



Réseau de contrôle des infections Champlain

Votre Comité Directeur

Activités éducatives

*Nouvelles
coordonnatrices de réseau*

Gagnantes de la Semaine
nationale de prévention des
infections

Groupe d'étude du CIC

Financement en matière
de SRAS

Bibliothèque de prêts
du RCIC

The Pestilence of Artificial
Nails in Healthcare

Comparaison de documents
Du CCPMI

Feuille d'information sur
la surveillance



Colette

Bonjour!

Nous avons le plaisir de vous présenter un double numéro du bulletin. Il contient beaucoup de renseignements sur nos initiatives en matière de prévention et de contrôle des infections. Nous avons été très occupés à mettre de l'avant des programmes et des projets dans Champlain. Le Réseau de contrôle des infections de Champlain (RCIC) a célébré son premier anniversaire. Bien que nous en soyons

encore à nos débuts, nous avons reçu de nombreux commentaires positifs. C'est encourageant de constater que nous répondons à certains besoins. Nous espérons continuer de le faire et d'accomplir encore plus en 2007. Que la nouvelle année vous apporte santé et bonheur!

Gagnantes de la Semaine nationale de prévention des infections

Les réseaux régionaux de contrôle des infections ont organisé un concours pour célébrer la Semaine nationale de prévention des infections. Huit personnes ont participé au concours dans le RCIC. Voici les gagnantes :

1^{er} prix - Cathy Levoy, infirmière en contrôle des infections à l'Hôpital régional de Pembroke, a reçu le manuel « Hospital Epidemiology and Infection Control », 3^e éd., de Glen Mayhall.

2^e prix - Colette Desrochers du Centre de soins de longue durée Montfort a reçu une trousse Glitterbug comprenant des produits Glo Germ et une lampe à rayons UVA.

3^e prix - Jennifer Archambeault du foyer pour personnes âgées Glen Stor Dun Lodge a reçu 100 \$ pour une adhésion à CHICA-Canada.



Gagnante du 1^{er} prix - Cathy Levoy

Raymonde Hickey



Raymonde Hickey is a public health nurse who has worked in the field of communicable disease prevention and control for over 16 years.

She has obtained her nursing degree at the University of Ottawa in 1986 and started working in public health field in 1988.

Raymonde's first 12 years in the field of communicable disease prevention and control were as an employee of the City of Ottawa. She is currently employed with Health Canada under the First Nations and Inuit Health - Ontario Region as the Regional Communicable Disease Control Manager.

Her existing role is to Review and build a team to assist in the enhancement of the existing communicable disease control programs for the on-reserve population of Ontario.

Previous to the regional position, Raymonde was a national federal employee with Health Canada holding the immunization and tuberculosis files.

The role in that position was to review and look at means of enhancing existing relevant programs or related activities taking place across the provinces for the on-reserve population.

Dr. Baldwin Toye



Le D^r Baldwin Toye est chef de la Division de la microbiologie, médecin-conseil en maladies infectieuses à L'Hôpital d'Ottawa et professeur agrégé au Département de pathologie et médecine de laboratoire et au Département de médecine à l'Université d'Ottawa. Il est également médecin-conseil en microbiologie auprès de l'Hôpital général de Hawkesbury et du district ainsi que du Laboratoire régional de santé publique d'Ottawa.

Le D^r Toye a obtenu son diplôme en médecine de l'Université de Toronto et a suivi une formation postdoctorale en médecine interne à l'Université d'Ottawa, en maladies infectieuses à l'Université du Manitoba et en microbiologie médicale à l'Université de Toronto.

Le D^r Toye et son équipe s'emploient activement à améliorer le soutien offert par les services de laboratoire de microbiologie aux professionnels du contrôle des infections de notre région. Il est un chef de file reconnu dans la consolidation de laboratoires de microbiologie à l'échelle régionale. Il est actuellement président du comité de microbiologie et du comité consultatif de mycologie du Programme de gestion de la qualité - Services de laboratoire. Le D^r Toye est également membre actif du comité des protocoles de surveillance des maladies transmissibles de l'OHA/OMA et du groupe de travail en laboratoire associé au Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe. Sur le plan professionnel, sa passion continue d'être la prévention et le contrôle des infections, mais dans son temps libre, il s'adonne au bricolage et aime travailler le bois.

Activités éducatives

Janvier 24-26, 2007

Infection Control Today (ICT)
Conference on Professional
Development

Hampton Inn Tropicana, Las Vegas
www.ictconference.com

Février 15, 2007

The 2nd Annual Symposium on
Infection Control in Healthcare
Facility Design and Construction

Vaughan Estate, Estates of
Sunnybrook

Avril 14 - 17, 2007

17th Annual SHEA Scientific
Meeting

Baltimore Marriott Waterfront
www.shea-online.org

Les ongles artificiels dans les soins de santé, une vraie peste

Extrait d'une présentation soumise au Collège Centennial

par Gail Schryer

Gestionnaire de la qualité - Laboratoire

Hôpital régional de Pembroke

Introduction

Les mains des travailleurs de la santé ont été impliquées dans un vaste éventail de flambées nosocomiales, tout particulièrement en raison d'une hygiène des mains moins que rigoureuse. Pour compliquer la situation, nous devons maintenant tenir compte des membres du personnel clinique qui portent des ongles artificiels au travail. Ces faux ongles sont souvent longs et plus difficiles à nettoyer; ils offrent en outre un endroit où peuvent se loger des débris, des saletés et surtout des micro-organismes préoccupants en milieu hospitalier (Infection Control Professionals Associates, 2004). Le Center for Disease Control recommande de tailler à 60 mm (1/4 pouce) les ongles naturels des travailleurs de la santé (2002). Les ongles longs et pointus (artificiels ou naturels) peuvent percer plus facilement les gants et établir ainsi une voie de propagation des micro-organismes.

Les micro-organismes les plus souvent associés aux infections nosocomiales secondaires aux ongles artificiels sont des bacilles gram négatif, notamment *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens* et *Klebsiella pneumoniae*, ainsi que des levures, notamment *Candida albicans* (Saiman, 2002). Ce sont tous des organismes que l'on retrouve en nombre supérieur sur les mains des personnes qui ont des ongles artificiels. La meilleure façon de prévenir les infections nosocomiales secondaires aux ongles artificiels en d'en interdire le port dans le milieu des soins de santé. Cette mesure permettra non seulement d'assurer un bien-être et une sécurité plus grandes pour les patients, mais aussi de réduire les dépenses inutiles découlant du traitement d'infections nosocomiales évitables.

Risques associés aux ongles artificiels

Depuis quelques années, la pose d'ongles artificiels et d'extensions gagne en popularité. Le terme « ongles artificiels » regroupe ici ongles complets, recouvrements, bouts, acrylique, soie, fibre de verre, catalyseur, gel et bijoux ou éléments de décoration des ongles (ICPA, 2004). La région de l'ongle est la plus souvent associée à la flore microbienne de la main (Santé Canada, 1998), et les ongles artificiels peuvent augmenter de diverses façons les risques de receler une flore pathogène (The Aurora Group Inc., 2005) :

1. Un ongle artificiel peut se séparer de la base de l'ongle naturel s'il est heurté ou accroché, laissant de ce fait une ouverture.
2. Une ouverture entre l'ongle naturel et l'ongle artificiel se forme lorsque l'ongle naturel pousse.

Cette ouverture attribuable à la présence de l'ongle artificiel favorise la présence d'humidité, de la saleté et de micro-organismes. La base de l'ongle naturel est formée de kératine, milieu idéal de croissance bactérienne et fongique. La croissance bactérienne se fait en grande partie le long du millimètre (1 mm) de l'ongle adjacent à la région sous-unguéale. Les bactéries qui se retrouvent le plus souvent dans la région sous-unguéale comprennent des staphylocoques à coagulase négative, des bacilles gram négatif (dont l'espèce *Pseudomonas*), des corynebactéries et des levures (CDC, 2002). Gupta et ses collègues (2004) ont trouvé que le nombre d'organismes gram négatif est plus grand sur les mains des personnes qui portent des ongles artificiels que de celles qui n'en portent pas.

Les ongles artificiels portés par les travailleuses de la santé ont été reliés aux données épidémiologiques d'un certain nombre de flambées survenues en milieu hospitalier. Dans une étude intéressante, Passaro et ses collègues (1997) ont pu faire remonter une flambée nosocomiale de *Serratia marcescens* à une source extra-hospitalière. Ils ont trouvé que 13 % des 55 patients qui avaient subi une chirurgie cardiovasculaire avaient contracté une infection postopératoire à *S. marcescens* (1997).

Les ongles artificiels dans les soins de santé, une vraie peste

L'enquête qui a suivi le décès d'un de ces patients a révélé qu'une crème exfoliante, trouvée au domicile d'une infirmière interne qui avait des ongles artificiels, contenait l'organisme *S. marcescens*. La flambée dans l'hôpital a pris fin quand l'infirmière a retiré ses ongles artificiels et arrêté de se servir de la crème.

Les patients qui ont subi une intervention chirurgicale ne sont pas les seuls à risque d'infection secondaire aux ongles artificiels. Des éclosions bactériennes liées aux ongles artificiels ont aussi été documentées dans les unités néonatales. Une éclosion de bêta-lactamase à spectre étendu suscitant des infections à *Klebsiella pneumoniae* dans une unité néonatale de soins intensifs a été associée à l'exposition des nouveau-nés à une infirmière portant des ongles artificiels. Le taux d'atteinte globale imputable à l'éclosion de la souche a été de 45 % : en effet, 9 des 19 nouveau-nés avaient une maladie invasive ou ont manifesté des signes de maladie invasive une fois la colonisation dépistée (Grupta et al, 2004). Même si aucun décès n'est survenu pendant la flambée, il ne faut pas sous-estimer l'impact des ongles artificiels dans ce cas.

Chez les nouveau-nés, des flambées bactériennes de *Pseudomonas aeruginosa* reliées aux ongles artificiels ont été documentées dans deux études, la première menée par Moolenaar et ses collègues (2000) et la seconde, par Foca et ses collègues (2000). Moolenaar (2000) a constaté que 10,5 % des 439 nouveau-nés hospitalisés pendant la période d'étude avaient été colonisés par *P. aeruginosa* et 16 d'entre eux sont décédés des suites de l'infection. Des 20 nouveau-nés dont les isolats ont fait l'objet d'un phénotypage, 75 % étaient porteurs du génotype A et 15 % du génotype B. Le génotype A a été retracé à une travailleuse de la santé qui avait de longs ongles naturels alors que le phénotype B a été retracé à une travailleuse de la santé qui portait des ongles artificiels.

Les bactéries ne sont pas les seuls micro-organismes associés aux ongles artificiels. Strausbaugh et ses collègues (1994) ont trouvé des levures sur les mains de 75 % du personnel infirmier et qu'il s'agissait d'espèces de *Candida* dans plus de 60 % des cas. Dans une étude, Parry et ses collègues (2001) ont confirmé que 11 % des patients qui avaient subi une chirurgie de la colonne vertébrale avaient une infection des plaies profondes à *Candida albicans*. Le port par une technicienne de la salle d'opération d'ongles artificiels colonisés par cette levure a été impliqué dans les données épidémiologiques comme principal facteur contribuant aux infections postopératoires (Parry et al, 2001).

Même après un nettoyage des mains au savon ou au gel, les ongles artificiels abritent un plus grand nombre de bactéries nuisibles que les ongles naturels. Une étude faite par McNeil, Foster, Hedderwick et Kauffman (2001) a révélé, avant un lavage au savon, la présence d'isolats de micro-organismes pathogènes (*S. aureus*, bacilles gram négatif, entérocoques ou levures) chez 86 % des travailleuses de la santé portant des ongles artificiels comparativement à seulement 35 % des travailleuses de la santé qui n'en portaient pas. Après un lavage des mains au savon, il restait des pathogènes chez 81 % des travailleuses de la santé portant des ongles artificiels comparativement à 35 % de celles qui n'en portaient pas. McNeil et ses collègues ont obtenu des données semblables avec l'utilisation d'un gel pour nettoyer les mains (2001). Avant d'utiliser le gel nettoyant, 68 % des travailleuses de la santé ayant des ongles artificiels étaient porteuses de bactéries pathogènes contre 28 % des travailleuses de la santé qui n'avaient pas d'ongles artificiels. Après l'utilisation du gel de nettoyage, il restait des bactéries pathogènes sur les mains d'environ 50 % des travailleuses de la santé qui avaient des ongles artificiels comparativement à 10 % des travailleuses de la santé dont les ongles étaient naturels.

Toutes ces études fournissent des preuves substantielles confirmant que les ongles abritent un nombre accru de micro-organismes pathogènes. Il ne fait aucun doute que des patients fragilisés sont à risque accru de contracter une infection nosocomiale à l'un ou l'autre de ces pathogènes. Pour briser la chaîne de transmission de l'infection au stade de la propagation, il faut non seulement exiger une hygiène des mains efficace, mais aussi bannir les ongles artificiels. Des organismes du monde entier, y compris du Canada et des États-Unis ont élaboré des normes, des pratiques recommandées et des directives sur l'interdiction des ongles artificiels dans le milieu des soins de santé.

Conclusion

L'hygiène des mains reste le moyen le plus efficace et le moins coûteux de prévenir la propagation des pathogènes. Cependant, même après un nettoyage approfondi des mains, les ongles artificiels contiennent plus de micro-organismes pathogènes que les ongles naturels (McNeil, Foster, Hedderwick & Kauffman, 2001). La tendance qu'ont les ongles artificiels à abriter des pathogènes s'explique probablement par une combinaison de divers facteurs, notamment longueur plus grande de l'ongle, poli à ongle, matériel acrylique, accumulation d'humidité entre les ongles et nettoyage moins efficace des mains par souci de protéger l'apparence des ongles (McNeil, Foster, Hedderwick & Kauffman, 2001).

Les ongles artificiels des travailleuses de la santé ont été liés dans les données épidémiologiques à diverses flambées d'infections nosocomiales. Les études de cas décrites dans ce document prouvent que les travailleuses de la santé qui portent des ongles artificiels constituent un danger quant à la prévention et au contrôle des infections dans les établissements de soins de santé. Pour prévenir la transmission d'infections à leurs patients et collègues de travail, tous les membres du personnel dispensant directement des soins aux patients dans notre établissement doivent respecter la politique de l'hôpital.

En se servant du triangle épidémiologique comme modèle, on constate qu'un arrêt de propagation des micro-organismes infectieux modifiera l'équilibre. Une diminution du nombre d'infections nosocomiales réduirait de beaucoup tant les coûts absorbés par l'établissement de santé que l'administration d'antibiotiques prescrits pour combattre ces infections et diminuerait la prolifération d'organismes résistants aux antimicrobiens.

Feuille d'information sur la surveillance

Le 19 octobre dernier, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, en collaboration avec les réseaux régionaux de contrôle des infections, a tenu une téléconférence intitulée « Surveillance 101 ». Pendant la téléconférence, les participants ont examiné les principaux concepts associés à l'élaboration d'un système de surveillance dans un milieu de soins de santé. La téléconférence est maintenant archivée au centre de diffusion Web du réseau North à <http://webcast.northnetwork.com/archive.php>. Plusieurs participants ont manifesté un intérêt à prendre part à des activités de formation complémentaires sur la surveillance, plus particulièrement une formation à caractère sectorielle. Les coordonnateurs des réseaux régionaux examineront les observations des participants afin d'élaborer des stratégies qui répondront aux besoins exprimés.

Qu'est-ce que la surveillance?

« La surveillance est un processus systématique qui consiste à recueillir, à unifier et à analyser des données concernant la distribution et les facteurs intervenant dans l'apparition d'une maladie ou d'un événement donné, puis à diffuser l'information aux intervenants qui peuvent améliorer les résultats. »¹ [Traduction]

Collecte des données → Analyse des données → Diffusion des données → AMÉLIORATION DES RÉSULTATS

Pourquoi est-il important d'avoir un programme de surveillance?

L'étude sur l'efficacité du contrôle des infections nosocomiales (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control - SENIC) a démontré que les hôpitaux dont les programmes de contrôle des infections comportait une forte composante de surveillance pouvaient réduire les taux d'infections nosocomiales et améliorer les résultats des patients.²

Quels sont les objectifs d'un programme de surveillance?

Un programme de surveillance dans un établissement de soins est fondé sur deux principaux objectifs :

- mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir et à contrôler les événements indésirables;
- améliorer la qualité des soins.

Quelle est l'utilité d'un programme de surveillance?

Un programme de surveillance peut servir à :

- contrôler les événements indésirables pour déterminer les mesures possibles d'amélioration
- observer les pratiques comme l'utilisation de pratiques de base et de précautions additionnelles
- repérer les éclosions d'infection et effectuer des enquêtes
- évaluer l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle
- déceler les maladies à déclaration obligatoire et les signaler à l'autorité de santé publique
- identifier les micro-organismes et les maladies d'importance épidémiologique, comme les micro-organismes résistants aux antibiotiques et la tuberculose, afin de prévenir leur propagation
- fournir de l'information afin de sensibiliser les professionnels de la santé.

¹ Lee, T.B., et O.G. Baker-Montgomery. « Surveillance », dans *APIC Text of Infection Control and Epidemiology*, éd. revue, Washington, DC, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc., 2002

² Haley RW et collab. « The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals », *American Journal of Epidemiology*, 1985, n° 12, p. 182-205.

Lorsqu'on envisage de créer un système de surveillance efficace, quelles pratiques doit-on inclure dans notre démarche?

Il est recommandé d'inclure les pratiques suivantes au moment de mettre au point un système de surveillance.³

1. Évaluer la population desservie par votre établissement

- Quels sont les diagnostics les plus communs?
- Quelles sont les chirurgies ou les interventions les plus communes?
- Quels services ou traitements sont utilisés les plus souvent?
- Le plan stratégique de votre organisme est-il axé sur un groupe particulier de patients?
- Quelles sont les préoccupations en matière de santé dans la collectivité?
- Quels patients ou clients présentent un risque accru d'infection?

2. Choisir le résultat ou le processus de surveillance

Un résultat est une conséquence ou un effet découlant des soins; il peut être positif ou négatif. À titre d'exemples d'indicateurs de résultat, mentionnons les infections de site chirurgical et les cas de tuberculose récemment diagnostiqués. Un processus est une série d'étapes suivies pour atteindre un résultat.⁴ On peut trouver de bons exemples d'indicateurs de processus sur le site Web Safer Healthcare Now! à

<http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?folderId=82> et voir les initiatives de surveillance liées aux infections de site chirurgical, aux bactériémies ou aux pneumonies sous ventilation assistée.

3. Utiliser des définitions de surveillance

L'utilisation de définitions valables favorisera l'uniformité, l'exactitude et la reproductibilité des données de surveillance. Lorsque des définitions applicables existent déjà, il convient d'adopter les définitions généralement acceptées et publiées précédemment. Il existe des définitions normalisées pour les soins aigus⁵ et les soins de longue durée⁶.

4. Recueillir des données sur la surveillance

La collecte et la gestion des données devraient être effectuées par des professionnels qualifiés. Il importe aussi d'élaborer un formulaire de collecte de données qui renferme tous les éléments de données nécessaires.

5. Calculer et analyser les taux de surveillance

Les données de surveillance sont généralement exprimées sous forme de mesures numériques. Il est important de présenter les données d'une façon qui sera facilement comprise par les personnes qui utiliseront l'information.

6. Appliquer la méthode de stratification du risque

En utilisant la méthode de stratification du risque, il est plus facile de comprendre et d'accepter les données présentées et cela facilite aussi la comparaison de données. On peut trouver des exemples de stratification du risque dans le rapport de surveillance des infections nosocomiales à

⁴ Arias, K., *Quick Reference to Outbreak Investigation and Control in Healthcare Facilities*. Gaithersburg, MD, Aspen Publishers INC., 2000.

⁵ Garner JS et collab. « CDC definitions for nosocomial infections », dans Olmsted RN, éd., *APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practice*, St Louis: Mosby, 1996, p. A-1—A-20.

⁶ McGeer A, et collab.. « Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities », *American Journal of Infection Control*, 1991, n° 19, p. 1-7.

Comparaison de documents du CCPMI sur la prévention des maladies respiratoires fébriles
Version originale d'avril (is it September?) 2005 et version révisée d'août 2006

Numéro de page	Version originale de 2005	Version révisée de 2006 (la version française n'est pas encore disponible)
Page couverture		Ajout - À l'exclusion de la tuberculose
Page couverture		Ajout - Includes all Ontario Health Care Settings (already in the Sept. 2005 Fr. version-delete?)
ii		Nouvel énoncé - Ce document traite du continuum de soins, Y COMPRIS les soins aigus, les soins de longue durée, les soins continus complexes et la réadaptation, les bureaux de médecins, les cliniques, les soins à domicile et les services de santé publique. L'application de ces lignes directrices peut varier d'un milieu de soins à un autre.
iv	Ancien énoncé - Les interventions considérées à risque élevé et les raisons pour lesquelles elles le sont;	Nouvel énoncé - Les interventions qui nécessitent la prise de précautions systématique contre les gouttelettes et pourquoi;
v	Ancien énoncé - Hypothèses et principes généraux en matière de prévention et de lutte contre les infections, point 4 : Tous les établissements de soins de santé encouragent la collaboration entre les spécialistes de la santé et de la sécurité au travail et ceux de la prévention et de la lutte contre les infections en ce qui a trait à la mise en œuvre et au maintien de normes appropriées de prévention et de lutte contre les infections qui protègent les travailleurs. Toutes les politiques et les mesures de protection concernant la prévention et la lutte contre les infections respectent la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> , L.R.O. 1990, chap. 0.1 et les règlements pris en son application, ainsi que les autres exigences prévues par la loi.	Nouvel énoncé - Hypothèses et principes généraux en matière de prévention et de lutte contre les infections, point 4 - ce point est maintenant divisé en deux points : Point 4 : Tous les établissements de soins de santé encouragent la collaboration entre les spécialistes de la santé et de la sécurité au travail et ceux de la prévention et de la lutte contre les infections en ce qui a trait à la mise en œuvre et au maintien de normes appropriées de prévention et de lutte contre les infections qui protègent les travailleurs. Point 5 : Les établissements de soins de santé respectent la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> , L.R.O., 1990, chap. 0.1 et les règlements connexes, y compris celui intitulé Health Care and Residential Facilities - Règl. de l'Ont. 67/93.
iv	Ancien énoncé - Le point 6 fait référence à une alerte médicale.	Nouvel énoncé - Le point 7 fait référence à un avis de santé.
vi	Ancien énoncé - Glossaire, Précautions contre les gouttelettes et les contacts, troisième point sur l'hygiène des mains	Nouvel énoncé -Glossaire, Précautions contre les gouttelettes, troisième point sur l'hygiène des mains selon les pratiques courantes
vi		Ajout - Glossaire, Exposition : Dans le présent document, « exposition » signifie qu'un fournisseur de soins se trouvant à

		moins d'un mètre du patient ne porte pas de matériel de protection individuelle (MPI).
vi		Omission - Glossaire, Intervention à risque élevé
xi		Omission - Les sections 3.8, 3.9, 3.10, 3.11, 3.13 et 3.18 ont été retirées. Nouvel énoncé - Les sections 3.7 à 3.12 et 3.16 ont été modifiées à la suite du retrait des interventions à risque élevé et des précautions contre les gouttelettes et les contacts.
1	Ancien énoncé - Risque pour les patients, les résidents, les clients et le personnel, quatrième point concernant les interventions à risque élevé	Nouvel énoncé - Risque pour les patients, les résidents, les clients et le personnel, quatrième point : Le personnel exécute des interventions pouvant créer des pulvérisations et des éclaboussures. (already in the Sept. 2005 French version - delete?)
8	Ancien énoncé - 2.5 fait référence aux annexes 1 et 3.	Nouvel énoncé - 2.5 fait référence aux annexes 2 et 4.
8		Ajout - 2.6: There must also be a consistent process to inform staff when, based on a subsequent reassessment, preventative practices are no longer necessary. (already in the Sept. 2005 French version - delete?)
9	Ancien énoncé - Les termes suivants sont utilisés : précautions contre les gouttelettes et les contacts, fournisseurs de soins primaires, précautions supplémentaires et interventions à risque élevé.	Nouvel énoncé - On a modifié la terminologie et on utilise les termes suivants : précautions contre les gouttelettes, fournisseurs de soins et pratiques courantes.
8		Ajout - A positive travel history to a country with a health alert and /or a possible FRI cluster at the end of the algorithm. (already in the Sept. 2005 French version - delete?)
10	Ancien énoncé - La section 3.0 sur les mesures de préventions comprend les précautions contre les gouttelettes et les contacts.	Nouvel énoncé - La section 3.0 sur les mesures de prévention comprend seulement les précautions contre les gouttelettes.
11-16	Ancien énoncé - La section sur les patients présentant des symptômes comprend des sous-sections sur les interventions à risque élevé.	Nouvel énoncé - La section sur les patients présentant des symptômes ne comprend plus les sections décrivant les interventions à risque élevé. Ajout de nouveaux termes dans les sections 3.7 à 3.12. Ajout d'une recommandation concernant le retrait du MPI. Omission - La section 3.13 dans l'ancien document est retirée parce qu'elle faisait mention de la tuberculose.
18		Ajout - Les établissements comprennent : établissements de soins de longue durée, logements avec services de soutien, foyers pour enfants, garderies, établissements correctionnels et pénitenciers, hôpitaux, établissements de santé mentale et tout

		autre établissement semblable.
20		Ajout - Nouvelle annexe 1 : Pratiques courantes pour les interventions respiratoires pouvant produire des gouttelettes ou des aérosols.
20	Ancien énoncé - On pouvait lire ce qui suit dans l'annexe 1 : « Si la réponse aux questions i et ii est affirmative, prenez les précautions contre les gouttelettes et les contacts et avisez le service de prévention et de lutte contre les infections ».	Nouvel énoncé - L'annexe 2 a été modifiée et comprend maintenant l'énoncé suivant : « Si la réponse aux questions i et ii est affirmative ou si la réponse à la question i est affirmative et que la température est >38 °C, prenez les précautions contre les gouttelettes et avisez le service de prévention et de lutte contre les infections ».

En résumé

- La plupart des modifications consistent à changer le terme « interventions à risque élevé » pour « interventions pouvant produire des gouttelettes ou des aérosols ». On utilise maintenant le terme « précautions contre les gouttelettes » au lieu de « précautions contre les gouttelettes et les contacts ».
- La tuberculose n'est plus mentionnée dans le document.
- Une modification a été apportée au protocole de dépistage.
- Ajout d'une recommandation concernant le retrait du MPI.

Groupe d'étude du CIC

Le groupe d'étude du CIC est à mi-chemin dans son programme de 10 séances. Ce programme d'études permet aux 20 personnes inscrites de s'entraider en vue de leur examen de certification en contrôle des infections et en épidémiologie.

Si vous avez des questions concernant le groupe d'étude du CIC ou aimeriez qu'on ajoute votre nom à la liste des participants du groupe 2007-2008, veuillez communiquer avec :

Lise Blanchard
RCIC
Coordonnatrice administrative
lblanchard@cicn-rcic.on.ca
613-761-4833

Fonds en mémoire des personnes touchées par le SRAS

Saviez-vous que vous pouvez obtenir un appui financier pour suivre des séances de formation sur la prévention et le contrôle des infections grâce au Fonds en mémoire des personnes touchées par le SRAS?

Le Fonds en mémoire des personnes touchées par le SRAS est un programme de remboursement des droits de scolarité et des frais de certification et de perfectionnement professionnel financé par le concert bénéfique de 2003 de Molson Canada au profit des personnes touchées par le SRAS et parrainé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le fonds permet de subventionner les professionnels du contrôle des infections de toutes les disciplines qui veulent obtenir une certification ou une re-certification ou suivre des cours en vue d'améliorer leurs connaissances et d'appliquer les pratiques de contrôle des infections dans l'établissement où ils travaillent.

Voici les critères d'admissibilité :

Programme de subvention A : Avoir suivi un programme de formation reconnu destiné aux professionnels du contrôle des infections (maximum : 2 000 \$)

Programme de subvention B : Avoir assisté ou participé à la conférence annuelle de l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté (CHICA-Canada) (maximum : 700 \$)

Programme de subvention C : Avoir obtenu une certification ou une re-certification à titre de professionnel du contrôle des infections (maximum : 400 \$)

La RNFOO examine les demandes tous les trois mois.

Pour plus de renseignements ou pour obtenir un formulaire de demande, rendez-vous à l'adresse :
<http://www.rnfoo.org/AwardsScholarships/SARSMemorialFund.htm> (en anglais seulement)

Rapport annuel du CCPMI

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/pidac/pidac_mn.html

Réseau de contrôle des infections de Champlain RCIC
Lundi au vendredi
8 h à 16 h

Nouvelles coordonnatrices de réseau

Central South

Anne Bialachowski

Central East

Joanne Habib

Central Region

Grace Volkening

Northeastern Ontario

Isabelle Langman

Infection Control Consultants

Central South

Joanne Laalo

Southeastern Ontario

Susan Cooper



Bibliothèque de prêts du RCIC

Le RCIC offre un grand choix de livres, de revues, de vidéos, de CD et de DVD.

La liste de nos ressources sera publiée dans le prochain bulletin.

