



Conseil d'administration

Date : 20 mars 2007

Point : 11

Séance tenante – pour information

**Visites d'appréciation de l'application
des mesures de prévention et de contrôle
des infections nosocomiales**

RAPPORT

**SUR LES VISITES DES CENTRES HOSPITALIERS
DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS
DE LA CÔTE-NORD**

*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord*

Québec 

Direction de santé publique de la Côte-Nord

Janvier 2007

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE	2
1.1 Organisation régionale.....	2
1.2 Épidémiologie régionale des infections à <i>Clostridium difficile</i>	3
2. PROCÉDURE ADOPTÉE POUR LES VISITES	4
2.1 Constitution de l'équipe de visite	4
2.2 Modalités des visites	4
3. FAITS SAILLANTS	6
3.1 Enjeux régionaux.....	6
4. CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS ISSUES DES VISITES	6
4.1 Détails concernant les CHSGS visités.....	6
4.1.1 Aspects organisationnels	6
4.1.2 Gestion des cas.....	9
4.1.3 Hygiène et salubrité.....	10
4.1.4 Immobilisations.....	13
5. MODALITÉS DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS	14
CONCLUSION	15
ANNEXE A – Activités régionales réalisées en PCI 2004-2006	16

INTRODUCTION

Au cours de l'automne 2004, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Côte-Nord a effectué la visite des deux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région afin de valider l'application des mesures provinciales recommandées à l'égard de la prévention des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD). Par la suite, compte tenu de l'importance accordée à ce dossier au niveau régional, l'ASSS a poursuivi la démarche auprès des cinq centres de santé de la Côte-Nord. Ces établissements périphériques possèdent entre 0 et 22 lits de courte durée et ne sont pas visés par le programme provincial de surveillance des DACD.

En novembre 2006, à la suite d'éclotions de DACD dans plusieurs régions du Québec et conformément aux attentes ministérielles, l'ASSS de la Côte-Nord s'assurait que tous les établissements de santé de la région (7) remplissent un questionnaire similaire à celui de 2004, afin de connaître l'ampleur et la nature des mesures de prévention et de contrôle mises en place au regard des infections à *Clostridium difficile*. À la suite de l'analyse des résultats recueillis provincialement, le MSSS mandatait les ASSS à reprendre les visites de tous les CHSGS de leur région.

Ce rapport dresse le portrait des visites effectuées auprès des deux CHSG de la Côte-Nord, soient le CSSS de Manicouagan et le CSSS de Sept-Îles, tel que priorisé par le Directeur de santé publique de la Côte-Nord.

1. CONTEXTE

Précision sur le rapport

Il est important de préciser la collaboration des différents acteurs impliqués à la rédaction du rapport. En effet, les sections «hygiène et salubrité» et «immobilisations» ont respectivement été rédigées par les membres de l'équipe responsables d'en apprécier les éléments.

1.1 ORGANISATION RÉGIONALE

Une région vaste

En 2006, la population de la Côte-Nord est estimée à 94 813¹. Le territoire desservi par l'Agence s'étend sur 270 000 km², de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par l'Île d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié des habitants de la région, soit 49,6 %. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire².

Des établissements hétérogènes

La Côte-Nord compte sept territoires de CSSS. Seuls les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles intègrent les missions de courte et de longue durée, des services d'urgence et des services médicaux spécialisés ainsi que la mission communautaire (CHSGS). Ils possèdent assez de lits de courte durée ainsi qu'un volume d'admissions annuelles suffisant pour participer au système de surveillance provincial des infections nosocomiales. De plus, une infirmière en prévention et contrôle des infections (PCI) y est présente à temps plein. Les cinq autres établissements détiennent entre 0 et 22 lits de courte durée, ce qui représente un poste de professionnel en PCI à raison de 0,1 à 0,2 ETP. À noter que chacun des établissements possède les ressources financières pour assurer la formation et le remplacement de ses professionnelles en PCI. Le tableau 1 illustre la distribution des postes en PCI dans les établissements de la Côte-Nord.

¹ MSSS, La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026 (édition 2005).

² ASSS Côte-Nord, Rapport annuel 2005-2006.

Tableau 1

Distribution des postes en PCI dans les établissements de la Côte-Nord

Établissement	Nombre de lit de courte durée	Infirmière en prévention des infections
CSSS de la Haute-Côte-Nord (Les Escoumins)	18	0,2 ETP
CSSS de Manicouagan (Baie-Comeau)	106	1 ETP
CSSS de Port-Cartier (Port-Cartier)	0	0,1 ETP
CSSS de Sept-Îles (Sept-Îles)	117	1 ETP
CSSS de la Minganie (Havre-St-Pierre)	13	0,2 ETP
CSSS de la Basse Côte-Nord (Blanc-Sablon)	22*	0,2 ETP
CSSS de l'Hématite (Fermont)	5	0,1 ETP

* 77 % de ces lits sont actuellement occupés par des patients en hébergement de longue durée

Le CSSS de Sept-Îles compte sur l'expertise d'un microbiologiste infectiologue, présent à temps plein dans l'établissement. Le CSSS de Manicouagan, quant à lui, fait appel à deux microbiologistes consultants du CSSS de Rimouski. À noter que ces deux établissements, à vocation sous-régionale, supportent les plus petits établissements de la région (centres périphériques) dans leurs activités de PCI. Le CSSS de Manicouagan est le centre de référence pour les établissements du secteur ouest de la Côte-Nord, tandis que le CSSS de Sept-Îles supporte les installations de l'est de la région.

1.2 ÉPIDÉMIOLOGIE RÉGIONALE DES INFECTIONS À CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Des taux d'incidence stables

Tel que précisé précédemment, seuls le CSSS de Manicouagan et le CSSS de Sept-Îles comptent suffisamment de lits de courte durée pour participer au système de surveillance provinciale des infections à *Clostridium difficile* depuis sa création en août 2004.

Actuellement, les taux d'incidence des infections à *Clostridium difficile* demeurent stables et inférieurs aux taux provinciaux enregistrés. Plus précisément, le nombre de cas enregistrés depuis août 2004 varie entre 0 et 2 par période, ce qui représente une incidence variant de 0 à 12 par 10 000 patients-jours par période³. Il est à noter que le faible volume d'admission dans les deux établissements fait augmenter rapidement les taux d'incidence de la région. Depuis le début du programme de surveillance, aucune écloison n'a été signalée à la Direction de santé publique de la Côte-Nord.

³ INSPQ, Système de surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD).

Des taux de complications et de mortalité stables

Depuis août 2004 et en date de la rédaction du présent rapport, les données régionales dénotent de faibles taux de complications associées au *Clostridium difficile*. Sur un total de 30 patients suivis, deux décès ont été relevés, dont la DACD a été identifiée comme cause contributive pour l'un, et comme cause non reliée pour l'autre. Au total, 6 cas suivis ont été réadmis pour DACD et un seul a dû être admis à l'unité de soins intensifs. Plus précisément, de la fin mai à la mi-août 2006, les données colligées par les deux CHSGS révèlent des taux de complications et de mortalité associée au *Clostridium difficile* nuls⁴.

L'absence de la souche A

Jusqu'à présent, le programme de caractérisation des souches effectué par l'INSPQ n'a pas permis d'identifier la présence de la souche A (NAP1/027) dans la région. Toutefois, la vigilance demeure afin d'identifier rapidement la présence de cette souche hypervirulente sur la Côte-Nord.

2. PROCÉDURE ADOPTÉE POUR LES VISITES

2.1 CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE DE VISITE

L'équipe de visite de l'ASSS de la Côte-Nord était composée des représentants suivants :

- Direction de santé publique (DSP) :
 - Dr Raynald Cloutier, directeur de santé publique;
 - Dre Claudette Viens, médecin conseil en maladies infectieuses;
 - Mme Geneviève Anctil, infirmière responsable du dossier de la prévention des infections.
- Direction des ressources humaines, financières et matérielles :
 - M Jacques Gagné, responsable aux immobilisations, équipements et locations d'immeubles;
 - M Sébastien Lapointe, technicien en bâtiment.
- Expert en hygiène et salubrité :
 - M Marc Thibeault, du Centre hospitalier Robert Giffard : afin d'identifier les principaux enjeux du volet hygiène et salubrité, l'équipe s'est adjoint un expert dans le domaine. M Thibeault fait partie du regroupement provincial des gestionnaires en hygiène et salubrité et est membre du sous-comité provincial sur les outils et techniques de travail en hygiène et salubrité. Il a également effectué des visites d'appréciation avec l'équipe de l'ASSS de la Capitale Nationale.

2.2 MODALITÉS DES VISITES

Les visites ont été effectuées les 17 et 18 janvier 2007.

Durée

Compte tenu des particularités régionales au regard des infections à *Clostridium difficile*, soit l'absence d'éclosion, le faible taux d'incidence, la stabilité des taux de complications et de mortalité ainsi que l'absence de la souche A (NAP1/027), les établissements ont été convoqués à une rencontre d'une durée approximative de 2 h 30.

⁴ INSPQ, Système de surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD).

Équipes rencontrées

Au CSSS de Manicouagan, étaient présents :

- la directrice des soins infirmiers;
- le conseiller en PCI;
- la directrice des services financiers, informatiques et techniques;
- le coordonnateur de l'hôtellerie hospitalière;
- le chef d'équipe en entretien sanitaire;
- le coordonnateur de l'ingénierie;
- le chargé de projets immobiliers.

Au CSSS de Sept-Îles, ont été rencontrés :

- la directrice adjointe aux services professionnels et hospitaliers;
- la conseillère en PCI;
- le microbiologiste infectiologue;
- la directrice des finances et de la comptabilité;
- l'adjointe à la direction des services techniques;
- le chef d'équipe en entretien sanitaire;
- le technicien en bâtiment.

Déroulement de la rencontre

Pour les deux établissements visités, la rencontre a débuté avec une introduction du Directeur de santé publique, qui a contextualisé la démarche régionale et dégagé les enjeux majeurs en PCI pour les établissements. Puis, le médecin conseil en maladies infectieuses de la DSP a dressé le portrait régional des infections à *Clostridium difficile*.

Par la suite, les équipes de direction et de PCI des établissements ont poursuivi la rencontre avec les représentants de la DSP. La responsable régionale de la prévention des infections a dirigé les discussions portant sur le volet clinique du questionnaire (aspects organisationnels et gestion des cas). Les échanges ont porté sur les éléments positifs, équivoques et négatifs des questionnaires administrés en novembre et en décembre 2006. Ainsi, les bons coups des établissements ont fait l'objet de renforcement, les ambiguïtés ont été précisées et des recommandations ont été émises.

Au même moment, les représentants du secteur hygiène et salubrité des établissements ont été invités à effectuer des simulations de procédures en hygiène et salubrité avec les autres membres de l'équipe de l'ASSS, alimentant les discussions sur ce volet du questionnaire.

Les participants sont ensuite revenus en grand groupe, alors que les grands principes en hygiène et salubrité ont été dégagés et qu'un suivi des travaux provinciaux au regard de l'hygiène et salubrité a été présenté.

Finalement, la rencontre s'est terminée par la visite des lieux par l'ensemble du groupe. Une attention particulière a été portée à l'inspection des aménagements immobiliers effectués à la suite des recommandations découlant de la tournée effectuée en décembre 2004.

3. FAITS SAILLANTS

Les visites effectuées dans les deux CHSGS ont permis de dégager certains enjeux majeurs de la lutte aux infections nosocomiales qui devront être priorisés au cours des prochaines années, tant au niveau régional que local.

3.1 ENJEUX RÉGIONAUX

- Le développement de programmes régionaux de formation en PCI par la ressource régionale en prévention des infections nosocomiales. Pour ce faire, la ressource devrait être dédiée exclusivement à ce dossier.
- La participation des différentes catégories de professionnels des établissements de soins aux activités locales de formation.
- L'atteinte du ratio de 1 ETP pour 250 lits de longue durée dans tous les établissements est également un enjeu majeur pour la région. L'ajout de ressources dans les centres périphériques ne devrait pas s'effectuer au détriment des acquis réalisés par les équipes des deux CHSGS de la région, dont l'effectif est minimal (1 ETP). En effet, le rôle sous-régional de ces équipes exige le développement et le maintien d'une expertise de pointe.
- Le développement de modalités et de conditions d'affectation des postes d'infirmières en PCI. Cet enjeu, critique pour la rétention des ressources sur la Côte-Nord, est reconnu provincialement suite aux recommandations émises en septembre 2006 par un sous-comité de la Table nationale de prévention des infections.
- L'accessibilité aux différentes formations (de base et continue) pour les infirmières en PCI.

4. CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS ISSUES DES VISITES

4.1 DÉTAILS CONCERNANT LES CHSGS VISITÉS

4.1.1 Aspects organisationnels

Constatations

Plan d'action et suivi au CA

Lors de la visite, aucun plan d'action spécifique relatif à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales n'était disponible dans les deux établissements. Toutefois, la ressource en PCI de l'un des établissements a rédigé un ouvrage de référence, «Précautions contre la transmission», qui facilite l'application des mesures de PCI selon les différents modes de transmission des principaux pathogènes pour toutes les catégories de personnel. À noter que les équipes de PCI pourront compter sur le support de la Direction de santé publique, qui élabore présentement un *Plan d'action régional de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, 2007-2009* et ainsi se concentrer sur la rédaction d'un programme de PCI.

Dans l'un des établissements, la directrice des soins infirmiers effectue, au moins une fois par année, un rapport au conseil d'administration, fondé sur le rapport émis par le comité de prévention des infections (CPI). Dans l'autre, les recommandations formulées par le comité de prévention des infections (CPI) sont acheminées au directeur général ainsi qu'au conseil d'administration. En effet, depuis l'automne 2006, à la suite des éclosions de diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) dans certaines régions du Québec, le CPI de cet établissement achemine mensuellement au conseil d'administration des informations sur la situation épidémiologique qui prévaut dans l'établissement au regard des infections nosocomiales, notamment la DACD.

Ressources humaines

Équipe de PCI

Dans un établissement, l'équipe de PCI est formée du microbiologiste infectiologue consultant ainsi que de l'infirmier et relève de la direction des services professionnels et hospitaliers. Il est souligné que la disponibilité sur place d'un microbiologiste infectiologue ou d'un omnipraticien intéressé par la PCI serait un atout supplémentaire à l'atteinte des objectifs de l'établissement. Dans l'autre établissement, l'équipe de PCI est formée du microbiologiste infectiologue ainsi que de l'infirmière et relève de la direction des services professionnels et hospitaliers.

Par ailleurs, les ressources en place des deux établissements détiennent l'autorité fonctionnelle nécessaire à l'application des mesures de PCI.

Ratio du professionnel en PCI

Le ratio recommandé de 1 ETP pour 100-133 lits de courte durée est atteint dans un des deux établissements visités. Dans l'autre établissement, la ressource actuelle assume également les activités du Service de santé, ce qui représente 30 % de son temps. Or, même si certaines tâches assumées dans ce service peuvent être reliées à la prévention des infections (ex. : vaccination contre l'influenza, suivi post-exposition), ses efforts devraient plutôt être concentrés sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

De plus, la pénurie de ressources rend le remplacement problématique (lors d'absence ou de congés) dans les deux établissements. Toutefois, un établissement a spécifié qu'une démarche avait été amorcée auprès du président du conseil d'administration pour que le remplacement de la ressource en PCI soit dorénavant priorisé, conformément aux ententes de gestion 2006-2007.

Lors de la rencontre, il a également été soulevé que le support aux milieux de soins de longue durée alourdit la tâche des ressources, dédiées à la courte durée.

Comité de prévention des infections (CPI)

En plus de l'équipe de PCI, le CPI d'un des deux établissements est composé de représentants de la direction des services professionnels et hospitaliers, du département de pharmacie, du service de santé et sécurité au travail et du CMDP, ainsi que la coordonnatrice du laboratoire de microbiologie. Une demande a été faite pour que le directeur général, le chef de service du bloc opératoire ainsi que le coordonnateur de l'hôtellerie hospitalière se joignent à l'équipe. Dans l'autre établissement, des représentants du département de pharmacie, du Service de santé et sécurité au travail et du CMDP s'ajoutent à l'équipe de PCI pour former le Comité de prévention des infections. Les CPI des deux établissements sont rattachés au CMDP.

Au cours de la dernière année, le CPI d'un établissement ne s'est réuni qu'une fois, alors que l'autre n'a tenu aucune réunion. Pour ce dernier, il est d'ailleurs prévu que les réunions régulières reprennent en février 2007. Par ailleurs, il est important de souligner que la fréquence recommandée de six réunions ou plus par année est difficilement applicable aux réalités locales. Comme les ressources sont limitées, elles sont extrêmement sollicitées et doivent siéger sur plusieurs comités. Afin de palier à cette difficulté, le CPI d'un des deux établissements s'est doté d'un sous-comité de travail qui tient des réunions en conférence téléphonique au besoin. Ce sous-comité, composé du microbiologiste infectiologue, d'un médecin intéressé par la prévention des infections et de la ressource en PCI, s'est réuni à deux reprises au cours de l'automne 2006.

Les recommandations formulées par les CPI sont acheminées au CMDP des deux établissements. Un des deux établissements fait également rapport au Comité de la gestion des risques de façon trimestrielle. Par ailleurs, des liens seront à prévoir entre le CPI et le Comité de vigilance et de la qualité pour les deux établissements.

Répartition des activités en PCI

Pour un établissement, la répartition du temps accordé en PCI pour les activités de surveillance est estimée à environ 20 %. À la suite de discussions, il s'avère que ce pourcentage est probablement sous estimé, car la ressource en PCI ne consigne pas de façon précise le temps accordé à chacune des activités. Or, la surveillance est un processus indispensable à tout programme de PCI. Elle constitue le point de départ à l'identification de problématiques, permet d'en identifier la cause et d'évaluer l'efficacité des mesures correctrices mises en place. Actuellement, les activités de l'équipe de PCI de cet établissement sont consacrées uniquement aux programmes de surveillance obligatoires. Pour l'autre établissement, la répartition générale du temps de la ressource en PCI est équilibrée. Compte tenu de la mission et de la taille de cet établissement, une proportion adéquate est réservée aux activités de surveillance. Les indicateurs de surveillance utilisés sont variés et comprennent autant les programmes obligatoires de surveillance que la surveillance d'événements spécifiques (infections de sites chirurgicaux, pneumonies reliées à la ventilation mécanique, infections urinaires sur sonde) et la surveillance de processus (ex. : taux de vaccination du personnel contre l'influenza).

De plus, les demandes *ad hoc* provenant des installations du milieu (incluant les soins de longue durée) ainsi que des centres périphériques représentent près du tiers du temps des ressources en PCI des deux établissements. Ces demandes, qui concernent souvent le suivi de patients ou la gestion des cas, nécessitent une expertise terrain pointue.

Gestion des éclosions

Dans un établissement, le directeur général est avisé d'une éclosion dès sa suspicion, tandis que dans l'autre, il est avisé dès sa confirmation. Dans les deux cas, la DSP de la Côte-Nord est contactée lors de la confirmation d'une éclosion.

La limitation des ressources rend toutefois difficile la mobilisation d'un Comité de gestion d'éclosion spécifique et distinct de l'équipe de PCI dans l'autre établissement. Compte tenu de la fréquence des éclosions, il apparaît logique d'en conserver la gestion sous la responsabilité du CPI.

Recommandations communes

- Assurer le remplacement lors d'absence ou de congé, conformément aux ententes de gestion signées pour 2006-2007.
- Rédiger un programme de PCI, conformément au *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, diffusé en juin 2006 par le MSSS.

Recommandations spécifiques

- Augmenter la fréquence du suivi auprès du CA de l'établissement, par l'envoi trimestriel des informations sur la situation épidémiologique qui prévaut dans l'établissement au regard des infections nosocomiales, notamment la DACD. Maintenir l'information rapide au directeur général et au président du CA de toute situation préoccupante, le cas échéant.
- S'assurer de consacrer au moins 30 % du temps de PCI aux activités de surveillance (compte tenu de la taille et de la mission de l'établissement).

- Ajouter des indicateurs de surveillance en fonction de la mission et de la clientèle de l'établissement (ex. : infections de sites chirurgicaux, surveillance de processus).
- Dédier exclusivement la ressource à la PCI, conformément aux ententes de gestion signées pour 2006-2007.
- Assurer un soutien clérical ponctuel pour l'élaboration d'outils locaux.

4.1.2 Gestion des cas

Constatations

Diagnostic du Clostridium difficile

Conformément aux lignes directrices publiées par l'INSPQ en 2005, un test pour le diagnostic du *Clostridium difficile* est effectué, sous prescription médicale, pour tout patient ayant une histoire de diarrhée évoquant une infection à ce pathogène dans les deux établissements. Les tests pour le diagnostic du *Clostridium difficile* sont disponibles 7 jours par semaine dans un établissement, tandis qu'ils sont effectués trois fois par semaine dans l'autre (lundi, mercredi, vendredi). Dans un établissement, la ressource prend connaissance des cas suspectés lors de sa tournée, qu'il effectue chaque matin. Cependant, les cas suspects identifiés après sa visite ne lui sont pas systématiquement signalés. Dans l'autre établissement, tous les cas, suspects ou confirmés, sont signalés à la ressource en PCI par les équipes de soins, ce qui assure une gestion des cas optimale.

Application des mesures

Dans les deux établissements, les précautions contre la transmission spécifique au *Clostridium difficile* sont appliquées dès la suspicion de l'infection et le matériel de soins est en tout temps dédié au patient. Les cas suspects ou confirmés à l'urgence ou sur l'unité de soins sont isolés et disposent soit d'une toilette, d'une chaise d'aisance, d'une bassine réservée ou encore d'une toilette privée lorsque disponible. Dans un des deux établissements, les patients atteints de diarrhée et dont l'état de santé nécessite une période d'observation ne sont pas placés à l'unité de débordement, mais plutôt dans un cubicule à l'urgence.

Dans les deux établissements, les précautions à respecter sont affichées à la porte de la chambre du patient et un signalement est inscrit au plan de soins. Les équipes rencontrées jugent cette mesure plus efficace que le signalement au dossier du patient infecté.

L'équipe de PCI de l'un des deux établissements prévoit élaborer une procédure afin que le personnel s'assure de l'hygiène des mains du patient atteint de *Clostridium difficile* après qu'il soit allé aux toilettes et avant qu'il ait mangé. Une attention particulière devra être portée à la nécessité de se laver les mains à l'eau et au savon. Par ailleurs, le personnel devra être sensibilisé à la non-efficacité du rince-mains à base d'alcool contre les spores du *Clostridium difficile*. Cette procédure est déjà en application dans l'autre établissement. Une affiche est même placée dans la chambre du patient à cet effet.

Cohortage du personnel

Si la situation l'exigeait (nombre de cas suffisant), les cas symptomatiques en attente d'un diagnostic pourraient être regroupés en cohorte. Par contre, actuellement, le petit nombre de cas, la pénurie de ressources et l'organisation physique des lieux rend difficile le cohortage du personnel prenant soin des patients infectés. De plus, il est impossible d'avoir du personnel réservé exclusivement aux soins de ces patients sur tous les quarts de travail. Cette situation prévaut dans les deux établissements visités.

Recommandations communes

- Faire parvenir au LSPQ tout échantillon prélevé chez les patients dont l'infection aura entraîné un décès, des manifestations cliniques sévères ou des complications importantes.
- Maintenir le signalement du diagnostic au plan de soins du patient infecté.

Recommandations spécifiques

- Informer le personnel de signaler à l'infirmier en PCI tout cas suspect afin de favoriser une gestion des cas optimale.
- Renforcer, auprès du personnel, le lavage des mains à l'eau et au savon dans les cas de *Clostridium difficile*.

4.1.3 Hygiène et salubrité

Les recommandations exprimées dans la prochaine section sont assujetties d'un droit de réserve, relié à la production prochaine de guides provinciaux pour le volet hygiène et salubrité des établissements de santé.

Constatations

Appropriation des lignes directrices

L'appropriation des lignes directrices par les intervenants des deux établissements est comparable à l'ensemble des établissements visités dans la province. Les équipes de gestion en hygiène et salubrité et de PCI de l'un des deux établissements ont même discuté des implications et ont amorcé des processus de changements, particulièrement au niveau d'une équipe spécialisée en désinfection.

Ressources humaines

Formation

Pour les nouveaux employés de l'un des deux établissements, l'intégration débute par une rencontre avec le chef d'équipe, suivie d'un parrainage d'une durée de deux jours. À la demande du coordonnateur, le nouvel employé de cet établissement doit obligatoirement effectuer des activités en lien avec la désinfection durant cette période. Pour l'autre établissement, l'intégration des nouveaux employés débute par une rencontre avec le chef d'équipe, suivie par un parrainage avec deux employés, un pour le quart de travail de jour et un pour le quart de travail de soir, afin de permettre un apprentissage sur le terrain. Durant cette période, une attention particulière est portée aux activités de désinfection.

Aucun établissement n'utilise de feuille de route qui vérifie les éléments donnés au nouvel employé, ce qui pourrait être amélioré.

Par ailleurs, le temps alloué à la formation est adéquat dans les deux établissements et se compare à la moyenne du réseau, mais pourrait être appelé à augmenter avec les changements anticipés dans la profession.

Ressources disponibles

Les ressources disponibles à la réalisation des interventions quotidiennes semblent appropriées dans les deux établissements. Toutefois, pour un établissement, la fréquence de désinfection des salles de bain de l'urgence, effectuée une fois par période de 24 heures, est insuffisante en comparaison avec les autres hôpitaux visités au Québec. En contrepartie, ce dernier a maintenu des activités de grand ménage, dont les résultats étaient

perceptibles durant la visite. Pour l'autre établissement, il n'y a pas de ressources pour effectuer le grand ménage. Cette activité y est plutôt effectuée de manière ponctuelle et une certaine déficience à ce niveau était perceptible durant la visite.

Répartition des effectifs

Pour un établissement, l'ensemble des plages horaires sont couvertes. Afin de répondre aux besoins pour le quart de nuit durant la fin de semaine, le service utilise un principe de garde, ce qui semble être une solution intéressante et économique. Pour l'autre, il n'a pas de couverture la nuit en hygiène salubrité.

Encadrement

Dans un établissement, une directrice chapeaute le service d'hygiène et salubrité. Le quart du temps, elle est appuyée par un coordonnateur. Ce coordonnateur travaille avec un chef d'équipe, qui doit quotidiennement effectuer un circuit évalué à sept heures de travail. Dans l'autre, l'adjointe au directeur des services technique cumule la gestion des services techniques et de l'hygiène et salubrité. Pour le service hygiène et salubrité, elle est appuyée par un chef d'équipe. Il faut cependant souligner les responsabilités qui sont dévolues à ce dernier, lesquelles vont au-delà d'un rôle de chef d'équipe traditionnel.

Sans connaître encore les ratios officiels d'encadrement en hygiène et salubrité, on peut facilement émettre l'hypothèse que l'encadrement à ce niveau est insuffisant dans les deux établissements visités.

Ressources matérielles

Équipements

Pour un établissement, les équipements sont adéquats et de type conventionnel. Avec la publication des guides provinciaux, des équipements de lavage à plat devront être envisagés. L'établissement n'utilise pas les gants en nitrile lors des activités de désinfection.

Pour l'autre, les équipements sont adéquats et déjà, le lavage à plat est intégré dans les interventions de désinfection. Pour garantir la bonne dilution des produits ainsi que leur efficacité, le service est doté de système de dilution automatique.

Produits

Les deux établissements utilisent du chlore pour les activités de désinfection impliquant le *Clostridium difficile*, tel que recommandé.

Méthodes d'interventions

Procédures de désinfection

Un des deux établissements utilise les guides dictés dans le logiciel «Propre». Sans faire l'objet d'une recommandation formelle, l'importance de demeurer critique face aux procédures de désinfection et de s'approprier les procédures conjointement avec l'infirmier en prévention des infections est soulignée à l'équipe. Durant la visite, les employés rencontrés ont démontré une intégration des principales recommandations. Dans l'autre établissement, la ressource en PCI a élaboré un guide complet pour les précautions contre la transmission du *Clostridium difficile*. Ce guide comporte une section spécifique à l'hygiène et salubrité, qui devra être ajustée en fonction des guides qui seront émis par le MSSS. Les points suivants y sont traités :

- Moyens de protection;
- Lavage des mains;
- Disposition des déchets et du linge souillé;
- Utilisation des vadrouilles, des linges et des produits.

Ce guide, complet et convivial est accompagné d'une synthèse du document, qui traite des différents modes de protection contre la transmission par contact et des actions à poser. Il faut noter que l'ordre des éléments à désinfecter dans la chambre ne tient pas compte de l'ordre prescrit selon le concept de nettoyer du moins souillé au plus souillé.

Logiciel spécialisé

Les deux établissements utilisent le logiciel «Propre». Dans un établissement, le coordonnateur applique le logiciel à l'ensemble des activités et est satisfait de l'instrument. Dans l'autre, l'adjointe au directeur est la personne responsable de la gestion des routes dans le logiciel et travaille en ce moment à remettre à jour l'information reliée au prototype de chaque espace. Ce travail est fastidieux, mais important afin de maximiser le logiciel et devient un appui dans la gestion des routes.

Zones grises

Bien que la situation soit comparable à l'ensemble du réseau, l'ambiguïté face à l'entretien de certains équipements dans les deux établissements doit être soulignée.

Communications

Relation avec le programme de prévention des infections

Dans les deux établissements visités, une belle collaboration entre la ressource en PCI et l'équipe d'hygiène et salubrité a été notée par les gens rencontrés et a pu être confirmée durant la visite. Par contre, le responsable en hygiène et salubrité ne participe pas au comité de prévention des infections et ce, dans les deux établissements.

Transfert d'information avec l'équipe de soins

Dans un établissement, l'information qui traite des départs, des isolements et des transferts est donnée au moment où ils surviennent, ce qui pourrait être amélioré. Dans l'autre, le service d'hygiène et de salubrité informé des départs des chambres en isolement et des transferts prévus.

L'équipe de soins infirmiers et le service d'hygiène et salubrité d'un établissement ont développé une méthode simple et efficace pour indiquer la fin de la désinfection d'une chambre. Ce point important est alors clarifié, ce qui évite une confusion et confirme que le travail a été effectué. Pour l'autre établissement, il semble y avoir une certaine confusion sur la personne qui doit enlever l'affichette lorsque la désinfection est complétée. Il faudra donc éclaircir ce processus.

Contrôle de la qualité de la désinfection

Dans les deux établissements, il n'y a pas de contrôle de la qualité structuré. On parle plutôt de certains contrôles visuels ponctuels. Cette situation s'apparente à l'ensemble du réseau.

Recommandations communes

- Revoir le taux d'encadrement du personnel en hygiène et salubrité.
- Officialiser la participation de la responsable en hygiène salubrité au comité de prévention des infections.

Recommandations spécifiques

- Développer un visuel plus convivial pour les employés en regard des techniques de désinfection.
- Augmenter la fréquence de désinfection à plus d'une fois par jour pour les salles de bains de l'urgence.
- Intégrer, dans le guide de précautions contre la transmission du *Clostridium difficile*, une séquence des items à désinfecter dans le respect du concept «high touch» «low touch» (du moins souillé au plus souillé).
- Permettre et structurer des activités de grand ménage.
- Élaborer une feuille de route permettant de consigner les éléments donnés aux nouveaux employés lors de la période d'intégration.
- Couvrir l'ensemble des plages horaires, 24 heures par jour, 7 jours sur 7 (sur place ou garde en disponibilité).

De façon générale, les différents intervenants dans la lutte aux infections nosocomiales dans le service d'hygiène et salubrité des deux établissements visités ont démontré un travail d'équipe et un désir sincère de contrer les infections nosocomiales. Les résultats le prouvent bien. Aucune problématique majeure nécessitant une intervention externe n'a été notée lors des visites.

4.1.4 Immobilisations

Constatations

Dans un établissement, l'ensemble des travaux financés dans le cadre de l'allocation non récurrente de 156 000 \$ octroyée par l'ASSS pour l'exercice financier 2004-2005 afin de soutenir la mise en place du *Plan d'action régional de prévention de la DACD et autres infections nosocomiales* et d'assurer la disponibilité d'équipements et de locaux adaptés, est complété.

- Les utilités souillées et propres sont adéquates à l'urgence, aux soins intensifs et sur les unités de soins.
- L'installation de laveurs-décontamineurs de bassines et urinals à l'urgence (dans la salle de toilette de la chambre à pression négative), aux soins intensifs et sur l'unité de chirurgie est complétée.
- L'installation de robinetteries mains libres à l'urgence, aux soins intensifs et sur les unités de soins est complétée.
- La chambre à pression négative est maintenant fonctionnelle à l'urgence.

Dans l'autre établissement, les sommes octroyées s'élèvent à 188 000 \$. Toutefois, la majorité des travaux n'étant pas complétée, il est impossible de statuer sur le montage financier final. Par ailleurs, l'installation d'une utilité propre est complétée sur l'unité de psychiatrie, de même que l'installation de robinetteries mains libres à l'urgence, aux soins intensifs et sur les unités de soins. La chambre à pression négative n'a toutefois pas été installée à l'urgence.

Recommandation commune

- Remplacer, lorsque requis, certains robinets manuels ayant atteint leur durée de vie utile par des robinets mains libres à pédale ou autres.

Recommandations spécifiques

- Étant donné le projet d'agrandissement de l'urgence à venir, la chambre à pression négative (possiblement double) devra être installée sur une unité de soins dès que possible;
- Compléter l'installation d'une utilité propre différente de l'utilité souillée aux soins intensifs;
- Installer des macérateurs (appareil pour disposer les bassines et urinals jetables) à l'urgence, en chirurgie et en médecine.

5. MODALITÉS DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Le suivi des recommandations constitue la pierre angulaire de tout le processus des visites. La direction générale des établissements rencontrés est responsable de mettre en place les mesures requises afin d'en assurer l'exécution et en faire rapport à son conseil d'administration. À cet effet, elle doit désigner une personne qui assumera cette responsabilité.

De plus, l'actualisation des indicateurs inscrits aux ententes de gestion 2007-2008 (particularités régionales à portée locale) en fonction des recommandations effectuées permettra un suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration par les établissements.

Le rapport régional sera également déposé au conseil d'administration de l'ASSS de la Côte-Nord en temps opportun.

CONCLUSION

Les infections nosocomiales ont toujours été et seront toujours présentes en centre hospitalier, environnement à risque de transmission d'infection. Les éclosions récentes de DACD dans certaines régions du Québec révèlent la pérennité de cette problématique et rappellent quelques-uns des enjeux majeurs du combat contre les infections nosocomiales, soit la surveillance continue de la situation dans les hôpitaux, l'application des mesures de prévention et de contrôle ainsi que les pratiques d'hygiène et de salubrité. Jusqu'à ce jour, la Côte-Nord a été épargnée de la souche hypervirulente du *Clostridium difficile* et n'a connue aucune éclosion de DACD dans ses établissements de soins. Les efforts et la rigueur déployés par les équipes locales de PCI depuis 2004 méritent d'être signalés. Les acquis réalisés doivent toutefois être protégés par la consolidation de ces équipes ainsi que le développement et le maintien de l'expertise locale.

Au cours des prochains mois, les travaux entourant l'élaboration d'un *Plan d'action régional de prévention et contrôle des infections nosocomiales 2007-2009*, permettront de cibler les grandes orientations de la lutte aux infections nosocomiales sur la Côte-Nord et d'en préciser les actions prioritaires, notamment :

- La stabilisation des équipes de PCI dans tous les établissements de la région.
- La définition de modalités de suivi des infections à *Clostridium difficile* et autres infections nosocomiales auprès des établissements périphériques.
- Le maintien et le développement des compétences par l'accessibilité des professionnelles aux activités de formation en PCI (de base et continue).
- L'atteinte du ratio de professionnelles en PCI recommandé en soins de longue durée (1 ETP pour 250 lits de longue durée).
- L'attribution de ressources professionnelles suffisantes pour maintenir l'expertise dévolue par le rôle sous-régional du CSSS de Manicouagan et du CSSS de Sept-Îles.
- La précision du rôle de support de la DSP de la Côte-Nord dans l'élaboration d'outils et le développement de programmes de formation en PCI.

Maintenant plus que jamais, une action concertée de la part des principaux acteurs impliqués dans le dossier de la prévention des infections s'impose. L'absence d'éclosions ou leur contrôle rapide représente d'importantes économies en ressources humaines et financières, dont les établissements, responsables de la qualité des soins qu'ils dispensent, sont les premiers à en bénéficier.

ANNEXE A

ACTIVITÉS RÉGIONALES RÉALISÉES EN PCI 2004-2006

Depuis avril 2004, à la suite d'une augmentation du nombre de cas de diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) au Québec, de nombreuses mesures de prévention et de contrôle des infections ont été déployées aux niveaux national, régional et local, témoignant de l'engagement du réseau de la santé et des services sociaux dans la lutte aux infections nosocomiales.

L'importance accordée par l'ASSS de la Côte-Nord au dossier de la prévention des infections est telle que de nombreuses activités spécifiques ont été réalisées depuis :

- Une ressource régionale responsable du dossier de la prévention des infections a été engagée à la Direction de santé publique de la Côte-Nord en novembre 2004.
- Des visites d'inspection ont été réalisées auprès de tous les établissements ayant des lits de courte durée en 2004 et 2005.
- Des infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) ont été désignées pour chacun des établissements selon la norme de 1 ETP/100-133 lits de courte durée.
- Une table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) a été mise sur pied en décembre 2005. Elle regroupe les infirmières en PCI de chacun des établissements, des microbiologistes-infectiologues, des représentants des directeurs généraux et des soins infirmiers des établissements ainsi que des représentants de la Direction de santé publique et des affaires médicales de l'ASSS.
- Une formation de base pour les infirmières en PCI a été offerte par l'INSPQ. Au cours de l'année 2005-2006, cinq infirmières en PCI de la Côte-Nord s'en sont prévaluées, dont la ressource régionale. Une prochaine session devrait avoir lieu au printemps 2007. Il est prévu de compléter la formation des ressources dans les établissements de la région (CSSS de la Haute-Côte-Nord, CSSS de Manicouagan et CSSS de Port-Cartier), si le nombre de places disponibles le permet. L'Agence et le MSSS ont consacré 20 000 \$ en 2005-2006 et 26 000 \$ en 2006-2007 pour cette activité.
- Un budget récurrent de 56 000 \$ a été ajouté afin de consolider la présence d'une ressource professionnelle additionnelle lors d'éclosion ou le remplacement de la ressource en PCI afin d'éviter la rupture de service, pour la participation aux activités de la TRPIN ainsi qu'aux activités de formation (ex. AIPI, JAPI).
- 344 500 \$ ont été octroyés par le MSSS en 2004-2005 pour mettre en place des chambres à pression négative dans les deux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région, rendre certaines installations adéquates et permettre l'achat de petits équipements.
- L'Agence a reçu du MSSS une enveloppe budgétaire de 1 946 043 \$ pour les immobilisations visant les projets de rénovations fonctionnelles mineures (autres que les CHSLD). En lien avec cette subvention, trois projets ont été approuvés par le conseil d'administration, le 21 février 2006, afin de doter le CSSS de l'Hématite, le CSSS de la Basse-Côte-Nord et le CSSS de la Minganie d'une chambre à pression négative.
- Le 27 octobre 2006, le directeur national de santé publique rendait obligatoires quatre programmes de surveillance des infections nosocomiales pour les CHSGS (DACD, bactériémies sur cathéters centraux, bactériémies à SARM, ERV). La participation à ces programmes provinciaux de surveillance, inscrits au Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009, est obligatoire à compter de la période 10 de la présente année, sauf pour la surveillance de la DACD, laquelle est effective depuis août 2004. Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles participent aux activités de surveillance provinciale.