

Bulletin du PCSIN

Division des infections nosocomiales et professionnelles,
Bureau des maladies infectieuses
Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CCEH)

1^{er} mars 2001

Résumé et bilan des projets du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PC SIN) [Première édition]

Diarrhée nosocomiale associée à *Clostridium difficile* (DACD-N)

Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales a entrepris une étude de la prévalence, au cours d'une période donnée, de la diarrhée nosocomiale associée à *Clostridium difficile* (DACD-N). Cette étude a été menée dans 19 grands hôpitaux d'enseignement au Canada, en 1996-1997. Un compte rendu de ce projet sera publié dans le Journal canadien des maladies infectieuses (Canadian Journal of Infectious Diseases, CJID) en mars 2001. Un deuxième article paraîtra dans l'Infection Control and Hospital Epidemiology (ICHE) en juin 2001.

Afin d'évaluer la prévalence de la DACD-N au Canada et son impact sur les patients et le système de santé, nous avons mené un projet de surveillance ciblée dans 19 hôpitaux de 8 provinces qui participent au PCSIN, initiative conjointe de la Société canadienne des maladies infectieuses et de Santé Canada.

Le projet a révélé que la DACD-N est une complication importante de l'hospitalisation. La prévalence moyenne s'établissait à 6 cas pour 1000 admissions ou 66 cas pour 100 000 jours-patients. Dans l'ensemble, 8 % des cas de DACD-N avaient souffert d'une complication médicale liée à leur diarrhée, notamment de déshydratation, d'hémorragie intestinale, de perforation intestinale et de septicémie. Fait important, on a découvert que la DACD-N avait directement ou indirectement entraîné la mort de 4 personnes atteintes (1,5 %).

Outre la mortalité qu'elle entraîne, la DACD-N est à l'origine d'une morbidité importante et de coûts considérables en soins de santé. Le projet de surveillance a révélé que parmi les 269 patients souffrant de DACD, 8 % avaient présenté une morbidité importante, 26 % avaient subi un examen radiologique en raison de leur diarrhée (p. ex. série de radiographies abdominales, échographie abdominale) et 1,9 % avaient subi une endoscopie en raison des symptômes attribuables à leur DACD.

Un autre aspect clinique de la DACD-N revêt une importance particulière : chez un nombre croissant de patients, la maladie est diagnostiquée après le départ de l'établissement de soins actifs. Le projet de surveillance a recensé 19 patients (7 %) qui avaient dû être réhospitalisés dans un établissement de soins actifs à la suite de leur DACD-N. Les raisons de la réadmission étaient variables. Bon nombre de ces patients étaient âgés et fragiles, et la diarrhée avait entraîné une détérioration générale de leur état de santé. Le projet du PCSIN a montré qu'il y a généralement, dans un hôpital moyen, 10 réadmissions par année dues à une DACD nosocomiale apparue après le départ du patient. Le coût minimum estimatif de ces réadmissions s'éleverait à environ 128 200 \$CDN (85 000 \$US) par hôpital par année. Cette estimation du coût est fondée sur les données suivantes : la durée moyenne du séjour dans un cas de réadmission pour DACD-N est de 14 jours, le coût minimum est de 900 \$CDN par jour par lit, et on prévoit un nombre moyen de 10 réadmissions dues à une DACD-N (7 % de la totalité des cas de DACD-N) par hôpital par année. Il faut également tenir compte des coûts supplémentaires associés aux examens, au traitement de la DACD-N et aux complications (p. ex. déshydratation, hémorragie digestive, occlusion intestinale, septicémie, etc.).

Résultats de la surveillance de l'hémodialyse

On dispose maintenant des résultats préliminaires du projet de surveillance des infections du sang chez les patients hémodialysés. Ce projet a été mené dans 11 centres de l'ICHE, dans 9 provinces, entre décembre 1999 et novembre 2000. Dans le projet de surveillance des unités (partie 1), on a dénombré 184 infections du sang (57 avérées et 127 probables) pour 133 158 séances de dialyse (1,4/1000, IC à 95 %, 1,1-1,5) et 316 952 jours-patients (0,6/1000, IC à 95 %, 0,5-0,7). Le risque d'infection se situait entre 0,2/1000 séances de dialyse avec une fistule AV et 5,2/1000 avec un CVC sans manchon. On observait des variations considérables d'un centre à l'autre en fonction de l'accès vasculaire utilisé. Les résultats ont fait ressortir une hiérarchie marquée du risque d'infection du sang liée à l'hémodialyse en fonction de l'accès vasculaire : la fistule AV était liée au risque le plus faible, et le CVC sans manchon au risque le plus élevé.

L'analyse du projet de surveillance de cohortes prospectives est actuellement en cours (partie 2). Elle comprend une analyse des séries chronologiques (modèle de régression de Cox), visant à déterminer l'influence des différents types d'accès vasculaire sur le taux d'infection du sang. On trouvera de plus amples renseignements sur cette analyse dans le prochain bulletin.

Les personnes désireuses d'obtenir plus de précisions sur les résultats de cette étude sont priées d'en faire la demande par courrier électronique à : dgravel@hc-sc.gc.ca

SHEA (The Society for Healthcare Epidemiology of America), du 1^{er} au 3 avril 2001 Royal York Hotel, Toronto

Exposés du PCSIN :

- 1.) SARM chez les Autochtones - le dimanche 1^{er} avril, 11 h 30 dans la salle de concert (Concert Hall)
- 2.) Incidence de l'ERV au Canada - le dimanche 1^{er} avril, 14 h dans la salle Ontario (Ontario Room)
- 3.) Infections du sang liées à l'hémodialyse dans les unités de dialyse au Canada - le dimanche 1^{er} avril, présentation par affiches
- 4.) Incidence cumulative des infections du sang dans une cohorte multicentrique de patients hémodialysés - le dimanche 1^{er} avril, présentation par affiches
- 5.) infections nosocomiales associées au LCR - étude de cohortes prospectives du Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers et du PCSIN - 1^{er} avril, présentation par affiches

Dans le prochain numéro...
SARM chez les Autochtones
Compte rendu de de l'étude RICH