



Contrôler les infections nosocomiales – 12 mesures éprouvées

Apparue entre 2002-2004 au Québec, l'épidémie de diarrhée associée à l'émergence d'une souche de *Clostridium difficile* hypervirulente a été l'élément déclencheur qui a conduit à la mise sur pied d'un vaste programme provincial de lutte contre les infections nosocomiales, lesquelles remontent probablement à l'époque de l'apparition des hôpitaux dans l'histoire de l'humanité!

Les infections nosocomiales ne sont pas toutes évitables, mais on peut toujours essayer d'en minimiser le nombre et l'impact en ciblant les mêmes mesures déjà utilisées dans la lutte contre l'émergence de la résistance bactérienne. Nous avons adapté ces 12 mesures au contexte québécois et les voici ci-contre.

Les membres du Comité :

L'HDQ :

Jean-François Bellemar, Josée Boily,
Suzanne Claveau, Andrée-Anne Jobin,
Myrancy Mailhot et la collaboration spéciale
de Claude Tremblay

CHUL :

Luc Bergeron, François Boucher, Gaétan Brochu,
Marie-Claude Michel et Hélène Senay

HSFA :

François Brouillette et Anne-Claude Picard
Direction des communications du CHUQ :
Éric Etter

Prévenir l'infection

- 1 Vacciner (pneumocoque pour ≥ 65 ans et malades chroniques, Influenza).
- 2 Retirer les cathéters devenus obsolètes ou présentant un aspect douteux (lignes veineuses ou artérielles, sondes).

Diagnostiquer et traiter les infections avec efficacité

- 3 Cibler étroitement le pathogène le plus probable selon le site de l'infection.
- 4 Demander une opinion d'expert si besoin est.

Utiliser judicieusement les antibiotiques

- 5 Exercer une surveillance de type RUM sur l'utilisation des antibiotiques (RUM = revue d'utilisation des médicaments).
- 6 Utiliser des données locales de sensibilité aux antibiotiques (prochains bulletins!).
- 7 Traiter les infections, pas la contamination (ex. : hémoculture à *Staph. epidermidis*, une bouteille sur 6).
- 8 Traiter les infections, pas la colonisation (le laboratoire modifie des protocoles en conséquence).
- 9 Ne pas utiliser à l'excès la vancomycine (IV ou PO) pour ne pas gaspiller son efficacité.
- 10 Réévaluer le traitement antibiotique à la lumière de l'évolution clinique et des cultures. Cesser un traitement antibiotique dont la durée prévue est terminée ou lorsque la cause bactérienne est incertaine et que les cultures sont négatives (ex. : surcharge vs pneumonie, infection virale, etc.).

Éviter la transmission

- 11 Documenter les agents microbiens par culture; on pourra identifier un SARM ou une bactérie résistante et prendre les précautions nécessaires.
- 12 Briser la chaîne de la contagion
 - Respecter toutes les consignes
 - Utiliser le gel pour l'hygiène des mains avant et après les contacts (suivi du lavage des mains, si requis par la présence de *C. difficile*)



Adapté du document du CDC, MMWR, 2002; 51 :343

En terminant, ne jamais sous-estimer le pouvoir de vos gestes individuels! Prochainement, d'autres bulletins porteront sur le traitement de certaines infections, le phénomène des blactamases à spectre élargi, la prophylaxie anti-bactérienne, le profil de la résistance bactérienne dans nos installations, etc. Les membres du comité sont attentifs à vos commentaires et vous remercient d'avoir lu ce bulletin jusqu'à la question quiz :

L'usage des antibiotiques est très répandu dans le CHUQ, mais savez-vous vraiment à quel point ? Devinez quel était le % moyen de patients sous antibiothérapie dans chacun des trois hôpitaux du CHUQ le jeudi 1^{er} mai 2008 ? (Réponse au bas de la page)

Ce bulletin peut être téléchargé et imprimé à partir de l'intranet du CHUQ.

Il suffit d'accéder au répertoire du Comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques, situé sous l'onglet CMDP du dépôt de document.