

Bilan des projets du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales [2^{ème} édition]

Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) chez les autochtones canadiens

Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), en collaboration avec le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CCEH), recueille, depuis janvier 1995, des données de surveillance sur SARM. En 2001, les données de surveillance du PCSIN provenaient de 37 hôpitaux situés dans 9 provinces. Les données sur l'origine ethnique sont recueillies dans le but de déterminer l'incidence de SARM dans la communauté autochtone. Les données de 1995 à 1999 ont révélé la présence de SARM chez 3 827 sujets, dont 144 (4 %) étaient autochtones; 51 % de ces derniers vivaient sur une réserve. On a noté des différences par rapport au sexe entre les patients hospitalisés d'origine autochtone et non-autochtone: SARM était présent chez un plus grand nombre de femmes autochtones (52 % contre 40 %, $p = 0,05$). Il semble que les cas positifs pour SARM dans la communauté autochtone soient observés principalement chez les jeunes qui se présentent dans des hôpitaux de soins actifs (hôpitaux faisant partie du PCSIN) pour des infections contractées dans la communauté. Parmi les cas, l'âge moyen des autochtones était de 41 ans, comparativement à 66 ans pour les non-autochtones ($p < 0,001$). Les enfants hospitalisés de moins de 3 ans chez qui on avait détecté SARM étaient 7 fois plus nombreux chez les autochtones; ceux de moins de 21 ans, 6 fois plus nombreux; et les adultes de moins de 65 ans, 2 fois plus nombreux ($p < 0,001$). De plus, il y avait beaucoup plus de cas chez les autochtones hospitalisés dans l'ouest canadienne que dans le reste du pays ($p < 0,001$). La situation géographique des établissements où le CCEH exerce une surveillance et la distribution géographique de la communauté autochtone du Canada expliquent probablement ce phénomène.

Comparativement aux non-autochtones, les autochtones risquaient 2,7 fois plus d'être infectés que colonisés ($p < 0,001$); 7,8 fois plus souvent ont acquis l'infection dans la communauté ($p < 0,001$); et le diagnostic était 3,4 fois plus souvent fondé sur l'analyse d'un isolat clinique ($p < 0,001$). La majorité des autochtones souffraient d'infections de la peau ou des tissus mous (41 %). La probabilité de lien épidémiologique avec un autre cas dans l'hôpital était moindre chez les autochtones hospitalisés : 25 % des cas chez les autochtones avaient un lien épidémiologique contre 56 % des cas chez les non-autochtones ($p < 0,05$).

En se fondant sur la similitude du profil d'ADN, la surveillance exercée par le PCSIN a permis l'identification de quatre souches principales de SARM au Canada qui comptent pour 80 % de toutes les souches isolées. Toutefois, chez les autochtones hospitalisés, 60 % des souches de SARM isolées ont des profils d'ADN différents des quatre souches principales, ce qui laisse croire à une plus grande diversité génétique des souches identifiées par électrophorèse en champ pulsé chez ces patients. De plus, les souches trouvées chez les autochtones hospitalisés sont plus souvent résistantes à la mupirocine, alors que la résistance au Cotrimoxazole est moins répandue.

En conclusion, chez les autochtones hospitalisés, SARM semble être présent chez des patients plus jeunes et l'on présume que la bactérie provient plus souvent de la communauté. De plus, les patients risquent davantage d'avoir des infections, particulièrement de la peau et des tissus mous, et celles-ci sont causées par une plus grande diversité de souches sur le plan génétique.

Sondage RICH: rapport provisoire

Le sondage RICH (Ressources en prévention des infections dans les hôpitaux) a remporté un vif succès. Le questionnaire de sondage a été envoyé à 238 hôpitaux et 171 (71,8 %) l'ont rempli. Le nombre de PPI était de 1,12 ETP par 250 lits (écart-type 0,53). Dans 39 % des hôpitaux, aucun d'eux n'était accrédité par le CBIC. Dans 16,9 % des hôpitaux, aucun médecin ou autre détenteur de doctorat ne s'occupait de prévention des infections et, dans 29,6 %, aucun personnel de secrétariat n'était affecté à cette activité. On tenait des statistiques sur SARM dans 93,2 % des hôpitaux, sur l'ERV dans 82,9 % des hôpitaux et sur *C. difficile* dans 76 % des hôpitaux. On disposait de protocoles écrits sur les

précautions à prendre en présence de SARM dans 98,6 % des établissements, de l'ERV dans 97,3 % et de *C. difficile* dans 71,9 % des établissements. On calculait le taux d'infection des plaies opératoires dans 78,1 % des hôpitaux, mais parmi ceux-ci, on ne rapportait les taux à chaque chirurgien que dans 48,2 % des cas. En 1999, près du tiers (31 %) des hôpitaux ont connu des éclosions de grippe, et 34,3 % du personnel soignant en contact direct avec les patients a reçu le vaccin contre la grippe. Peu d'hôpitaux (8,3 %) avaient un plan d'intervention en cas de pandémie de grippe, mais 43,8 % étaient en train d'en mettre un sur pied.

L'analyse initiale a démontré que des cotes basses pour certains éléments structurels correspondaient à des cotes basses pour la surveillance et les activités de prévention. Les programmes de surveillance de la grippe et de prévention des infections ainsi que les plans d'intervention en cas de pandémie sont sous-optimaux, ce qui rend les hôpitaux vulnérables et entraîne des risques pour les patients. L'analyse des résultats se poursuit.

Sondage sur la réutilisation d'instruments médicaux à usage unique: résumé

En décembre 2000, un sondage sur la réutilisation des instruments médicaux à usage unique a été expédié aux professionnels de la prévention des infections ou aux directeurs des établissements de soins actifs de plus de 80 lits (741 établissements) au Canada. L'objectif du sondage était de connaître le degré de réutilisation des instruments médicaux à usage unique au Canada. Le sondage évaluait les pratiques en matière de réutilisation de 67 instruments médicaux critiques et semi-critiques à usage unique et de 17 appareils respiratoires. Toutes les réponses sont demeurées anonymes.

Un total de 422 questionnaires ont été remplis et retournés (57%). Le Nouveau-Brunswick affichait le taux de réponse le plus élevé (17/22; 77%) et la Colombie-Britannique, le taux le plus bas (30/95; 32%). La moyenne de lits des hôpitaux répondants était de 178 (entre 3 et 2 247); 21% n'avaient qu'une clientèle adulte et 1% étaient des hôpitaux pédiatriques. Seulement 43 hôpitaux (10%) ont indiqué avoir mis sur pied un comité sur la réutilisation. De nombreux instruments étaient réutilisés plus de 20 fois avant d'être jetés. Même si la plupart des instruments étaient traités par des procédés de désinfection de haut niveau ou de stérilisation, quelques établissements utilisaient des méthodes de désinfection inadéquates. De plus, il n'existait aucun protocole écrit sur la réutilisation pour la majorité des instruments médicaux à usage unique évalués dans le sondage. Par exemple, les proportions des hôpitaux qui réutilisent certains des instruments visés par le sondage et où aucun protocole n'existe sont les suivantes: 6/8 (75%) pour les cathéters d'EP cardiaque; 2/8 (25%) pour les aiguilles d'EMG; 5/39 (13%) pour les pinces utilisées en gastroentérologie; 8/35 (23%) pour les pinces à biopsie électrique; 9/23 (39 %) pour les poinçons à biopsie gastro-intestinale.

L'analyse initiale des résultats indique que la réutilisation d'instruments médicaux à usage unique est pratique courante au Canada et que, la plupart du temps, elle se fait sans qu'un comité sur la réutilisation ait été mis sur pied. De nombreux hôpitaux n'ont aucun protocole écrit sur la réutilisation et ne respectent pas les normes d'asepsie reconnues lorsqu'ils traitent leurs instruments. L'analyse des résultats est en cours et des renseignements supplémentaires seront transmis dans des bulletins à venir.

Les deux abrégés ci-haut ont été soumis pour présentation au réunion conjointe de 2001 de CACMID, CHICA et CIDS qui aura lieu à Victoria, CB.

Dans le prochain numéro...

*Bactériémies en hémodialyse
ESBL*