conseil, Direction de santé publique

Référence : 4611-20-01

Le 17 novembre 2006

Madame Monique Corbeil
Directrice générale
CSSS de Memphrémagog
50, rue St-Patrice Est
Magog (Québec) J1X 3X3

**Objet : Visite d'établissements à mission Centre hospitalier dans le cadre de la
prévention des infections nosocomiales**

Madame la Directrice générale,

La mise en place de mesures de prévention des infections nosocomiales a donné de bons résultats à travers le Québec et particulièrement dans notre région. Cependant, certaines périodes d'éclosions soulignent l'importance de maintenir la vigilance.

À la demande du MSSS, nous prévoyons faire une visite de votre établissement dans les semaines à venir. Pour ce faire, nous nous servirons notamment du questionnaire que vous avez complété récemment.

Vous recevrez dans les prochains jours une grille à compléter pour vérifier vos disponibilités pour cette visite, que nous prévoyons être en mesure d'effectuer d'ici le 22 décembre 2006.

Le responsable de la visite est le Docteur Juan Roberto Iglesias, médecin-conseil à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et nous souhaitons que vous soyez accompagnée à cette rencontre des personnes suivantes :

- directeur ou directrice des soins infirmiers;
- responsable des services de l'entretien ménager;
- directeur ou directrice des services professionnels;

...2

- infirmier ou infirmière responsable de la prévention des infections nosocomiales ;
- pharmacien ;
- microbiologiste-infectiologue impliqué dans la prévention des infections nosocomiales.

Nous vous remercions de votre collaboration habituelle. Veuillez croire, Madame la directrice générale, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le président-directeur général,



Michel Baron, M.D.

MB/GD/lg

c.c. Docteure Ginette Dorval, Directrice de santé publique
Docteur Juan Roberto Iglesias, Médecin-conseil, Direction de santé publique

Référence : 4611-20-01

Le 17 novembre 2006

Madame Patricia Gauthier
Directrice générale
CHUS – Hôtel-Dieu
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke (Québec) J1G 2E8

**Objet : Visite d'établissements à mission Centre hospitalier dans le cadre de la
prévention des infections nosocomiales**

Madame la Directrice générale,

La mise en place de mesures de prévention des infections nosocomiales a donné de bons résultats à travers le Québec et particulièrement dans notre région. Cependant, certaines périodes d'éclosions soulignent l'importance de maintenir la vigilance.

À la demande du MSSS, nous prévoyons faire une visite de votre établissement dans les semaines à venir. Pour ce faire, nous nous servirons notamment du questionnaire que vous avez complété récemment.

Vous recevrez dans les prochains jours une grille à compléter pour vérifier vos disponibilités pour cette visite, que nous prévoyons être en mesure d'effectuer d'ici le 22 décembre 2006.

Le responsable de la visite est le Docteur Juan Roberto Iglesias, médecin-conseil à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrée et nous souhaitons que vous soyez accompagnée à cette rencontre des personnes suivantes :

- directeur ou directrice des soins infirmiers;
- représentant des services de l'entretien ménager;
- directeur ou directrice des services professionnels;

...2

- infirmier ou infirmière responsable de la prévention des infections nosocomiales ;
- pharmacien ;
- microbiologiste-infectiologue impliqué dans la prévention des infections nosocomiales.

Nous vous remercions de votre collaboration habituelle. Veuillez croire, Madame la directrice générale, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le président-directeur général,



Michel Baron, M.D.

MB/GD/Ig

c.c. Docteure Ginette Dorval, Directrice de santé publique
Docteur Juan Roberto Iglesias, Médecin-conseil, Direction de santé publique

ANNEXE V



Monsieur Mario Morand
Directeur général
CSSS des Sources
475, 3^e Avenue
Asbestos (Québec) J1T 1X6

**Objet : Visite d'établissements à mission Centre hospitalier dans le cadre de la
prévention des infections nosocomiales**

Monsieur le Directeur général,

Faisant suite à la lettre concernant l'objet cité en titre que vous faisait parvenir le D^r Michel Baron, président-directeur général de l'Agence, en date du 17 novembre dernier, vous trouverez ci-jointes les modalités de la visite de votre établissement.

La visite aura lieu le mardi 19 décembre 2006, de 14 h 30 à 16 h 30, au CSSS des Sources. Je serai accompagné de M^{me} Nathalie Léonard, agente de planification, de programmation et de recherche à l'Agence de la santé et de M. Gaétan Godbout, adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité au CHUS.

Comme indiqué par le D^r Baron, je souhaiterais que vous soyez accompagné des personnes suivantes :

- directeur ou directrice des soins infirmiers;
- responsable des services de l'entretien ménager;
- directeur ou directrice des services professionnels;
- infirmier ou infirmière responsable de la prévention des infections nosocomiales ;
- pharmacien.

La visite consistera en une rencontre pour discuter des différents aspects de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales principalement orientés vers la prévention des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD), et en particulier sur les aspects organisationnels, la gestion des cas suspects ou confirmés et sur les éléments d'hygiène et de salubrité.

Après cette discussion, nous souhaiterions visiter certaines parties de votre établissement en compagnie d'un ou de plusieurs membres de votre équipe. Par la suite, nous aimerions vous revoir pour une courte période, de façon à vous transmettre nos premières constatations et discuter avec vous du suivi qui sera fait à cette visite.

De façon à préparer notre rencontre, je souhaiterais que vous complétiez le questionnaire ci-joint. Vous noterez qu'il reprend certains des éléments du questionnaire que vous avez complété au début du mois de novembre 2006. Cette version plus développée permettra de refléter plus fidèlement la situation telle que vous la percevez dans votre établissement.

Je vous demande de retourner le questionnaire à M^{me} Louise Garant, pour le jeudi 14 décembre à 16 h 30, par Lotus notes.

Je vous demande également de nous rendre disponibles, lors de notre rencontre, les documents suivants :

- vos protocoles et procédures sur la salubrité ;
- les comptes-rendus des rencontres du Comité de prévention des infections nosocomiales de la dernière année ;
- le plan d'action de votre établissement en regard du *Clostridium difficile*.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration habituelle. Je demeure à votre entière disposition pour toute question additionnelle. Veuillez croire, Monsieur le Directeur général, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

LETTRE LUE ET APPROUVÉE PAR

Juan Roberto Iglesias, M.D.
Médecin-conseil
Service de la protection de la santé publique

JRI/lg

p.j. : Questionnaire

c.c. Docteur Michel Baron, Président-directeur général, Agence
Docteur Denise Donovan, Directrice de santé publique et de l'évaluation par intérim
Docteur Louise Frenette, Chef du Service de la protection de la santé publique
Madame Nathalie Léonard, Agente de planification, de programmation et de recherche, Agence
Monsieur Gaétan Godbout, Adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité, CHUS

Le 6 décembre 2006

Monsieur François Therrien
Directeur général
CSSS du Granit
3569, rue Laval
Lac-Mégantic (Québec) G6B 1A5

Objet : Visite d'établissements à mission Centre hospitalier dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales

Monsieur le Directeur général,

Faisant suite à la lettre concernant l'objet cité en titre que vous faisait parvenir le D^r Michel Baron, président-directeur général de l'Agence, en date du 17 novembre dernier, vous trouverez ci-jointes les modalités de la visite de votre établissement.

La visite aura lieu le mardi 12 décembre 2006, de 9 h à 11 h, au CSSS du Granit. Je serai accompagné de M^{me} Nathalie Léonard, agente de planification, de programmation et de recherche à l'Agence de la santé et de M. Gaétan Godbout, adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité au CHUS.

Comme indiqué par le D^r Baron, je souhaiterais que vous soyez accompagné des personnes suivantes :

- directeur ou directrice des soins infirmiers;
- responsable des services de l'entretien ménager;
- directeur ou directrice des services professionnels;
- infirmier ou infirmière responsable de la prévention des infections nosocomiales ;
- pharmacien.

La visite consistera en une rencontre pour discuter des différents aspects de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales principalement orientés vers la prévention des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD), et en particulier sur les aspects organisationnels, la gestion des cas suspects ou confirmés et sur les éléments d'hygiène et de salubrité.

Après cette discussion, nous souhaiterions visiter certaines parties de votre établissement en compagnie d'un ou de plusieurs membres de votre équipe. Par la suite, nous aimerions vous revoir pour une courte période, de façon à vous transmettre nos premières constatations et discuter avec vous du suivi qui sera fait à cette visite.

De façon à préparer notre rencontre, je souhaiterais que vous complétiez le questionnaire ci-joint. Vous noterez qu'il reprend certains des éléments du questionnaire que vous avez complété au début du mois de novembre 2006. Cette version plus développée permettra de refléter plus fidèlement la situation telle que vous la percevez dans votre établissement.

Je vous demande de retourner le questionnaire à M^{me} Louise Garant, pour le lundi 11 décembre à 12 h, par Lotus notes.

Je vous demande également de nous rendre disponibles, lors de notre rencontre, les documents suivants :

- vos protocoles et procédures sur la salubrité ;
- les comptes-rendus des rencontres du Comité de prévention des infections nosocomiales de la dernière année ;
- le plan d'action de votre établissement en regard du *Clostridium difficile*.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration habituelle. Je demeure à votre entière disposition pour toute question additionnelle. Veuillez croire, Monsieur le Directeur général, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

LETTRE LUE ET APPROUVÉE PAR

Juan Roberto Iglesias, M.D.
Médecin-conseil
Service de la protection de la santé publique

JRI/lg

p.j. : Questionnaire

c.c. Docteur Michel Baron, Président-directeur général, Agence
Docteur Denise Donovan, Directrice de santé publique et de l'évaluation par intérim
Docteur Louise Frenette, Chef du Service de la protection de la santé publique
Madame Nathalie Léonard, Agente de planification, de programmation et de recherche, Agence
Monsieur Gaétan Godbout, Adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité, CHUS

Le 6 décembre 2006

Référence : 4611-20-01

Madame Monique Corbeil
Directrice générale
CSSS de Memphrémagog
50, rue St-Patrice Est
Magog (Québec) J1X 3X3

**Objet : Visite d'établissements à mission Centre hospitalier dans le cadre de la
prévention des infections nosocomiales**

Madame la Directrice générale,

Faisant suite à la lettre concernant l'objet cité en titre que vous faisait parvenir le D^r Michel Baron, président-directeur général de l'Agence, en date du 17 novembre dernier, vous trouverez ci-jointes les modalités de la visite de votre établissement.

La visite aura lieu le jeudi 21 décembre 2006, de 9 h à 11 h, au CSSS de Memphrémagog. Je serai accompagné de M^{me} Nathalie Léonard, agente de planification, de programmation et de recherche à l'Agence de la santé et de M. Gaétan Godbout, adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité au CHUS.

Comme indiqué par le D^r Baron, je souhaiterais que vous soyez accompagnée des personnes suivantes :

- directeur ou directrice des soins infirmiers;
- responsable des services de l'entretien ménager;
- directeur ou directrice des services professionnels;
- infirmier ou infirmière responsable de la prévention des infections nosocomiales ;
- pharmacien ;
- microbiologiste-infectiologue impliqué dans la prévention des infections nosocomiales.

La visite consistera en une rencontre pour discuter des différents aspects de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales principalement orientés vers la prévention des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD), et en particulier sur les aspects organisationnels, la gestion des cas suspects ou confirmés et sur les éléments d'hygiène et de salubrité.

Après cette discussion, nous souhaiterions visiter certaines parties de votre établissement en compagnie d'un ou de plusieurs membres de votre équipe. Par la suite, nous aimerions vous revoir pour une courte période, de façon à vous transmettre nos premières constatations et discuter avec vous du suivi qui sera fait à cette visite.

De façon à préparer notre rencontre, je souhaiterais que vous complétiez le questionnaire ci-joint. Vous noterez qu'il reprend certains des éléments du questionnaire que vous avez complété au début du mois de novembre 2006. Cette version plus développée permettra de refléter plus fidèlement la situation telle que vous la percevez dans votre établissement.

Je vous demande de retourner le questionnaire à M^{me} Louise Garant, pour le jeudi 14 décembre à 16 h 30, par Lotus notes.

Je vous demande également de nous rendre disponibles, lors de notre rencontre, les documents suivants :

- vos protocoles et procédures sur la salubrité ;
- les comptes-rendus des rencontres du Comité de prévention des infections nosocomiales de la dernière année ;
- le plan d'action de votre établissement en regard du *Clostridium difficile*.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration habituelle. Je demeure à votre entière disposition pour toute question additionnelle. Veuillez croire, Madame la Directrice générale, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

LETTRE LUE ET APPROUVÉE PAR

Juan Roberto Iglesias, M.D.
Médecin-conseil
Service de la protection de la santé publique

JRI/lg

p.j. : Questionnaire

c.c. Docteur Michel Baron, Président-directeur général, Agence
Docteur Denise Donovan, Directrice de santé publique et de l'évaluation par intérim
Docteur Louise Frenette, Chef du Service de la protection de la santé publique
Madame Nathalie Léonard, Agente de planification, de programmation et de recherche, Agence
Monsieur Gaétan Godbout, Adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité, CHUS

Le 6 décembre 2006

Madame Patricia Gauthier
Directrice générale
CHUS – Hôtel-Dieu
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke (Québec) J1G 2E8

**Objet : Visite d'établissements à mission Centre hospitalier dans le cadre de la
prévention des infections nosocomiales**

Madame la Directrice générale,

Faisant suite à la lettre concernant l'objet cité en titre que vous faisait parvenir le D^r Michel Baron, président-directeur général de l'Agence, en date du 17 novembre dernier, vous trouverez ci-jointes les modalités de la visite de votre établissement.

La visite aura lieu le mardi 19 décembre 2006, de 10 h 30 à 12 h 30, au CHUS – Hôtel-Dieu. Je serai accompagné de M^{me} Nathalie Léonard, agente de planification, de programmation et de recherche à l'Agence de la santé et de M. Gaétan Godbout, adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité au CHUS.

Comme indiqué par le D^r Baron, je souhaiterais que vous soyez accompagnée des personnes suivantes :

- directeur ou directrice des soins infirmiers;
- représentant des services de l'entretien ménager;
- directeur ou directrice des services professionnels;
- infirmier ou infirmière responsable de la prévention des infections nosocomiales ;
- pharmacien ;
- microbiologiste-infectiologue impliqué dans la prévention des infections nosocomiales.

La visite consistera en une rencontre pour discuter des différents aspects de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales principalement orientés vers la prévention des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD), et en particulier sur les aspects organisationnels, la gestion des cas suspects ou confirmés et sur les éléments d'hygiène et de salubrité.

Après cette discussion, nous souhaiterions visiter certaines parties de votre établissement en compagnie d'un ou de plusieurs membres de votre équipe. Par la suite, nous aimerions vous revoir pour une courte période, de façon à vous transmettre nos premières constatations et discuter avec vous du suivi qui sera fait à cette visite.

De façon à préparer notre rencontre, je souhaiterais que vous complétiez le questionnaire ci-joint. Vous noterez qu'il reprend certains des éléments du questionnaire que vous avez complété au début du mois de novembre 2006. Cette version plus développée permettra de refléter plus fidèlement la situation telle que vous la percevez dans votre établissement.

Je vous demande de retourner le questionnaire à M^{me} Louise Garant, pour le jeudi 14 décembre à 16 h 30, par Lotus notes.

Je vous demande également de nous rendre disponibles, lors de notre rencontre, les documents suivants :

- vos protocoles et procédures sur la salubrité ;
- les comptes-rendus des rencontres du Comité de prévention des infections nosocomiales de la dernière année ;
- le plan d'action de votre établissement en regard du *Clostridium difficile*.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration habituelle. Je demeure à votre entière disposition pour toute question additionnelle. Veuillez croire, Madame la Directrice générale, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

LETTRE LUE ET APPROUVÉE PAR

Juan Roberto Iglesias, M.D.
Médecin-conseil
Service de la protection de la santé publique

JRI/lg

p.j. : Questionnaire

c.c. Docteur Michel Baron, Président-directeur général, Agence
Docteur Denise Donovan, Directrice de santé publique et de l'évaluation par intérim
Docteur Louise Frenette, Chef du Service de la protection de la santé publique
Madame Nathalie Léonard, Agente de planification, de programmation et de recherche, Agence
Monsieur Gaétan Godbout, Adjoint au soutien clinique à la Direction des soins infirmiers et de la qualité, CHUS

ANNEXE VI

**Personnes présentes lors des visites des CHSGS
du 12 décembre au 21 décembre 2006**

CSSS du Granit	François Therrien, directeur général Anne Boulet, pharmacienne Michèle Brochu, directrice des services professionnels Marie-Claude Brunelle, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers Louise Lemay, infirmière en prévention des infections Guy Philippon, directeur des services techniques
CHUS	Patricia Gauthier, directrice générale Lyne Cardinal, DASI Louise Dion, médecin responsable de l'équipe de prévention des infections Odette Favreau, infirmière clinicienne en prévention des infections Diane Gagnon, chefs des services sanitaires Gaétan Godbout, DASI (intérimaire) Maurice Roy, DGA Danielle St-Louis, DSIQ
CSSS des Sources	Mario Morand, directeur général Claude Brière, DSP Nathalie Charest, pharmacienne, chef du département de pharmacie Stéphane Charland, adjoint au directeur des services administratifs et auxiliaires, responsable des services d'entretien ménager Sylvie Dubois, coordonnatrice, infirmière responsable du contrôle et de la prévention des infections Brigitte Langois, directrice des programmes santé physique et services généraux et adjointe au DSP Sylvie Quenneville – volet DSI par interim
CSSS de Memphrémagog	Monique Corbeil, directrice générale Clothilde Gingras, infirmière-conseil à la qualité des services (incluant la prévention des infections) Mireille Goulet, pharmacienne Danielle Lareau, directrice des services conseils à la qualité et des soins infirmiers André Talbot, chef des ressources matérielles Mario Wilhelmy, directeur des services professionnels.

ANNEXE VII

SYNTHÈSE DES POINTS SAILLANTS DES VISITES – DÉCEMBRE 2006

ÉTABLISSEMENTS	CSSS DE MEMPHRÉMAGOG	CSSS DES SOURCES	CSSS DU GRANIT	CHUS (HD ET HF)
1. CONTEXTE DE L'ÉTABLISSEMENT ET SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE				
Mission	CHSGS CHSLD CLSC	CHSGS CHSLD CLSC	CHSGS CHSLD CLSC	CHSGS
Nombre de lits (selon le permis)	36 lits (soins aigus) 132 lits (longue durée)	16 lits (soins aigus) 85 lits (longue durée)	35 lits (soins aigus) 122 lits (longue durée)	682 lits dans deux établissements (HD et HF)
Volume de visites à l'urgence/an	27 000 visites	21 000 visites	23 500 visites	93 500 visites
Nature clientèle	7 unités de soins (1 cd, 1 ucdg, 1 urg, 4 ld) 3 lits soins intensifs	4 unités de soins (1 cd, 3 ld) Aucun lit soins intensifs	7 unités de soins 5 lits soins intensifs	21 unités de soins 41 lits soins intensifs
Situation épidémiologique	Taux par 10 000 patients/jr 2004 – 43 (3 patients) 2006 – 12 (1 patient) Éclosions limitées à répétition	Deux cas en 2006-2007 Ne fait pas partie du système de déclaration	En 2006-2007 : sur 7 périodes, le taux varie entre 15 et 0/10 000 j.présence	Taux 3,5/1000 admissions 3,6/10 000 personnes/jr
Changements à souligner depuis 2004	Investissement annuel 115 470 \$ Équipement 30 000 \$ Lingette à plat Ajout de personnel en hygiène, salubrité 2 TC/jr	Ajout de lavabos à déclenchement automatique dans les chambres privées Laveur décontaminateur 25 600 \$ Urgence rénovée	53 200 \$ équipement	2,8 millions \$
2. PLAN 'ACTION, SURVEILLANCE ET PRATIQUES GÉNÉRALES				
CA vs situation	Oui	Oui	Oui	Oui
CA vs plan d'action	Oui	Non	Oui	Oui
CA vs mécanisme de communication régulière	Oui	Oui	Oui	Oui
DG vs 1 responsable PCI Comité PCI	Oui Oui	Oui Oui en réorganisation	Oui Oui	Oui Oui
Ratio infirmière en PCI Gestion des éclosions	Oui Oui	Oui Non – difficulté d'application des précautions additionnelles	Oui oui	Non Oui
Commentaires	Travail remarquable compte tenu des lieux physiques Amélioration marquée de l'entretien sanitaire	Aménagement de l'urgence Excellent du point de vue de la prévention	Implication de l'infirmière en PCI et de l'entretien sanitaire	Excellent cadre de référence, qualité de l'équipe médicale, infirmière en PCI et engagement du personnel

ÉTABLISSEMENTS	CSSS DE MEMPHRÉMAGOG	CSSS DES SOURCES	CSSS DU GRANIT	CHUS (HD ET HF)
3. GESTION DES CAS				

Pts vs urgence	Oui	Oui	Oui	Oui
Pts vs unité débordement	Oui	Oui	Oui	Oui
Pts vs unité	Oui	Oui	Oui	Oui
Test de <i>C.difficile</i> demandé	Oui (Élisa)	Oui au CHUS	Oui au CHUS	Oui
Mise en place de mesure : - lors de symptômes - lors de confirmation	Oui	Oui	Oui	Oui
Disponibilité de test les fins de semaine et congés fériés	Oui (Élisa)	Non	Non	Non

4. HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

Lignes directrices connues	Oui	Oui	Oui	Oui
Formation du personnel	Oui – inf. PCI	Oui – entreprise privée + inf. PCI	Oui	Oui – inf. PCI
Ressources : - jour - soir - nuit - ratio préposé/lit tous quarts confondus	SemaineFin de semaine 96 41 21 1/111/22	SemaineFin de semaine 11 11 11 1/331/33	SemaineFin de semaine 72 30 10 1/141/79	SemaineFin de semaine 59,528 529 42 1/5,81/17
Logiciel	Oui, logiciel « Propre »	Oui, logiciel « Propre » non utilisé	Petit logiciel « Propre »	Oui, « MIKADO » Temps alloué, route de travail
Procédures de désinfection	Oui	Contrat avec firme privée	Oui	Oui
Temps requis, question # 33	30 à 45 minutes pour 2 personnes	2 hres/personne	1 h 30 à 2 h/personne	45 minutes x 2 personnes
Gestion des éclosions : grande désinfection	Oui Oui	Oui, difficulté corrigée Oui, apprentissage, précaution additionnelle	Oui Oui	Oui Oui
approche linéaire	Oui	Non	Oui	Oui
Contrôle qualité	Visuellement – logiciel « Propre », ils ont les outils mais non utilisés	Visuellement	Visuellement	Visuellement – demande en cours à AETMIS
Personnel formé, question # 5 1 par équipe	Oui par pairs + inf. PCI	Oui, inf. PCI et sous-traitant	Oui, par pairs + inf. PCI et fournisseurs	Oui, par pairs, fournisseurs
Information temps réel des mouvements des pts	Oui	Oui	Oui	Oui
Ajustement des interventions et ressources période de pointe	Oui	Oui	Oui (manque de ressource)	Oui
Participation du responsable entretien sanitaire au comité du PCI	Non / mais collaboration	Non / comité PCI en réorganisation mais collaboration	Oui / mais collaboration	Non / mais collaboration entraide

ÉTABLISSEMENTS	CSSS DE MEMPHRÉMAGOG	CSSS DES SOURCES	CSSS DU GRANIT	CHUS (HD ET HF)
Désinfection quotidienne des surfaces dans les chambres HI TOUCH/LOW TOUCH	Oui Fin de semaine	Oui	Oui Fin de semaine	Oui Fin de semaine ?
Outil à plat	Oui	Non	Oui	En implantation dans 5 unités de soins sur 22
Désinfection des salles de bain à l'urgence satisfaisante, question # 32	2/jour – 30 000 visites/an 80 visites/jour en moyenne de jour et soir au besoin	1/jour (60 visites/jour) De soir	4/jour -64 visites/jour Excellent de jour et de soir	HD 3/jr – 42 000 visites/109 jours HF 2/jr – 51 000 visites/137 jours de jour
Désinfection post-isolément/départ	Oui	Oui	Oui	Oui
Entretien du matériel des soins (civières, fauteuils roulants, etc.)	Oui, surface contact Non, entretien préventif	Oui, surface contact Non, entretien préventif	Oui, surface contact Non, entretien préventif	Oui, surface contact Entretien préventif aux 2 mois

5.
RESSOURCES HUMAINES ET FORMATION DU PERSONNEL

Ratio infirmière	Oui – 2 TP (2 jours) (0,8 ETC)	Oui (0,4 ETC)	Oui (0,8 ETC)	Non : 4 ETC/7 + 2 en 2007 + 1 en 2008
Présence comité PCI nombre de réunions (6/an)	Oui, 4	Non, rencontres informelles	Oui, 2	Oui, 3
Précautions additionnelles <i>C.difficile</i> connu du personnel infirmier, médecin, intervenants cliniques et entretien	Oui	Oui	Oui	Oui

6.
UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

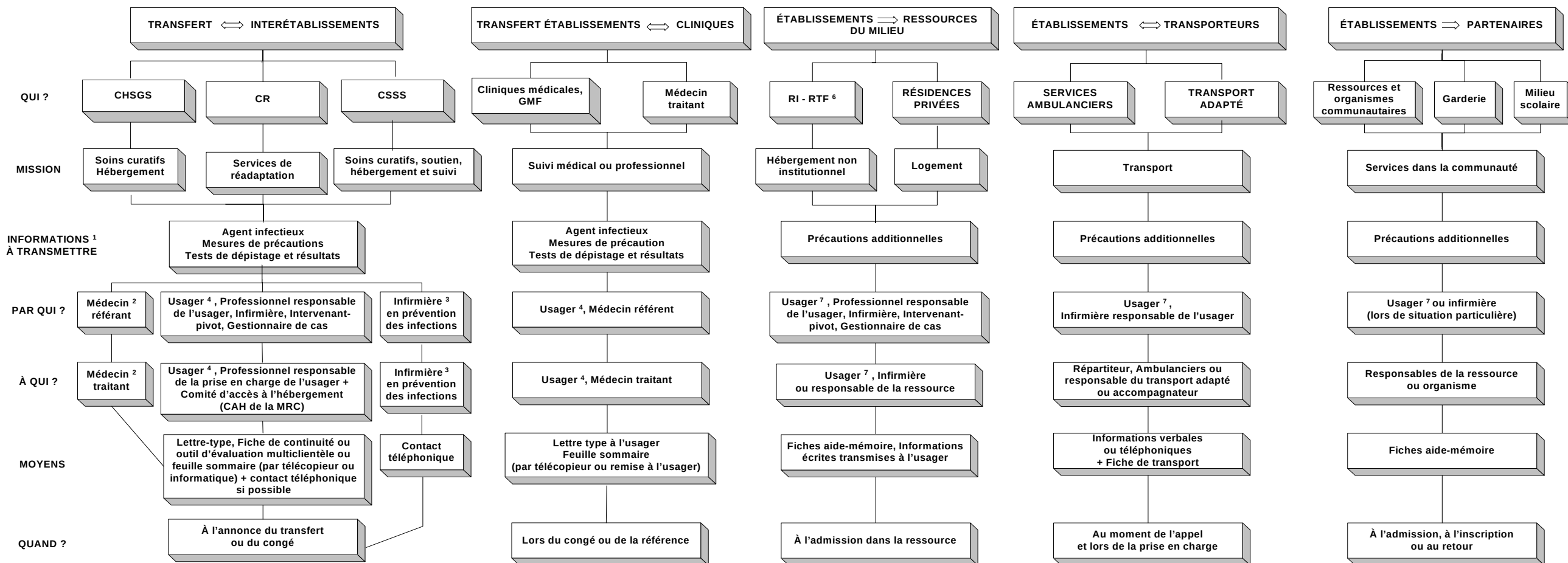
Politique existante	Non	Oui – ligne du CHUS	Oui – ligne du CHUS	Oui
Suivi de la politique respect	?	?	Oui	Pas de façon systématique

7.
AUTRES ÉLÉMENTS

Question # 31 produits de désinfections : Qualité produits + pourcentage dilution?	GP Farward Virox 1/36 pour désinfection	C-64 1/50 Eau de javel 6%	Virox 0,5% Hydrox 0,5%	Virox 0,5% (mobilier toilette) Ammoniaque quaternaire de 5 ^e génération « Éclipse II » (plancher)
---	--	------------------------------	---------------------------	--

ANNEXE VIII

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES INFECTIONS SYNTHÈSE DES MODALITÉS DE TRANSFERT



¹ Les informations à transmettre sont liées exclusivement au mandat de l'établissement receveur.

² La communication de l'information entre le médecin référant et le médecin traitant est une responsabilité médicale.

³ L'infirmière en prévention des infections intervient seulement lorsque la situation l'exige, dans les situations extraordinaires (virulence de l'agent pathogène, éclosion active ou potentielle).

⁴ L'usager est toujours responsable de transmettre l'information de son état de porteur d'agent infectieux à tous les professionnels de la santé consultés via la lettre-type « Avis au porteur d'un agent infectieux ».

⁵ Les moyens servant déjà à la continuité des services (fiches de continuité, fiches-réseau, fiche de transport, fiches aide-mémoire sur les pratiques de base et précautions additionnelles, etc.) sont mis à profit pour transmettre les informations concernant la prévention des infections.

⁶ RI-RTF : ressource intermédiaire - ressource de type familial.

⁷ L'usager est toujours responsable de transmettre les informations sur les précautions à prendre lorsqu'il reçoit des services à l'extérieur des établissements (ressources du milieu, partenaires, transporteur).

PRÉVENTION DES INFECTIONS PROTOCOLE DE TRANSFERT

BUT

Contrer la transmission des infections lors du transfert des usagers entre les établissements du réseau de la santé, et entre les établissements et la communauté.

OBJECTIFS

- Préciser les modalités de communication de l'information.
- S'assurer que l'information pertinente soit transmise rapidement entre les établissements.

PRINCIPES DIRECTEURS

ASPECT LÉGAL

- Confidentialité et respect du droit à la vie privée : toute divulgation d'information requiert le consentement éclairé de l'utilisateur.
- Respect des normes de pratique : le contenu de l'information clinique à transmettre dépend :
 - du potentiel de transmission de l'agent infectieux (virulence, mode de transmission, résistance dans l'environnement) en regard de la prestation des soins et des services de santé
 - du mandat de l'établissement receveur

CONTINUITÉ DES SERVICES

- Qualité des services : transmission des informations pertinentes aux bons intervenants afin d'assurer la continuité des services.
- Efficacité : éviter les interventions inutiles (tests de contrôle, isolement préventif).
- Sécurité : prévention de la transmission des infections aux autres usagers, à l'entourage ainsi qu'aux professionnels, particulièrement en cas d'éclosion, les admissions et les transferts sont limités.

PROCÉDURE : VOIR TABLEAU « SYNTHÈSE DES MODALITÉS DE TRANSFERT » (ANNEXE 1)

- La procédure de transfert de l'information s'applique aux différents paliers (locaux et régionaux) et entre tous les partenaires du réseau local de services (CSSS, CHUS, CR, GMF, cliniques médicales, résidences privées, ressources intermédiaires, ressources de type familial, transport ambulancier et adapté, organismes communautaires concernés).
- L'utilisateur doit être informé et sensibilisé sur l'importance d'informer tous les professionnels de la santé de son état de porteur d'un agent infectieux et des risques de transmission.
- L'information relative à la prévention des infections ne contient que les renseignements sur les précautions à prendre (précautions contact, gouttelettes ou aériennes) et sur l'agent infectieux lorsque la connaissance de celui-ci est nécessaire à la surveillance et à la mise en place de mesures de prévention.

- La communication de l'information entre le médecin référant et le médecin traitant est une responsabilité médicale.
- L'infirmière en prévention des infections est responsable de la transmission de l'information dans les situations d'éclosion active ou potentielle.
- Les outils servant à la continuité des services (fiche-réseau, fiche de continuité, etc.) seront mis à profit pour le transfert de l'information et sont disponibles sur le babillard régional de gestion des risques.

LISTE DES MOYENS UTILISÉS

1. Fiche-réseau ou fiche de continuité des soins
2. Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)
3. Feuille sommaire (information médicale)
4. « Avis au porteur d'un agent infectieux » (annexe 2)
5. Fiches aide-mémoire sur les pratiques de base et précautions additionnelles (annexe 3)
6. Fiche de transport ambulancier ou adapté (annexe 4)
7. Contact téléphonique, si possible

Références

ADRLSSSS (2004) Sommaires exécutifs, Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au Clostridium Difficile au Québec.

CHUS (2004) Cadre de référence pour une culture de prévention, L'affaire de tous, une responsabilité pour chacun.

MSSS (2000) Mesures de contrôle et prévention des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec. Gouvernement du Québec.

Documents sur la prévention des infections de l'IUGS et du Val Saint-François.

ANNEXE IX

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

La responsabilité première de l'élaboration d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales est celle des établissements. Ce programme vise de façon générale à protéger les patients contre l'acquisition d'infections ou de germes multirésistants durant un épisode de soins. Il vise également la protection du personnel, des visiteurs ou des aidants vis-à-vis de ce même risque¹.

Les infections nosocomiales sont reconnues comme étant la 2^e cause des accidents évitables en milieu de soins.

Certaines composantes structurelles sont essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un tel programme dont la mise en place d'un comité de prévention et de contrôle des infections.

Comité de prévention et de contrôle des infections (CPCI)

Le CPCI doit être adapté à chaque établissement selon sa taille, sa mission, ses activités, de même que son expérience dans le domaine.

Mission

Le CPCI a pour mission de déterminer les objectifs du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et de déterminer les priorités d'action.

Mandat

Le CPCI devrait se préoccuper des 6 volets suivants :

- surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard de problèmes infectieux émergents : assurer un suivi régulier du tableau de bord des infections nosocomiales sous surveillance;
- politiques, procédures et mesures de soutien : faire le point régulièrement sur les pratiques et politiques concernant les infections nosocomiales et leur application;
- éducation et formation : déterminer et promouvoir les priorités de formation et l'actualisation des connaissances dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales;
- évaluation : participer à l'évaluation des objectifs de prévention fixés dans le plan d'action annuel;
- communication et information : participer à l'élaboration et la réalisation du plan de communication concernant la prévention des infections nosocomiales;
- gestion des éclosions : analyser les données provenant des éclosions et faire les recommandations aux autorités concernées.

Rattachement

Comme les infections nosocomiales sont reconnues comme des accidents évitables, le CPCI est directement interpellé par la gestion des risques. Le CPCI devrait idéalement être rattaché au comité de gestion des risques étant donné la similitude des mandats entre ces deux comités et le rattachement du comité de gestion des risques au conseil d'administration.

De plus, tel que spécifié aux articles 183.1 et 183.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le plan d'organisation de tout établissement doit prévoir la formation d'un comité de gestion des risques. Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

¹ La prévention et le contrôle des infections nosocomiales, MSSS (2006), Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec.

1. identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement **dans le cas des infections nosocomiales**, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
2. s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
3. assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

De façon alternative, le CPCI pourrait, si l'établissement le décide ainsi, être rattaché à une instance garantissant son rayonnement et son efficacité et ayant un lien étroit avec le comité de gestion des risques et le conseil d'administration.

Composition

Composition de base :

- un directeur clinique ou son adjoint direct;
- une infirmière en prévention et contrôle des infections;
- un médecin ayant de l'intérêt pour la prévention et le contrôle des infections ou le directeur des services professionnels;
- une personne représentant le service d'entretien (hygiène et salubrité);
- une personne représentant le service de santé et sécurité au travail;
- une personne représentant le service de stérilisation (si disponible dans l'établissement).

Composition optimale :

- un directeur clinique ou son adjoint direct;
- l'équipe des infirmières en prévention et contrôle des infections de l'établissement;
- un médecin microbiologiste-infectiologue et/ou un médecin ayant de l'intérêt pour la prévention et le contrôle des infections ou le directeur des services professionnels;
- une personne représentant le service d'entretien (hygiène et salubrité);
- une personne représentant le service de santé et sécurité au travail;
- une personne représentant le service de stérilisation (si disponible dans l'établissement);
- une personne représentant chacun des secteurs cliniques de l'établissement;
- un pharmacien ou une pharmacienne ayant de l'intérêt pour la prévention et le contrôle des infections (si disponible dans l'établissement).

Fréquence des rencontres

La fréquence optimale est de 6 rencontres par année. Une fréquence minimale de 4 rencontres est jugée essentielle afin d'assurer le suivi du programme.

Document approuvé par la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) lors de la rencontre tenue le 6 décembre 2006.

DGACRH
2006-11-15

ANNEXE X

**SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT RÉGIONAL
SUR LES VISITES DES CHSGS EN REGARD DU CLOSTRIDIUM
DIFFICILE – 15 DÉCEMBRE 2004**

LE VOLET CLINIQUE :	
La surveillance	
Poursuivre ou instaurer un système de surveillance pour le nombre de nouveaux cas sur une base continue et par périodes administratives.	Réalisé
Diagnostic de laboratoire	
Aucune.	
Mesures de prévention et contrôle	
Compte tenu de l'impossibilité technique d'appliquer cette ligne directrice (lavage des mains au savon antiseptique), il serait bon de sensibiliser le comité des infections nosocomiales à cette réalité. Saisir la Table régionale de prévention des infections nosocomiales de cette situation régionale.	Réalisé
Procédures de transfert des patients interétablissement	
Uniformiser le plus rapidement possible les procédures de communication interétablissements lors de transferts de patients atteints et accélérer les travaux en cours au niveau régional.	Réalisé
Ressources humaines en prévention des infections nosocomiales	
Poursuivre au CHUS les investissements consentis en 2004-2005, soit selon la modalité actuelle qui sera évaluée ou encore par l'embauche de professionnels dédiés à la prévention des infections pour atteindre le ratio 1/133.	Réalisé en avril 2007 Ratio 1/100 sera atteint dans 1 an
Formation du personnel	
Inclure les médecins et l'ensemble des intervenants cliniques dans la formation afin qu'ils soient capables de reconnaître les patients atteints de DACD, d'appliquer et de respecter les mesures de prévention prescrites.	Réalisé
Dispenser une formation adéquate et uniforme à tout le personnel concerné de l'ensemble des établissements de l'Estrie. Cette formation est prévue le 14 décembre.	Réalisé

Politique d’utilisation des antibiotiques Généraliser à tous les CH la révision continue de l’utilisation des antibiotiques. Le programme de surveillance devant au moins inclure une surveillance minimale concernant la clindamycine, les fluoroquinolones et les céphalosporines de 2 ^e et 3 ^e génération. Diffuser de concert avec la Table régionale de prévention des infections nosocomiales les outils produits par le CHUS sur l’utilisation adéquate des antibiotiques.	Non réalisé de façon systématique Réalisé
--	--

IMMOBILISATIONS ET ENTRETIEN SANITAIRE :

Les chambres privées Actualiser les Plans fonctionnels et techniques prévus, et compléter les PFT en cours dans les meilleurs délais.	Réalisé
Les cabinets de toilette Actualiser les Plans fonctionnels et techniques prévus. Comme solution alternative, s’assurer que les chaises d’aisance sont en nombre suffisant pour pouvoir être utilisées comme accessoire dédié au patient infecté.	Réalisé
Les lavabos Actualiser les Plans fonctionnels et techniques prévus. Comme solution alternative, s’assurer que la formation du personnel comprend l’enseignement d’une technique de lavage des mains évitant de se contaminer de nouveau. Saisir le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de la difficulté technique d’appliquer la recommandation concernant le lavage des mains avec le savon antiseptique en attendant de documenter avec plus de précision l’efficacité du gel alcoolisé antiseptique dans le contrôle des éclosions d’infection à <i>C. difficile</i> , car cette méthode, en plus d’être efficace dans la lutte aux autres microorganismes, bénéficie d’un haut taux d’adhésion de la part du personnel soignant, du personnel d’entretien ménager et des visiteurs.	Formation réalisée. Disponibilité des lavabos à réaliser Réalisé
Le local d’entretien ménager Dans le cas du CH concerné, s’assurer que le local servant à l’entreposage des produits d’entretien ménager soit adéquatement ventilé.	Réalisé

L’instrumentation dédiée au patient infecté	
S’assurer, lorsqu’il y a lieu et dans la mesure du possible, que les équipements de soins puissent être dédiés au patient infecté.	Réalisé
Le matériel à l’entrée des chambres	
Aucune.	
Les procédures d’entretien ménager	
Aucune.	
La désinfection des chambres et des cabinets de toilette	
Procéder quotidiennement au nettoyage et à la désinfection de la chambre des patients atteints de <i>C. difficile</i> , incluant les surfaces horizontales, les surfaces fréquemment touchées (lumière, cloche d’appel, poignées de portes, téléphone, côtés de lit), et les surfaces visiblement souillées.	Réalisé
Les produits de nettoyage et de désinfection	
Saisir le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de la difficulté technique d’appliquer la recommandation concernant la désinfection à l’hypochlorite de sodium, et envisager la possibilité d’utiliser un autre produit désinfectant tel le Virox, en attendant de documenter avec plus de précision l’efficacité des produits de désinfection autres que l’hypochlorite de sodium dans le contrôle des éclosions d’infection à <i>C. difficile</i>, afin d’éviter, le cas échéant, les nombreux inconvénients liés à l’utilisation de ce produit. Analyser les résultats, dès que disponibles, de l’étude du CHUS comparant l’effet sporicide du Virox[®] avec celui de l’hypochlorite de sodium.	Réalisé
La gestion du matériel d’entretien ménager	
Dans le cas des CH concernés, s’assurer que les recommandations relatives à la gestion du matériel d’entretien ménager, eu égard au contrôle des éclosions d’infection à <i>C. difficile</i>, soient suivies. Plus spécifiquement, ces recommandations concernent le changement de vadrouilles humides utilisées dans les chambres de patients infectés ou symptomatiques, et la mise de vadrouilles et de chiffons souillés dans un sac de plastique envoyé ensuite à la buanderie.	Réalisé
La gestion des déchets	
Dans le cas du CH concerné, s’assurer qu’une procédure visant spécifiquement la gestion des déchets biomédicaux soit élaborée.	Réalisé

La santé et sécurité au travail en entretien ménager Dans le cas des CH concernés, s’assurer qu’une politique reliée à la santé et sécurité au travail en entretien ménager soit élaborée, et que l’équipement de protection personnelle recommandé pour les tâches d’entretien ménager soit disponible et utilisé. S’assurer qu’au niveau du CH concerné, des correctifs soient apportés afin que le local servant à l’entreposage des produits d’entretien ménager soit adéquatement ventilé.	Réalisé
La formation du personnel d’entretien ménager Aucune.	
Le contrôle de la qualité des services d’entretien ménager Aucune.	

COMMUNICATIONS :	
Le conseil d’administration (CA) de l’établissement Informer le CA de façon systématique et régulière de la situation qui prévaut dans l’établissement. Présenter au CA le plan d’action et les mesures spécifiques relatifs à la prévention et au contrôle du <i>Clostridium difficile</i> dans l’établissement.	Réalisé Réalisé, sauf un établissement
Les patients atteints S’assurer que chaque patient atteint comprendra bien son diagnostic et en quoi consiste la maladie.	Réalisé
Les visiteurs Les visiteurs doivent être informés du risque de transmission et se conformer aux mesures indiquées. Il faut limiter le nombre de visiteurs qui entrent dans la chambre. Étant donné la difficulté de s’assurer de leur collaboration, les enfants en bas âge ne devraient idéalement pas être admis. A chaque fois qu’ils sortent de la chambre, les visiteurs doivent se laver les mains, même s’ils ont porté des gants.	Réalisé pour l’information à donner aux visiteurs. Un seul CH limite les visites.