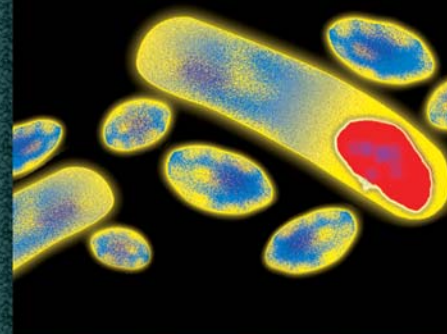


**Portrait sur les mesures appliquées  
dans les centres de soins généraux  
et spécialisés du Québec (CHSGS)  
pour la prévention  
et le contrôle  
des infections à**

# *Clostridium difficile*



**Portrait des mesures appliquées dans  
les centres hospitaliers de soins  
généraux et spécialisés (CHSGS)  
pour la prévention et le contrôle des  
infections à *Clostridium difficile*  
(*C. difficile*)**

**Direction générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Novembre 2004

## Avant-propos

J'aimerais remercier toutes les personnes impliquées dans la lutte aux infections nosocomiales dans les établissements du réseau des soins de santé au Québec. Grâce à leurs efforts soutenus, les mesures connues de prévention et de contrôle de l'infection à *Clostridium difficile* ont déjà été appliquées de façon générale, comme on pourra le constater à la lecture de ce portrait.

Dans une perspective d'amélioration continue des soins et de transparence vis-à-vis les usagers et la population, il apparaissait important de dresser un premier portrait provincial de l'application des mesures de prévention et de contrôle dans les établissements de soins généraux et spécialisés du Québec. À la lumière notamment des lignes directrices intérimaires sur la prévention et le contrôle des infections à *C. difficile* dans les établissements rendus publiques par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), il est désormais possible de rendre systématique l'application de mesures uniformisées efficaces dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Je souhaite que la lecture de ce portrait ait un effet mobilisateur à tous les niveaux de notre réseau de soins, puisqu'il permet de constater le chemin accompli, mais aussi d'identifier les cibles à atteindre afin de poursuivre activement la lutte contre les infections à *C. difficile* au Québec.

Merci de votre précieuse collaboration.

Le directeur national de santé publique,

A handwritten signature in black ink that reads "Alain Poirier". The signature is written in a cursive, flowing style.

Alain Poirier, M.D.

## Faits saillants

La majorité des installations (71 %) rapportent qu'ils ont un plan d'action et ce pourcentage s'élève à 100 % pour ceux qui se perçoivent en éclosion.

Depuis 2003, 82 % des installations disent avoir modifié les mesures de prévention des infections au regard du *C. difficile*.

Les installations les plus touchées par des éclosions de *C. difficile* sont les installations de 250 lits ou plus.

Une forte majorité des installations (89 %) mentionnent avoir un comité de prévention des infections actif.

Une surveillance active de la diarrhée associée au *C. difficile* (DACD) est faite dans 90 % des installations et cette proportion atteint 100 % pour les installations qui ont été ou se perçoivent en éclosion.

Les tests de laboratoire pour le diagnostic des infections à *C. difficile* sont généralement accessibles les jours ouvrables et, pour la moitié des installations, ils le sont aussi les fins de semaine. Les résultats sont disponibles en moins de 24 heures dans 40 % des installations et entre 24 et 48 heures dans 43 % des installations. Ainsi, 83 % des installations obtiennent des résultats des tests en moins de 48 heures.

De façon générale, les mesures tels l'isolement (chambre privée ou regroupement en cohorte), l'accessibilité aux vêtements de protection, l'équipement dédié au patient atteint et l'affichage des précautions à prendre sont en place dans les installations de CHSGS du Québec.

Le lavage des mains avec un savon antiseptique lors des soins à un patient est effectué dans 83 % des installations.

Les mesures appliquées pour l'entretien ménager des chambres des patients atteints de *C. difficile* semblent adéquates en termes de fréquence et l'utilisation de l'eau de javel est courante dans les installations qui se perçoivent en éclosion.

Concernant la norme d'un professionnel en prévention des infections par 133 lits de courte durée recommandée dans l'avis «*Recommandations de normes en ressources humaines pour les programmes de prévention et contrôle des infections nosocomiales au Québec*» du CINQ, 54 établissements sont tout près de la norme ou la dépassent alors que les 50 autres s'éloignent de celle-ci pour l'équivalent d'une journée professionnelle par semaine ou plus.

En ce qui concerne la formation du personnel, on note que depuis janvier 2003, beaucoup d'efforts ont été déployés en ce sens.

Une politique de surveillance de l'utilisation des antibiotiques est en place dans 34 % des installations.

Au cours de la dernière année, près de 50 % des installations ont informé la population sur la situation qui prévalait dans leur installation.

# Table des matières

Contexte .....	5
Méthodologie.....	7
Résultats .....	10
Identification des installations .....	10
Section 1    Plan d'action, surveillance et pratiques générales de prévention des infections à <i>C. difficile</i> .....	11
Section 2    Gestion des patients atteints de diarrhée.....	14
Section 3    Gestion des patients atteints de <i>C. difficile</i> .....	16
Section 4    Entretien ménager pour les chambres des patients atteints de <i>C. difficile</i> .....	18
Section 5    Ressources humaines et formation du personnel.....	19
Section 6    Politique d'utilisation des antibiotiques dans les installations et usage de probiotiques .....	21
Section 7    Communication de l'information aux visiteurs et à la population.....	23
Mesures à consolider.....	24
Conclusion .....	26
Annexe .....	27

## Contexte

Depuis quelques mois, la problématique des infections à *Clostridium difficile* (*C. difficile*) est particulièrement préoccupante au Québec. Les établissements de soins du Québec ont fait face en 2003 à des éclosions dont un des éléments explicatifs pourrait être l'émergence d'une nouvelle souche plus virulente de *C. difficile* qui circule aussi ailleurs en Amérique du Nord. En juin 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demandait au Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de mettre à jour et d'intégrer les recommandations pour la prévention et le contrôle de cette infection et de développer un plan de surveillance et de vigie spécifique au *C. difficile*.

C'est dans la foulée des actions prises par l'ensemble des partenaires qu'un système de surveillance et de vigie a été mis en place par l'INSPQ, en collaboration avec l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ), visant 88 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la province. Le choix de ces 88 centres repose sur des critères scientifiques reconnus comme nécessaires pour assurer la validité des résultats de surveillance. Cette surveillance a débuté le 22 août dernier. Elle permettra, dans une première phase, de colliger les données sur la base des périodes financières ce qui facilitera la détection de situation locale, régionale et provinciale qui nécessiterait des actions particulières au regard de la prévention et du contrôle. Des rapports périodiques destinés aux intervenants, aux établissements, aux agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS), au MSSS et aux experts seront produits. Toutefois, le principe de la surveillance exige également un suivi quotidien et hebdomadaire par les établissements. Les autorités locale, régionale et provinciale communiqueront régulièrement, au besoin, des bilans à la population.

Dans l'attente des résultats du système de surveillance mis en place, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS en collaboration avec l'INSPQ et la Direction de santé publique de Montréal (DSP) a révisé les données provinciales de Med-Echo qui était alors la seule banque de données disponible permettant d'effectuer un portrait de la situation. Cette révision a été effectuée pour les cinq dernières années, soit d'avril 1999 à avril 2004, et ce, pour tous les cas hospitalisés dans les CHSGS de la province. L'analyse pour cette période confirme l'augmentation du nombre de cas d'infection à *C. difficile*. L'augmentation la plus importante a été notée au cours de l'année 2003, où l'on observe que plus de 40 % des CHSGS ont des taux supérieurs à 10 cas par 1 000 admissions. Certaines régions du Québec semblent plus affectées.

Il apparaissait alors important de mieux documenter la situation au regard des mesures de prévention et de contrôle mises en place par les établissements dans une perspective de pouvoir apporter des correctifs, le cas échéant. C'est dans ce contexte que les CHSGS ont été interpellés pour compléter un questionnaire visant à connaître l'ampleur et la nature des mesures de prévention et de contrôle appliquées concernant les infections à *C. difficile*. Ce questionnaire a été transmis le 26 octobre dernier, soit avant la diffusion des lignes directrices préliminaires recommandées par le CINQ, le 2 novembre 2004. L'utilisation d'un tel outil, dont les limites sont décrites plus loin, suscite certaines questions et mérite qu'on approfondisse notre connaissance

de l'épidémie et des mesures pour la contrôler, particulièrement, à l'approche de la saison hivernale, où l'on observe généralement une augmentation du nombre de cas.

**Les objectifs poursuivis par cette démarche sont :**

1. Faire un portrait macroscopique des pratiques en place dans les CHSGS ayant pour objet la prévention et le contrôle des infections à *C. difficile* avec les éléments suivants :
  - a. mise en place d'un plan d'action dans les CHSGS;
  - b. gestion des patients atteints de diarrhée en attente d'un résultat d'une culture;
  - c. gestion des patients atteints de *C. difficile*;
  - d. quelques modalités (fréquence, produit) d'entretien ménager dans les chambres des patients atteints de *C. difficile*;
  - e. disponibilité des ressources humaines oeuvrant dans le domaine des infections nosocomiales dans les hôpitaux;
  - f. activités de formation réalisées auprès du personnel quant à la problématique du *C. difficile*;
  - g. présence de politiques d'utilisation des antibiotiques et usage des probiotiques;
  - h. importance et moyens de communication pour les visiteurs et la population.
2. Permettre un ajustement des mesures appliquées pour être conforme aux lignes directrices intérimaires émises par le Cinq le 2 novembre 2004, et ce, tant au niveau local, régional que provincial.

## Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive à l'aide d'un questionnaire auto-administré destiné à tous les CHSGS du Québec. Les ADRLSSSS ont fourni la liste des installations des CHSGS et ont transmis le questionnaire aux CHSGS de leur territoire. Les CHSGS devaient retourner le questionnaire rempli au MSSS via les ADRLSSSS dans un délai de 48 heures après réception.

Différentes variables ont été élaborées pour ce questionnaire dans le but de documenter les aspects suivants :

- présence d'un plan d'action, surveillance et pratiques générales de prévention des infections à *C. difficile*;
- gestion des patients avec diarrhée sans confirmation;
- gestion des patients atteints de *C. difficile*;
- entretien ménager pour les chambres des patients atteints de *C. difficile*;
- ressources humaines et formation du personnel;
- pratique d'utilisation des antibiotiques dans les installations et usage de probiotiques;
- communication de l'information aux visiteurs et à la population.

Les variables ont été catégorisées en *oui*, *non*, *ne sait pas*. Le questionnaire comportait également quelques questions ouvertes. Deux microbiologistes et une infirmière en prévention des infections ont été consultés pour ce questionnaire. Il s'agit d'un questionnaire complètement construit de *novo*, aucune question ne provient d'un questionnaire validé antérieurement et il n'a pas fait l'objet d'un pré-test sur le terrain.

La saisie du questionnaire a été centralisée au MSSS à l'aide du logiciel ACCESS. Les données ont ensuite été importées dans Epi Info version 2000 pour l'analyse.

Certaines variables ont été traitées selon la situation épidémiologique dans l'installation ou la taille de l'installation (<250 lits, ≥250 lits). La situation épidémiologique du *C. difficile* dans les CHSGS a été évaluée selon la perception d'une éclosion dans l'installation à la question 8 du questionnaire (Estimez-vous que votre installation est en éclosion ?) et selon le taux de *C. difficile* par 1 000 admissions dans les CHSGS au Québec pour l'année financière 2003-2004. Ces dernières données proviennent du fichier Med Echo qui comprend les données du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars. Les résultats sont présentés selon les catégories : ≤10 cas/1 000 admissions et >10 cas/1 000 admissions.

Les données Med Echo, compilées à des fins médico-administratives, doivent être interprétées avec prudence. Elles ont été introduites dans l'analyse afin d'estimer les ajustements de pratique réalisés par les CHSGS qui auraient été aux prises avec une



éclosion en 2003-2004. Elles ne visent qu'à estimer une tendance temporelle au niveau provincial et ne peuvent servir à la comparaison entre les installations.

### **Présentation des données**

Le document présente les données en reprenant les différentes sections du questionnaire. Un questionnaire affichant la fréquence des réponses pour chacune des questions se retrouve en annexe. La section « résultats » de ce document présente les données traitées selon la situation épidémiologique du *C. difficile* dans les différentes installations ou selon leur taille, lorsque jugé nécessaire.

## Les limites de cette étude

Le questionnaire transmis aux CHSGS pour établir un portrait de la situation en matière de prévention a été développé dans un délai très court compte tenu des échéanciers. Il importe de souligner ici que le questionnaire n'a pas été pré-testé sur le terrain. Certaines questions peuvent être sujettes à interprétation.

Aucune consigne écrite et autre mécanisme de communication n'ont été mis en place pour soutenir les répondants lors de l'administration du questionnaire. La compréhension des questions a été laissée à leur entière discrétion, puisque aucune définition ou précision ne leur ont été transmises avec le questionnaire, comme par exemple, la définition de cas d'une infection à *C. difficile*, la définition d'une éclosion, le signalement au dossier du patient atteint, etc.

Ce portrait est basé sur l'analyse des réponses provenant des installations. Un biais de désirabilité peut avoir influencé les réponses fournies. Aussi, il se peut que, dans certaines installations, quelques différences puissent être observées dans l'application des pratiques sur le terrain.

Les installations faisant l'objet de cette étude sont hétérogènes. En effet, certaines installations comportent des soins aigus uniquement et d'autres comportent des soins aigus et de longue durée. Parmi ces dernières, de grandes variations sont notées dans le pourcentage des lits de longue durée. Cette information est primordiale pour l'analyse de certaines variables, comme le ratio d'infirmières en prévention dans ces installations.

# Résultats

## Identification des installations

Les ADRLSSS ont identifié 104 installations de soins aigus et spécialisés au Québec et leur ont transmis le questionnaire. Le taux de réponse est de 100 %. Le nombre d'installations par région figure en annexe.

**Tableau 1** Distribution du nombre d'installations CHSGS selon la situation épidémiologique du *C. difficile* et selon la taille des installations, Québec, N=(104)

Catégorie d'installations		<250 lits N=77	≥250 lits N=27	Total N = 104
	Taux >10/1 000 en 2003*	29 (39 %)	18 (69 %)	47 (45 %)
Q.8	Perception d'éclosion en 2004	9 (12 %)	13 (50 %)	22 (21 %)

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

Selon les données du fichier Med Echo, 47 installations (45 %) au Québec présentaient en 2003-2004 un taux d'infection à *C. difficile* supérieur à 10 cas/1 000 admissions. Au moment du questionnaire, 22 installations se perçoivent en éclosion, soit 21 % de celles-ci.

## Section 1 Plan d'action, surveillance et pratiques générales de prévention des infections à *C. difficile*

---

### Plan d'action

La majorité des installations (71 %) ont un plan d'action et ce pourcentage s'élève à 100 % pour ceux qui se perçoivent en éclosion (Q.1). La présence d'un plan d'action varie de façon importante selon la taille des installations (tableau 2).

**Tableau 2** Présence d'un plan d'action dans les CHSGS pour le *C. difficile* selon la taille des installations, Québec, (N=104)

Plan d'action dans les installations		<250 lits N=77	≥250 lits N=27
Q.1	Présence d'un plan d'action	62 %	96 %
Q.2	Le conseil d'administration (CA) connaît la situation	53 %	74 %
Q.3	Plan d'action ou les mesures mis en place présentés et approuvés par le CA	57 %	43 %
Q.4	Un mécanisme de communication pour informer régulièrement le CA sur la situation épidémiologique et l'application des mesures est en place	64 %	36 %
Q.5	Présence d'un responsable imputable et fondé d'un pouvoir d'agir sur la problématique du <i>C. difficile</i>	73 %	85 %

La majorité des conseils d'administration (CA) des installations connaissent la situation (Q.2, 59 %), particulièrement en situation d'éclosion (tableau 3). Si l'on considère l'ensemble des installations, les conseils d'administration sont peu informés sur les mesures concrètes mises en application (Q.3, 28 %) ou sur l'évolution de la situation (Q.4, 53 %). Sur ce dernier aspect, la présence ou non d'une éclosion ne semble pas modifier les résultats.

**Tableau 3** Présence d'un plan d'action dans les installations pour le *C. difficile* selon la situation épidémiologique, Québec

Plan d'action dans les installations		Taux >10/1 000 en 2003* N=46	Perception écloison (Q.8) N=22
Q.1	Présence d'un plan d'action	92 % (43)	100 % (22)
Q.2	Le conseil d'administration (CA) connaît la situation	68 % (32)	86 % (19)
Q.3	Plan d'action ou les mesures mis en place présentés et approuvés par le CA	38 % (18)	46 % (10)
Q.4	Un mécanisme de communication pour informer régulièrement le CA sur la situation épidémiologique et l'application des mesures est en place	55 % (26)	59 % (13)
Q.5	Présence d'un responsable imputable et fondé d'un pouvoir d'agir sur la problématique du <i>C. difficile</i>	81 % (38)	91 % (20)

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

### Pratiques générales de prévention

Depuis 2003, 82 % des installations disent avoir modifié les mesures de prévention des infections au regard du *C. difficile* (Q.6). Ce pourcentage augmente en fonction du fait d'avoir présenté un taux d'infection supérieur à 10 cas/1 000 admissions ou d'avoir la perception d'être en écloison (tableau 4). Ceci semble être un indicateur que les établissements se mobilisent lorsqu'un problème émerge. Le questionnaire ne permet toutefois pas d'identifier les mesures qui ont été modifiées.

**Tableau 4** Modification des mesures de prévention lors d'infection à *C. difficile* selon la situation épidémiologique, Québec

Catégorie d'installations		Taux >10/1 000 en 2003* N=46	Perception écloison 2004 N=22 (Q.8)
Q. 6	Modification des mesures en regard du <i>C. difficile</i>	94 %	100 %

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

### Surveillance

Il y a une surveillance active de la diarrhée associée au *C. difficile* dans 90 % des installations (Q.7) et cette proportion atteint 100 % pour les installations qui ont été ou se perçoivent en écloison (tableau 5). Le concept de la surveillance n'ayant pas été défini pour les répondants, cette question ne donne qu'un aperçu qualitatif de la situation. On ne peut obtenir d'information sur les modes de surveillance. Toutefois, on retiendra que 64 % de toutes les installations calculent un taux d'incidence et que cette proportion montre à 91 % quand les installations se perçoivent en écloison

(tableau 5). Ces données laissent croire que les installations dont la situation est stable accordent moins d'importance à la production de données de surveillance locale, comme le calcul des taux d'incidence. Comme recommandé dans les lignes directrices du CINQ, une analyse systématique et régulière des données de surveillance incluant des taux d'incidence doit faire partie intégrante d'un programme de prévention efficace.

**Tableau 5 Surveillance du *C. difficile* dans les installations selon la situation épidémiologique, Québec**

		Toutes installations N=104	Taux >10/1 000 en 2003* N=46	Perception éclosion 2004 (Q.8) N=22
Q.7a	Surveillance active de la diarrhée associée au <i>C. difficile</i> (DACD)	90 %	100 %	100 %
Q.7b	Calcul les taux d'incidence N=93	64 %	67 %	91 %

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

## Section 2 Gestion des patients atteints de diarrhée

On constate que 83 % des installations confirment le diagnostic chez un patient atteint de diarrhée avec un test de laboratoire (Q.9); cette proportion atteint 100 %, en 2004, si le centre se perçoit en éclosion (tableau 6). Toutes les installations ont accès à des tests diagnostiques. Les résultats des tests sont disponibles pour la majorité (83 %) des installations en moins de 48 heures (Q.12 / tableau 6) et un peu moins de la moitié d'entre eux les recevront en moins de 24 heures. On remarque que les délais d'obtention des résultats supérieurs à 48 heures sont plus fréquents dans les installations de moins de 250 lits (tableau 7). Les tests sont accessibles pendant les jours ouvrables pour la presque totalité des installations et, pour la moitié d'entre elles, les fins de semaine et jours fériés (Q.13). Cette proportion varie peu selon que le centre est en éclosion ou non (tableau 6).

**Tableau 6** Disponibilité des tests pour les patients atteints de diarrhée et délais d'obtention des résultats selon situation épidémiologique dans les installations, Québec

Tests		Toutes installations N=104	Taux >10/1 000 en 2003* N= 46	Perception éclosion 2004 (Q.8) N=22
Q.9	Test pour le diagnostic du <i>C. difficile</i> pour tous les patients présentant de la diarrhée qui évoque un <i>C. difficile</i>	83 %	98 %	100 %
Q.12	Temps moyen pour obtenir le résultat du test confirmant la présence de <i>C. difficile</i>			
	Moins de 24 heures	40 %	45 %	46 %
	24-48 heures	43 %	47 %	46 %
	Plus de 48 heures	18 %	9%	9%
Q.13	Disponibilité des tests			
	Jours ouvrables	95 %	98%	100%
	Fins de semaine et jours fériés	56 %	60%	55%

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

**Tableau 7 Délai de 48 heures ou plus et disponibilité des tests les fins de semaine et jours fériés selon la taille des installations, Québec (N=104)**

<b>Délais prolongés et disponibilité (Q.12-13)</b>	<b>&lt;250 lits N=77</b>	<b>≥250 lits N=27</b>
Temps moyen 48 heures et plus	16 (21 %)	2 (7 %)
Disponibilité des tests les fins de semaine et jours fériés	31 (40 %)	12 (44 %)

Une proportion de 73 % des installations mentionnent placer les patients atteints de diarrhée en chambre privée dans l'attente d'une confirmation de DACD (Q.14). Toutefois, 48 % des répondants regroupent les patients en cohorte sans attendre la confirmation du diagnostic. Cette façon de faire n'est pas conforme aux lignes directrices. Il y a donc lieu, à court terme, de porter une attention à ce point afin de s'assurer que des correctifs soient apportés dans les milieux de soins.



### Section 3 Gestion des patients atteints de *C. difficile*

---

De façon générale, les mesures telles l'isolement (chambre privée ou regroupement en cohorte), l'accessibilité aux vêtements de protection, l'équipement dédié au patient atteint et l'affichage des précautions à prendre sont en place dans les installations de CHSGS du Québec (Q.16,18,19,20). Cependant, l'accès à une toilette privée existe dans environ 85 % des installations (Q.17) et cette accessibilité n'est pas augmentée pour la clientèle lorsque le centre se perçoit en éclosion. Il est alors important de vérifier si les méthodes alternatives (chaise d'aisance, bassines) sont disponibles et utilisées.

D'après les données fournies, les méthodes alternatives (chaises d'aisance, bassines dédiées) ne semblent pas utilisées dans 8 % des installations lorsque l'accès à une toilette privée, pour un patient atteint, n'est pas possible (Q.17).

**Tableau 8** Gestion en présence de patients atteints de *C. difficile*

Gestion des patients avec <i>C. difficile</i>		Toutes installations N=95	Taux >10/1 000 en 2003* N=46	Perception éclosion 2004 N=19
Q.17	Accès à une toilette privée pour les patients avec <i>C. difficile</i>	85 %	74 %	79 %

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

Pour ce qui est de la durée des précautions après l'arrêt des symptômes, 72 % des installations respectent le délai recommandé dans les lignes directrices (Q.22). Il sera donc important de vérifier les raisons qui ne permettent pas le maintien des précautions dans les autres installations pour une durée adéquate.

Quant à la communication entre les installations lors d'un transfert d'un patient atteint de *C. difficile*, 89 % d'entre elles ont mis en place un mécanisme de communication (Q.25). La majorité utilise le téléphone pour communiquer les informations à l'installation qui doit recevoir le patient.

La majorité (83 %) des installations utilisent un savon antiseptique pour le lavage des mains après avoir donné des soins à une personne atteinte de *C. difficile* (Q.21).

Les rince-mains à base d'alcool sont utilisés dans 85 % des installations particulièrement en lien avec la problématique des bactéries multirésistantes (SARM, ERV) (Q.21). Leur efficacité contre les formes sporulées de *C. difficile* est sous-optimale et leur utilisation pour prévenir la transmission du *C. difficile* n'a pas été étudiée. Dans ce contexte, l'application d'un rince-mains comme substitut au lavage des mains ne devrait être retenue qu'en l'absence d'équipements adéquats pour le lavage des mains traditionnel. Toutefois, son utilisation peut être une mesure complémentaire au lavage des mains.

Les patients atteints sont informés de leur diagnostic dans une proportion de 97 % (Q.23). Les installations qui informent leurs patients sur la maladie (94 %), le font le plus souvent verbalement par l'entremise d'une infirmière en prévention des infections (66 %). Un dépliant semble moins utilisé (43 %), ce qui laisse supposer que le patient ne possède pas toujours d'information écrite (Q.24).

## Section 4 Entretien ménager pour les chambres des patients atteints de *C. difficile*

---

Les mesures appliquées dans les CHSGS pour l'entretien ménager des chambres des patients atteints de *C. difficile* rapportées par les installations semblent adéquates en terme de fréquence (tableau 9). Environ 71 % des installations ont modifié leurs méthodes de désinfection depuis janvier 2003 mais le questionnaire ne nous permet pas de préciser les mesures touchées (Q.31).

**Tableau 9 Application des mesures de nettoyage des chambres lors de l'entretien ménager pour les chambres des patients atteints de *C. difficile* dans les CHSGS, Québec (N=104)**

	Mesures appliquées	Proportion
Q.26	Désinfection quotidienne des surfaces dans les chambres	97 %
Q.27	Fréquence de la désinfection des salles de toilette au moins une fois par jour	99 %
Q.28	Le personnel de l'entretien ménager porte des gants et une blouse pour procéder à l'entretien de ces chambres	96 %
Q.30	Désinfection terminale après le départ du patient ou à la cessation de l'isolement	98 %

On remarque que les produits utilisés pour la désinfection des chambres changent en fonction de la perception d'une éclosion (tableau 10). Dans ces cas, l'eau de javel est plus fréquemment utilisée, ce qui rejoint la recommandation émise par le CINQ à l'effet d'utiliser un désinfectant à base de chlore dans les zones de soins où il y a transmission continue du *C. difficile* (Q.29).

**Tableau 10 Produits utilisés lors de l'entretien ménager des chambres des patients atteints de *C. difficile* dans les CHSGS et selon la situation épidémiologique, Québec (N=104)**

	Produits utilisés pour le nettoyage et la désinfection des chambres	Toutes installations N=104	Taux >10/1 000 en 2003* N=46	Perception éclosion N=22
Q.29a	Désinfectant utilisé habituellement	67 %	44 %	25 %
Q.29b	Eau de javel	77 %	73 %	96 %

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

## Section 5 Ressources humaines et formation du personnel

---

La majorité des installations (65 %) se disent actuellement sous la norme d'un professionnel en prévention des infections par 133 lits de courte durée recommandée dans l'avis «*Recommandations de normes en ressources humaines pour les programmes de prévention et contrôle des infections nosocomiales au Québec*» du CINQ transmis en avril 2004 dans l'ensemble du réseau de la santé (Q.33).

Une analyse plus poussée des données précise la situation. Le calcul pour chaque installation de l'écart exact entre le ratio recommandé et le nombre de professionnels (ETP) en prévention des infections fourni au questionnaire, permet de constater que plusieurs centres se rapprochent de la norme sans l'atteindre. Ainsi, 54 installations sont tout près de la norme ou la dépassent alors que les 50 autres s'en éloignent pour l'équivalent d'une journée professionnelle par semaine ou plus.

Il est à noter qu'une étude réalisée par le sous-comité sur la Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) du CINQ en 2000 avait estimé à 1/450 lits totaux et à 1/297 lits de soins aigus le ratio de professionnels en prévention des infections dans les CHSGS du Québec. Le MSSS a également procédé à l'été 2003 à une évaluation sommaire du ratio de ressources en prévention des infections dans les CHSGS, à la suite de l'apparition du SRAS dans d'autres provinces canadiennes. On l'estimait alors à 1/227 lits de soins aigus.

Une augmentation du ratio moyen de professionnels en prévention des infections selon le nombre de lits de courte durée semble être démontrée par les données fournies par les CHSGS. Toutefois, la situation des ressources en prévention des infections dans les établissements est encore considérée comme sous-optimale, d'autant plus que le MSSS a déjà demandé aux ADRLSSSS de s'assurer du recrutement des ressources nécessaires dans les établissements pour atteindre cette norme dans une lettre en novembre 2003. Cette exigence se retrouve également dans le cahier des charges administratives d'avril 2004, qui fixe au 31 mars 2005 la date limite pour respecter intégralement cette norme.

Compte tenu de l'importance de cette mesure, le MSSS a procédé à une démarche de vérification auprès de chacune des régions du Québec quant au nombre de professionnels en prévention des infections. Cette démarche a permis d'établir à 132 le nombre de professionnels requis en équivalent temps complet. Actuellement, 109 professionnels en équivalent temps complet sont en poste. En tenant compte que certains établissements ont affecté un nombre de professionnels plus grand que le ratio requis, on estime qu'il faut ajouter 39 professionnels à temps plein pour atteindre, dans tous les établissements, la norme prévue. La vérification a permis de confirmer que l'embauche de 42 professionnels additionnels est en cours ou le sera d'ici le 31 décembre 2004. Le nombre de professionnels en équivalent temps complet sera alors porté à 148. Il faut également noter que, selon les lignes directrices du CINQ, en période d'éclosion, les ressources en prévention des infections doivent être augmentées au-delà de la norme minimale de 1/133.

Parmi les répondants, 89 % des installations mentionnent avoir un comité de prévention des infections qui se réunit plusieurs fois par année (Q.34). Celui-ci est particulièrement actif en terme de rencontres si le centre se perçoit en écloson (Q.8).

En ce qui concerne la formation du personnel, on note que depuis janvier 2003, plusieurs efforts ont été déployés en ce sens (Q.35). Les séances de formation se sont principalement données pour le personnel infirmier et le personnel de l'entretien ménager. La situation d'émergence d'un problème ou la perception d'une écloson favorise la transmission de documents écrits aux différents corps professionnels (Q.36), (tableau 12).

**Tableau 12 Formation et information distribuée au personnel pour le *C. difficile* dans les CHSGS, selon la situation épidémiologique, Québec**

	Séances de formation sur les mesures de prévention depuis janvier 2003	Proportion N=104	Taux >10/1 000 en 2003* N=46	Perception écloson N=22
Q.35a	Pour le personnel infirmier	48 %	70 %	86 %
Q.35b	Pour les médecins	28 %	51 %	50 %
Q.35c	Pour les intervenants cliniques	33 %	53 %	62 %
Q.35d	Pour le personnel de l'entretien ménager	56 %	78 %	91 %
	<b>Informations écrites sur les mesures de précautions depuis janvier 2003</b>			
Q.36a	Pour le personnel infirmier	83 %	100 %	96 %
Q.36b	Pour les médecins	53 %	74 %	82 %
Q.36c	Pour les intervenants cliniques	47 %	61 %	68 %
Q.36d	Pour le personnel de l'entretien ménager	73 %	94 %	95 %

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

## Section 6 Politique d'utilisation des antibiotiques dans les installations et usage de probiotiques

---

Bien que le concept n'ait pas été défini dans le questionnaire, environ le tiers (34 %) des installations considèrent avoir une politique de surveillance de l'utilisation des antibiotiques (Q.37).

Parmi les installations qui n'en disposent pas actuellement, 40 % en prévoient la mise sur pied à court terme.

**Tableau 13** Caractéristiques des installations qui NE prévoient PAS implanter un processus de surveillance des antibiotiques selon la situation épidémiologique et la taille de l'installation, Québec (N=65)

Ne prévoit pas la mise sur pied d'un processus de surveillance des antibiotiques (Q.37a)	Nombre d'installations
<b>Situation du <i>C. difficile</i> dans l'installation</b>	
Perception d'une éclosion	8 (12 %)
Taux >10/1 000 en 2003*	23 (35 %)
<b>Taille de l'installation</b>	
<250 lits	55 (85 %)
≥250 lits	10 (15 %)

\* Données du fichier Med Echo 2003-2004

La majorité des installations qui n'ont pas de processus de surveillance de l'utilisation des antibiotiques et qui ne prévoient pas la mise en place d'un tel processus ont moins de 250 lits (tableau 13). Cette situation peut s'expliquer par le fait que ce processus implique généralement une équipe multidisciplinaire (microbiologistes-infectiologues, pharmaciens, etc.) ce qui est souvent moins accessible dans les plus petites installations.

Ce contexte particulier dans les installations de moins de 250 lits peut expliquer en partie le fait que 31 installations qui se perçoivent en éclosion ou ont eu un taux supérieur à 10 cas /1 000 admissions en 2003, n'envisagent pas la mise sur pied d'un processus de surveillance des antibiotiques dans leur établissement.

Cette politique est une des pierres angulaires d'une stratégie efficace de prévention des DACD et devrait être en place dans toutes les installations des CHSGS du Québec.

On constate que parmi les 31 installations qui ont un processus de surveillance des antibiotiques, plusieurs d'entre eux (42 %) (Q.37b, Q.37c) ont un processus de révision de l'utilisation des antibiotiques et transmettent des directives internes quant à l'usage des antibiotiques. Cette proportion est encore plus élevée (79 %) dans les installations de 250 lits ou plus (tableau 14).

**Tableau 14 Révision des protocoles d'utilisation des antibiotiques et des directives internes dans les installations qui ont des politiques d'utilisation des antibiotiques selon la taille des installations dans les CHSGS, Québec (N=31)**

		<250 lits N=17	≥250 lits N=14
Q.37b	Processus de révision de l'utilisation des antibiotiques	8 (47 %)	11 (79 %)
Q.37c	Directives internes concernant l'utilisation des antibiotiques ont été communiquées dans la dernière année	8 (53 %)	11 (79 %)

Par ailleurs, l'utilisation des probiotiques ne fait pas l'objet d'une recommandation dans les lignes directrices pour la prévention des DACD car son efficacité n'a pas été étudiée. Selon les données fournies, 17 % des installations disent utiliser les probiotiques en prévention (Q.38).

## Section 7 Communication de l'information aux visiteurs et à la population

---

Les visiteurs sont informés des mesures à prendre principalement par le biais d'affiches à l'entrée des chambres (Q.40). Cette façon de rejoindre les visiteurs a l'avantage d'être systématique et a été jusqu'à maintenant un mode privilégié pour transmettre l'information sur les mesures à prendre, mais ne donne aucune information sur la maladie. Par ailleurs, plusieurs installations (57 %) produisent des dépliants à leur intention (tableau 15). Il est intéressant de noter qu'au cours de la dernière année, près de 48 % des installations ont informé la population sur la situation qui prévalait dans leur installation, et ce, dans presque toutes les régions du Québec (Q.41).

**Tableau 15** Communication de l'information aux visiteurs et à la population en regard du *C. difficile* par les CHSGS, Québec

<b>Q.40</b>	<b>Précautions à prendre pour les patients enseignées aux visiteurs</b>	<b>89 % N=104</b>
Q.40a	Affiche (N=92)	92 %
Q.40b	Dépliant (N=92)	57 %
Q.40c	Autres (N=92)	32 %
<b>Q.41</b>	<b>Au cours de la dernière année, information aux usagers et/ou la population sur la situation qui prévaut dans votre installation</b>	<b>48 % N=104</b>
Q.41a	Communications aux médias (N=48)	93 %
Q.41b	Ligne téléphonique (N=48)	32 %
Q.41c	Matériel écrit (dépliants, affiches) (N=48)	54 %
Q.41d	Autres (N=48)	9 %



## Mesures à consolider

En conclusion, l'analyse des données fournies par les CHSGS dans le questionnaire élaboré, notamment à partir des recommandations préliminaires du CINQ permet de cibler les mesures et les actions à consolider :

### Section 1 Plan d'action, surveillance et pratiques générales de prévention des infections à *C. difficile*

- Améliorer les mécanismes d'information aux CA des établissements et s'assurer qu'ils approuvent les mesures mises en place relativement au *C. difficile*.
- Poursuivre la surveillance active de la DACD dans les établissements et, pour les 88 CHSGS visés, la participation au système de surveillance de l'INSPQ.

### Section 2 Gestion des patients atteints de diarrhée

- Éviter le regroupement en cohortes des cas symptomatiques en attente d'un diagnostic.

### Section 3 Gestion des patients atteints de *C. difficile*

- Effectuer un lavage des mains avec un savon antiseptique lors de soins donnés aux patients atteints de *C. difficile*.
- Ne pas utiliser un rince-mains antiseptique comme substitut au lavage des mains, sauf en l'absence d'équipements permettant le lavage des mains. Le rince-mains peut être utilisé comme mesure complémentaire au lavage traditionnel des mains.
- Remettre aux patients atteints une information écrite sur la maladie.
- Améliorer l'accessibilité aux salles de toilettes privées ou aux méthodes alternatives reconnues.

### Section 4 Entretien ménager pour les chambres des patients atteints de *C. difficile*

- Améliorer l'utilisation des produits de désinfection à base de chlore lors d'éclosions de DACD.

## **Section 5 Ressources humaines et formation du personnel**

- Augmenter, au plus tard au printemps 2005, et comme demandé par le MSSS, les ressources humaines en prévention des infections à la norme recommandée de 1/133 dans tous les CHSGS.
- Définir les besoins de formation des différentes catégories de personnel en CHSGS.
- Soutenir les activités du comité de prévention des infections, particulièrement en situation d'écllosion.

## **Section 6 Politique d'utilisation des antibiotiques dans les établissements et usage des probiotiques**

- S'assurer que chaque CHSGS ait en place un programme de surveillance continue de l'utilisation des antibiotiques dans une perspective de pharmacovigilance. Une surveillance minimale devrait concerner la clindamycine, les fluoroquinolones et les céphalosporines de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> génération.
- Baliser l'utilisation des probiotiques dans la prévention des DACD à l'aide d'études cliniques soutenues par les organismes subventionnaires de recherche.

## **Section 7 Communication de l'information aux visiteurs et à la population**

- Améliorer les activités de communication et d'information à la population sur une base régulière au niveau local, régional et provincial.

## Conclusion

Le portrait des mesures appliquées dans les CHSGS pour la prévention et le contrôle des infections à *C. difficile* permet de constater que plusieurs des recommandations contenues dans les lignes directrices intérimaires du CINQ sont déjà implantées dans les établissements. Il reste toutefois certains éléments à améliorer afin d'optimiser les efforts de lutte contre cette infection, lesquelles auront des impacts positifs sur le contrôle de l'ensemble des infections nosocomiales. Il importe que toutes les ressources des établissements soient mobilisées pour atteindre cet objectif. Pour ce faire, ceux-ci doivent également pouvoir compter sur le soutien actif et direct des ADRLSSSS et au niveau provincial, du MSSS, et ce, dans une perspective de transparence et d'amélioration des soins aux usagers du réseau de soins.

## Annexe

Tableau A Nombre d'installations qui ont répondu au questionnaire selon la région sociosanitaire

No	Nom des régions	Nombre d'installations répondante
01	Bas Saint-Laurent	6
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	6
03	Capitale nationale	8
04	Mauricie et Centre-du-Québec	5
05	Estrie	5
06	Montréal	19
07	Outaouais	6
08	Abitibi-Témiscamingue	6
09	Côte-Nord	7
10	Baie-James	3
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5
12	Chaudière-Appalaches	4
13	Laval	2
14	Lanaudière	2
15	Laurentides	6
16	Montérégie	11
17	Nunavik	2
18	Conseil Cri	1
	Total	104

**Questionnaire pour tous les centres de soins généraux et  
spécialisés (CHSGS) de la province de Québec**  
**Mesures appliquées dans votre établissement pour le contrôle du**  
*Clostridium difficile (C. difficile)*

**AU DIRECTEUR GÉNÉRAL**

Depuis quelques mois, la problématique des infections par le *C. difficile* est particulièrement percutante au Québec. C'est dans ce contexte que nous vous interpellons aujourd'hui pour répondre à ce questionnaire qui vise à connaître l'ampleur et la nature des mesures de prévention et de contrôle mises en place dans les CHSGS au regard des infections à *C. difficile*.

Afin d'obtenir un portrait le plus réaliste possible, nous demandons que ce questionnaire soit rempli avec l'aide d'un(e) professionnel (le) en prévention des infections. Nous comptons sur cette personne pour remplir le questionnaire dans une perspective reflétant la réalité vécue dans votre installation. Un questionnaire doit être rempli pour chacune des installations de soins de courte durée de votre établissement, un établissement pouvant regrouper plusieurs installations. Nous vous demandons de confirmer l'information donnée en apposant votre signature à la fin du questionnaire. Une fois rempli, le questionnaire doit être envoyé à l'agence de développement de réseaux locaux à l'attention de :

\_\_\_\_\_

Merci de votre collaboration.  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Identification**

Nom de l'installation : \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_  
s \_\_\_\_\_

Statut universitaire\*: Oui  Non

Région : \_\_\_\_\_

Nombre de lits de soins aigus : \_\_\_\_\_

Nombre de lits d'hébergement  
longue durée : \_\_\_\_\_

RÉPONDANT(S) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de la collecte : \_\_\_\_\_

\* Centre à vocation d'enseignement et de recherche allant du prédoctorat aux études postdoctorales.

<b>Section 1</b>			
<b>Plan d'action, surveillance et pratiques générales de prévention des infections à <i>C. difficile</i></b>			
1. Avez-vous un plan d'action spécifique relatif à la prévention et au contrôle du <i>C. difficile</i> dans votre établissement ?	Oui 71%	Non 29%	NSP 0%
2. Le conseil d'administration (CA) connaît-il la situation qui prévaut dans votre établissement ?	Oui 59%	Non 37%	NSP 4%
3. Le plan d'action ou les mesures mis en place ont-ils été présentés et approuvés par le CA ?	Oui 28%	Non 70%	NSP 2%
4. Y a-t-il un mécanisme de communication pour informer régulièrement le CA sur la situation épidémiologique et l'application des mesures ?	Oui 53%	Non 45%	NSP 2%
5. La direction a-t-elle désigné dans son équipe un responsable imputable et fondé d'un pouvoir d'agir sur la problématique du <i>C. difficile</i> ?	Oui 76%	Non 22%	NSP 2%
6. Les pratiques de prévention des infections au regard du <i>C. difficile</i> ont-elles été modifiées dans votre installation ?	Oui 82%	Non 18%	NSP 0%
<b>Si Oui, à partir de quel mois /année :</b>			
<b>Est-ce à la suite d'une augmentation du nombre de cas dans votre installation ? (N=84)</b>	Oui 50%	Non 50%	NSP 0%
7. Faites-vous une surveillance active de la diarrhée associée au <i>C. difficile</i> (DACD) ?	Oui 90%	Non 10%	NSP 0%
<b>Si Oui, depuis quand (précisez mois/année) ? N=93</b>			
Avez-vous calculé les taux d'incidence ?	Oui 64%	Non 36%	NSP 0%
- Quels étaient-ils (précisez les périodes étudiées) ?			
- Ont-ils augmenté ? (N=58)	Oui 54%	Non 39%	NSP 7%
- Si Oui, depuis quand ?			
8. Estimez-vous que votre centre est en éclosion de DACD ?	Oui 22%	Non 71%	NSP 7%

## Section 2

### Gestion des patients atteints de diarrhée

9. Demandez-vous un test pour le diagnostic du <i>C. difficile</i> pour tous les patients ayant une histoire de diarrhée (trois selles liquides ou semi formées par jour pendant deux jours) évoquant une infection à <i>C. difficile</i> ?	Oui 83%	Non 15%	NSP 2%
10. Faites-vous la recherche du <i>C. difficile</i> par la culture de selles (sur gélose) ?	Oui 85%	Non 14%	NSP 1%
11. Faites-vous la recherche du <i>C. difficile</i> directement sur les selles ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de cytotoxines sur culture cellulaire ?</li> <li>- Détection par Élixa de la toxine A et B ?</li> <li>- Détection par Élixa de la toxine A ?</li> <li>- Détection par Élixa de la présence de glutamate déshydrogénase-GDH ?</li> </ul>	O: 46% O: 26% O: 37% O: 9 %	N: 45% N: 64% N: 53% N: 80%	NSP: 9% NSP: 10% NSP: 10% NSP: 11 %
12. En moyenne, quel est le plus court délai avant d'obtenir le résultat d'un test confirmant la présence de <i>C. difficile</i> ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins de 24 heures ?</li> <li>- Entre 24-48 heures ?</li> <li>- Plus de 48 heures ?</li> </ul>	40% 43% 17%		
13. Les tests sont-ils disponibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les jours ouvrables ?</li> <li>- Les fins de semaines et jours fériés ?</li> </ul>	O: 95% O: 56%	N: 3 % N: 42%	NSP: 2% NSP: 2%
14. Les cas symptomatiques en attente d'un diagnostic sont-ils placés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans une chambre privée ? Regroupés en cohorte ?</li> <li>- Autres (précisez) ?</li> </ul>	O: 73% O: 48%	N: 27% N: 52%	NSP: 0% NSP: 0%

**SECTION 3****Gestion des patients atteints de *C. difficile***

15. Y a-t-il un signalement au dossier du patient affecté par une diarrhée associée au <i>C. difficile</i> ?	O:58%	N: 41%	NSP: 1%
16. Les cas symptomatiques ayant un diagnostic de diarrhée associée au <i>C. difficile</i> (DACD) sont-ils placés : - dans une chambre privée ? - regroupés en cohorte ?	O:91% O:65%	N: 9% N: 35%	NSP: 0% NSP: 0%
17. Les patients symptomatiques ont-ils une toilette privée ?  <b>Si Non, ont-ils une chaise d'aisance dédiée, une bassine dédiée ou autres (ex. : bassine jetable) ?</b>	O:85%  O:92%	N: 15%  N: 6%	NSP: 0%  NSP: 2%
18. Un avis sur les mesures de protection personnelles à prendre est-il affiché à la porte de la chambre du patient ?	Oui 93%	Non 7%	NSP 0%
19. Des gants et blouses à manches longues sont-ils disponibles à la porte de la chambre du patient atteint ?	Oui: 100%	Non 0%	NSP 0%
20. Avez-vous de l'équipement dédié au chevet du patient atteint de <i>C. difficile</i> (stéthoscope, sphygmomanomètre, thermomètre etc.) ?	Oui 86%	Non 14%	NSP 0%
21. Quel produit utilisez-vous pour le lavage des mains lors de soins aux patients atteints de <i>C. difficile</i> ? (plus d'une réponse sont possibles) - Savon ordinaire ? - Savon antiseptique ? - Rince-mains à base d'alcool ? - Autres (précisez) :	O:65% O:83% O:85%	N: 35% N: 17% N: 15%	NSP: 0% NSP: 0% NSP: 0%
22. Maintenez-vous les précautions pour ces patients pour une durée minimale de 72 heures après l'arrêt des symptômes ?	Oui 72%	Non 25%	NSP 3%
23. Le patient atteint est-il informé de son diagnostic ?	Oui 97%	Non 0%	NSP 3%
24. Le patient atteint est-il informé sur la maladie ?  <b>Si Oui, comment (plusieurs choix possibles) :</b>	O:94%	N: 0%	NSP: 6%



**SECTION 3**  
**Gestion des patients atteints de *C. difficile***

<p><i>N=97</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un dépliant lui est remis ?</li> <li>- une rencontre individuelle avec l'infirmière en prévention des infections ou un autre professionnel désigné ?</li> <li>- Autres (précisez) :</li> </ul>	<p>O:43% O:66%</p>	<p>N: 56% N: 34%</p>	<p>NSP: 1% NSP: 0%</p>
<p>25. Y a-t-il un mécanisme de communication mis en place lors de transferts des patients atteints par le <i>C. difficile</i> vers un CHSLD, centre de réadaptation ou autres ?</p> <p><b>Si Oui, comment (plusieurs choix possibles)</b>  <i>:N=93</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication téléphonique ?</li> <li>- Communication écrite ?</li> <li>- Autres (précisez) :</li> </ul>	<p>Oui 89%</p> <p>O:91% O:80%</p>	<p>Non 9%</p> <p>N: 9% N: 17%</p>	<p>NSP 2%</p> <p>NSP: 0% NSP: 3%</p>

**SECTION 4****Entretien ménager pour les chambres des patients atteints de *C. difficile***

26. Procédez-vous à une désinfection quotidienne des surfaces dans les chambres (mobilier, objets et autres surfaces fréquemment touchés) ?	Oui 97%	Non 3%	NSP 0%
27. À quelle fréquence sont désinfectées les salles de toilette de ces patients ? - Quotidiennement ? - Deux fois par jour ? - Ne sait pas	81% 18% 1%		
28. Le personnel de l'entretien ménager porte-il des gants et une blouse pour procéder à l'entretien de ces chambres ?	Oui 96%	Non 4%	NSP 0%
29. Quels sont les produits utilisés pour le nettoyage et désinfection des chambres (plus d'une réponse possible) ? - Désinfectant utilisé habituellement ? - Eau Javel ? - Autres produits (précisez) :	O: 67% O: 77%	N: 33% N: 23%	NSP: 0% NSP: 0%
30. Procédez-vous à une désinfection terminale après le départ du patient ou à la cessation de l'isolement ?	Oui 98%	Non 2%	NSP 0%
31. Avez-vous modifié vos méthodes de désinfection de l'environnement depuis janvier 2003 ?  <b>Si Oui, est-ce à la suite d'une augmentation du nombre de cas de DACD dans votre installation ? N=74</b>	Oui 71%  Oui 45%	Non 29%  Non 55%	NSP 0%  NSP 0%

## SECTION 5

### Ressources humaines et formation du personnel

32. Quel est le nombre de professionnels (ÉTP) en prévention des infections dans votre établissement ?			
<p>33. Quel est le ratio des professionnels en prévention des infections/lits de courte durée dans votre établissement ?</p> <p>Si votre établissement est sous le ratio de 1/133, avez-vous prévu l'embauche d'infirmières en prévention ? (N = 67)</p> <p><b>Si Oui, quand ? N=33</b></p> <p><b>Si Non, pourquoi ? N=27</b></p>	<input type="checkbox"/> =1/133 27%  Oui 54%	<input type="checkbox"/> <1/133 65%  Non 44%	<input type="checkbox"/> >1/133 8%  NSP 2%
<p>34. Avez-vous un comité de prévention des infections dans votre établissement ?</p> <p><b>Si Oui, combien de fois /année se réunit-il ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins de 3 fois ?</li> <li>- 4 à 6 fois ?</li> <li>- Plus de 6 fois ?</li> </ul>	<p>Oui 89%</p> <p>22% 53% 25%</p>	<p>Non 11%</p>	<p>NSP 0%</p>
<p>35. Depuis janvier 2003, y a-t-il eu des séances de formation sur les mesures de prévention des infections à <i>C. difficile</i> ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour le personnel infirmier ?</li> <li>- Pour les médecins ?</li> <li>- Pour les intervenants cliniques (physio, inhalo, etc.) ?</li> <li>- Pour le personnel de l'entretien ménager ?</li> </ul>	<p>O: 48% O: 28% O: 33% O: 56%</p>	<p>N: 52% N: 67% N: 65% N: 43%</p>	<p>NSP: 0% NSP: 5% NSP: 2% NSP: 1%</p>
<p>36. Depuis janvier 2003, y a-t-il eu des informations écrites sur les mesures de prévention des infections à <i>C. difficile</i> adressées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au personnel infirmier ?</li> <li>- Aux médecins ?</li> <li>- Aux intervenants cliniques (physio, inhalo, etc.) ?</li> <li>- Au personnel de l'entretien ménager ?</li> </ul>			
	O: 83%	N: 17%	NSP: 0%
	O: 53%	N: 40%	NSP: 7%
	O: 47%	N: 51%	NSP: 2%
	O: 73%	N: 24%	NSP: 3%

**SECTION 6****Politique d'utilisation des antibiotiques dans les établissements et usage des probiotiques**

37. Y a-t-il dans votre établissement un processus de surveillance de l'utilisation des antibiotiques ?	Oui 34%	Non 63%	NSP 3%
Si Non, est-il prévu de mettre sur pied ce genre de processus de surveillance ? <i>N=65</i>	Oui 40%	Non 29%	NSP 31%
Si Oui, y a-t-il eu dans votre établissement un processus de révision de l'utilisation des antibiotiques ? <i>N=35</i>	Oui 61%	Non 36%	NSP 3%
Si Oui, des directives internes concernant l'utilisation des antibiotiques ont-elles été communiquées dans la dernière année ? <i>N=35</i>	Oui 66%	Non 34%	NSP 0%
38. Est-ce que votre établissement offre des probiotiques aux patients sous antibiothérapie afin de prévenir les infections à <i>C. difficile</i> ?	Oui 17%	Non 78%	NSP 5%
39. Est-ce que votre établissement offre un soutien diététique visant à prévenir les infections à <i>C. difficile</i> (exemples : capsules de yogourt, yogourt, etc.)	Oui 27%	Non 70%	NSP 3%

**SECTION 7****Communication de l'information aux visiteurs et à la population**

40. Les précautions à prendre pour les patients atteints sont-elles enseignées aux visiteurs ?  <b>Si Oui, comment ? N=92</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Affiche ?</li><li>- Dépliant ?</li><li>- Autres (précisez) :</li></ul>	Oui 89%	Non 11%	NSP 0%
	O:92% O:57%	N: 8% N:43%	NSP: 0% NSP: 0%
41. Au cours de la dernière année, avez-vous informé les usagers et/ou la population sur la situation qui prévaut dans votre établissement ?  <b>Si Oui, comment : N=48</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Communications aux médias ?</li><li>- Ligne téléphonique ?</li><li>- Matériel écrit (dépliants, affiches) ?</li><li>- Autres (précisez) :</li></ul>	Oui 48%	Non 52%	NSP 0%
	O:93% O:32% O:54%	N: 7% N:68% N:46%	NSP: 0% NSP: 0% NSP: 0%