

Infections nosocomiales

Empêcher les décès évitables

Conseil des syndicats hospitaliers de l'Ontario / SCFP

Janvier 2017
Service de recherche du SCFP

sepb491:djk

L'Agence de la santé publique du Canada [rapporte](#) que plus de 200 000 patients contractent des infections chaque année alors qu'ils reçoivent des soins de santé au Canada et que plus de 8 000 de ces patients en meurent. L'Agence ajoute que « bien que nous ne disposions pas de données définitives, il semble que ces chiffres soient en hausse ». Le risque d'infection est plus grand dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée parce que les patients sont déjà malades et particulièrement à risque de contracter une infection à la suite d'interventions médicales.

À tout moment, dans les hôpitaux canadiens, environ 8 % des enfants et 10 % des adultes présentent une infection nosocomiale. Pour quelques infections nosocomiales majeures, l'infection peut facilement se propager entre patients s'ils se touchent ou en touchant des surfaces partagées contaminées. Les bactéries peuvent se trouver sur de nombreux objets dans l'environnement des patients (par exemple : les côtés de lit, les téléphones, les boutons d'appel, les robinets, les poignées de porte, les matelas et les chaises). Certaines de ces bactéries peuvent survivre pendant des semaines, voire même des mois. Mais l'utilisation des meilleures pratiques peut réduire fortement le risque d'infection, dans certains cas à zéro. Se laver les mains, nettoyer les environnements et stériliser les instruments sont les meilleures façons de prévenir les infections nosocomiales¹.

Les dangers potentiels s'aggravent pour de nombreuses raisons. Les scientifiques et les médecins ont soulevé des préoccupations au sujet de la gravité croissante des infections nosocomiales et de la résistance accrue au traitement antibiotique des infections nosocomiales. Les risques augmentent².

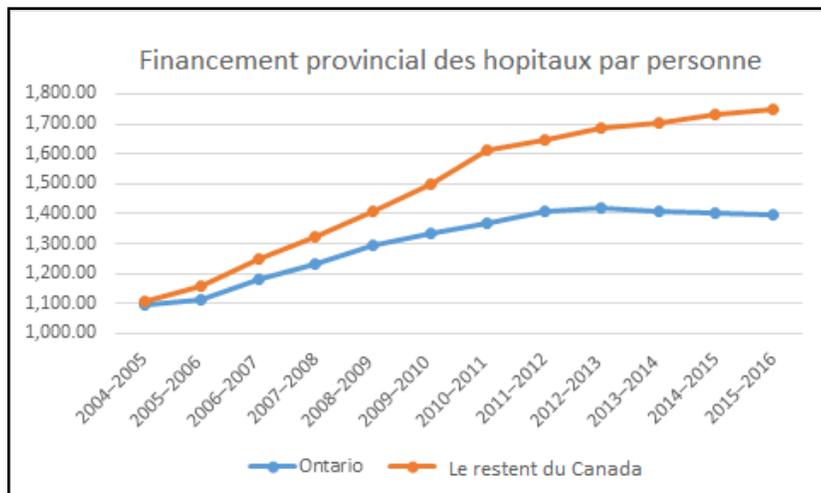
La gravité croissante et la résistance accrue aux antibiotiques est très troublante. Mais les membres du SFCP qui travaillent dans les services en milieu hospitalier croient que les politiques des gouvernements et des hôpitaux aggravent encore plus cette menace croissante. Ceci est démontré de trois façons.

¹ Agence de la santé publique du Canada, « Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013; Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle », <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/infections-fra.php>. Veuillez également noter, Zoutman et al, « The state of infection surveillance and control at Canadian acute care hospitals » (L'état de la surveillance et du contrôle des infections dans les hôpitaux de soins actifs canadiens), *American Journal of Infection Control* (Journal américain de contrôle des infections), 2003:31, 266-275. Voir l'annexe A et plus particulièrement l'annexe B pour en apprendre davantage au sujet des infections nosocomiales spécifiques à des superbactéries.

² Voir l'annexe A pour en apprendre davantage au sujet des problèmes grandissants de la résistance aux antimicrobiens.

1. Les coupures aggravent les problèmes actuels relativement au nettoyage et au contrôle des infections dans les hôpitaux.

Dans le cadre d'une étude effectuée en 2014, on a interviewé des directeurs principalement responsables des services environnementaux de 103 hôpitaux canadiens. Moins de la moitié (46,9 %) ont rapporté que les services environnementaux disposaient de suffisamment de membres du personnel pour nettoyer leur hôpital de manière satisfaisante. Seulement 5,2 % étaient tout à fait d'accord que le personnel des services environnementaux était suffisant.



L'étude a conclu « qu'il semble nécessaire d'avoir plus de personnel de nettoyage dans la majorité des hôpitaux canadiens. Le manque de personnel dans les services environnementaux signifie que le nettoyage nécessaire pour prévenir et contrôler les infections nosocomiales ne seront pas fait à la fréquence et avec la rigueur nécessaires³ ».

Une autre étude nationale de 2014 a révélé que près de 40 pour cent des experts canadiens en contrôle des infections nosocomiales croient que leurs hôpitaux ne sont pas suffisamment propres pour prévenir la propagation des infections nosocomiales⁴. L'étude mentionnait ce qui suit :

« D'après les réponses au sondage, la propreté des hôpitaux canadiens peut être caractérisée comme étant moins qu'optimale. Près de 40 % des répondants au sondage effectué par PCI n'ont pas jugé que leur hôpital était suffisamment propre aux fins de prévention et de contrôle des infections. Cette étude détermine la nécessité pour les hôpitaux canadiens d'améliorer la propreté des hôpitaux, et la preuve indique que si c'était fait, les taux des organismes résistant aux antibiotiques diminueraient alors. »

Il est clair que le nettoyage doit être amélioré dans les hôpitaux⁵.

³ Dick E. Zoutman et al., 2014, « Environmental cleaning resources and activities in Canadian acute care hospitals » (Ressources et activités pour renforcer les mesures de nettoyage dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée), *American Journal of Infection Control* (Journal américain de contrôle des infections), 42 (2014) 490-4. Les auteurs mentionnent ceci : « Une limite de l'étude actuelle a été que l'examen des ressources et des activités des services environnementaux se fiaient aux directeurs les plus directement responsables des services environnementaux. Bien que ces directeurs soient ceux qui connaissent le mieux l'état des services environnementaux dans leur hôpital, il se peut que leurs réponses aient un préjugé favorable. » Un autre fait à noter est qu'il y a eu un faible taux de réponse des provinces où les services environnementaux sont donnés en sous-traitance.

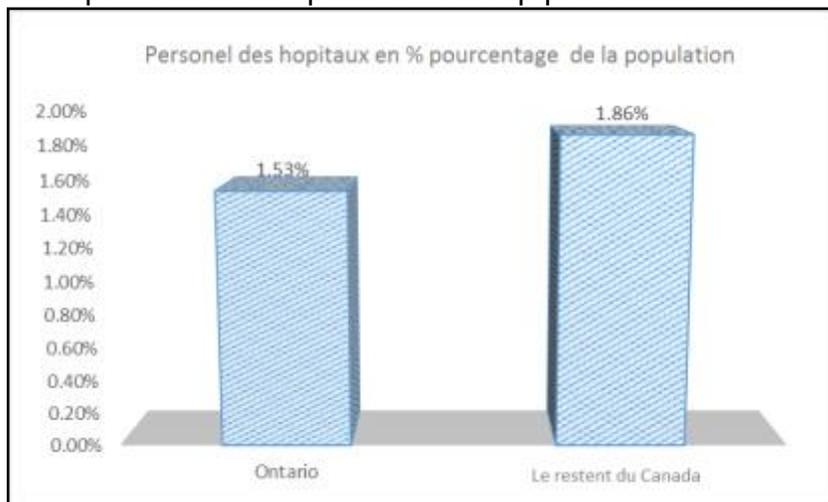
⁴ Dick E. Zoutman et al., « Working relationships of infection prevention and control programs and environmental services and associations with antibiotic-resistant organisms in Canadian acute care hospitals » (Relations entre les programmes de prévention et de contrôle des infections et les services environnementaux et associations avec des organismes résistant aux antibiotiques dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée), *American Journal of Infection Control* (Journal américain de contrôle des infections), 42 (2014) 349-52.

⁵ Pour des renseignements supplémentaires sur le nettoyage dans les hôpitaux et son rôle dans le contrôle des infections, voir l'« annexe C, Services environnementaux des hôpitaux ».

Mais après de nombreuses années de gel du financement de base des hôpitaux, il y a d'énormes pressions sur les hôpitaux pour qu'ils réduisent les coûts. Après des années de réelles coupures dans le financement en Ontario, toutes les autres provinces financent maintenant les hôpitaux à un taux 25 % plus élevé que l'Ontario en moyenne.

Les coûts de la dotation en personnel représentent un pourcentage élevé du total des coûts d'exploitation des hôpitaux. Par conséquent, le manque de financement dans les hôpitaux de l'Ontario entraîne un manque de personnel dans ces mêmes hôpitaux.

Les employés des hôpitaux de l'Ontario représentent une partie beaucoup plus minime de la population que dans le reste du Canada — en 2015, environ 0,33 % de moins de la population par rapport au reste du Canada. Si l'Ontario avait le même pourcentage de la population que le reste du Canada travaillant dans les hôpitaux, il y aurait **45 500** employés d'hôpitaux de plus en Ontario.



Cela signifie que, en moyenne, chaque municipalité de l'Ontario ayant une population de 100 000 personnes aura 330 travailleurs d'hôpitaux de moins⁶.

Avec les coupures réelles dans le financement des dernières années, le manque de personnel semble cependant s'aggraver en ce qui a trait au personnel des services environnementaux des hôpitaux, avec des mises à pied et des coupures qui sont rapportées régulièrement.

En novembre 2016, le SCFP a interviewé les dirigeants des sections locales au sujet des coupures dans le personnel de l'entretien ménager des hôpitaux. **Près de 40 % des sections locales ont rapporté que les heures des services environnementaux des hôpitaux avaient été réduites au cours de la dernière année seulement.**

Plutôt que de répondre aux besoins urgents de faire plus de nettoyage et un meilleur nettoyage, les coupures réelles dans le financement de l'Ontario ont entraîné encore plus de coupures dans le nettoyage dans les hôpitaux, aggravant une situation déjà problématique.

2. Il y a des préoccupations de plus en plus grandes parmi les travailleurs des services environnementaux du SCFP.

⁶ Voir les études effectuées par le CSHO/SCFP, « Moins de mains, moins de soins dans les hôpitaux » (Fewer Hands, Less Hospital Care) (2016), publiées dans des villes partout dans la province (Exemple : <http://www.ochu.on.ca/resources/2016-Resources/Fewer-Hands/SUDBURY-Fewer-Hands---ochu-13July16f.pdf> (en anglais seulement)).

À l'automne 2016, le SCFP a effectué un sondage auprès de 421 membres du personnel de l'entretien ménager de plus de 60 hôpitaux de partout en Ontario.

Après des années de compressions dans les hôpitaux, le sondage a révélé une tendance très inquiétante de rythme plus soutenu, de manque de personnel, de niveaux élevés de stress et de blessures au travail. Plus de la moitié des répondants croient que la situation est dangereuse.

Le sondage confirme que les emplois d'entretien ménager dans les hôpitaux sont surtout occupés par des femmes, la majeure partie des emplois sont à temps partiel et la main-d'œuvre est d'âge mûr et a de nombreuses années d'expérience de travail dans les hôpitaux :

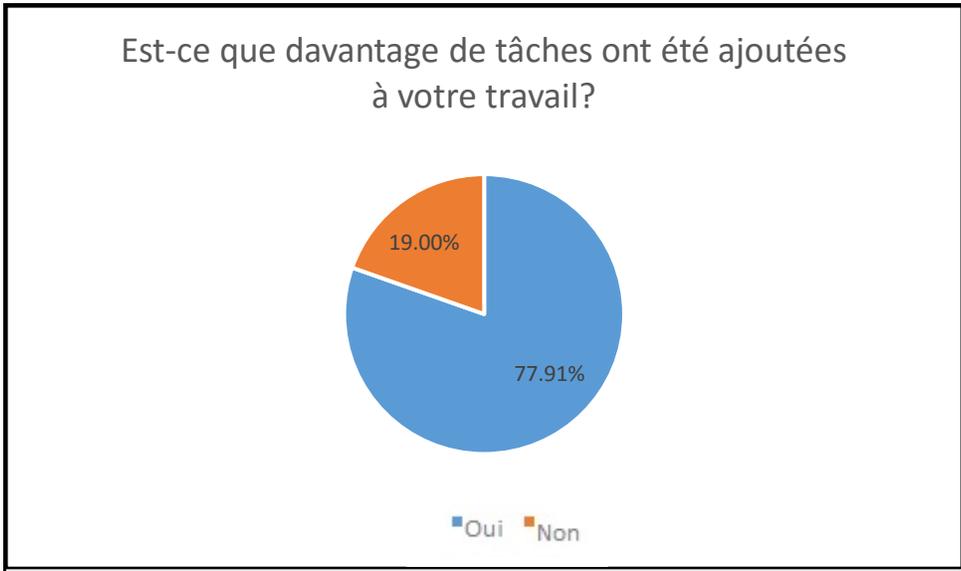
- 68 % de tous les répondants sont des femmes;
- 54 % sont âgés entre 45 et 59 ans;
- 40 % travaillent à temps partiel ou de façon occasionnelle⁷;
- 78 % des travailleurs à temps partiel souhaitent travailler à temps plein;
- 57 % ont dix ans d'expérience ou plus de travail dans un hôpital.

Les emplois d'entretien ménager dans les hôpitaux impliquent souvent des heures irrégulières ou atypiques qui ont des conséquences sur la vie familiale :

- 68 % travaillent les fins de semaine;
- 60 % travaillent les soirs.

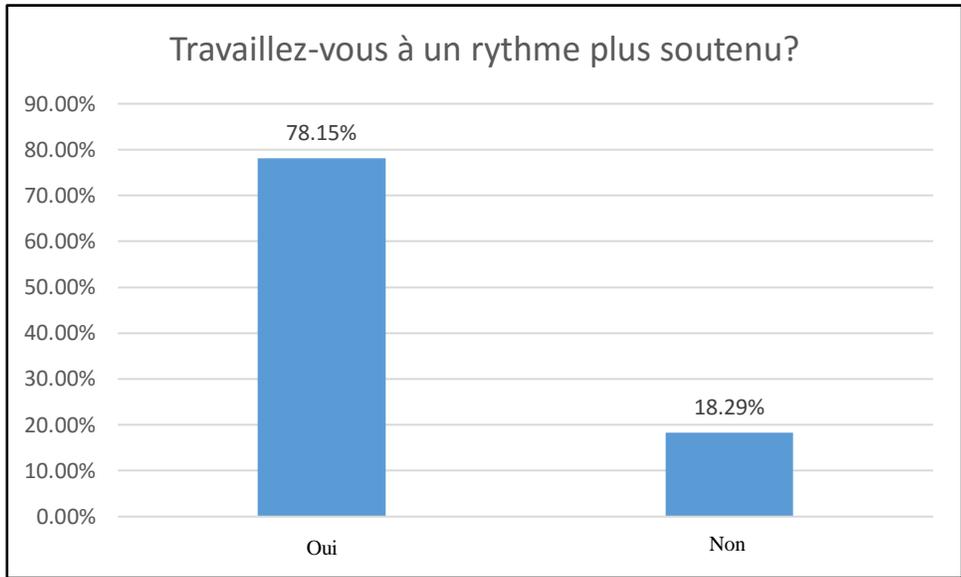
Une grande majorité, soit 78 %, du personnel de l'entretien ménager rapporte que **davantage de tâches ont été ajoutées à leur travail.**

⁷ D'autres rapports suggèrent que ce chiffre pourrait être bas. Étant donné leur plus grande participation aux activités professionnelles au sein de l'hôpital, il se peut que le personnel responsable de l'entretien ménager à temps plein ait été plus susceptible de répondre comparativement au personnel responsable de l'entretien ménager à temps partiel ou occasionnel.



(Réponses : 328 ont répondu oui, 80 ont répondu non et 13 n'ont pas répondu.)

Par conséquent, une grande majorité des répondants affirment travailler à un rythme plus soutenu.

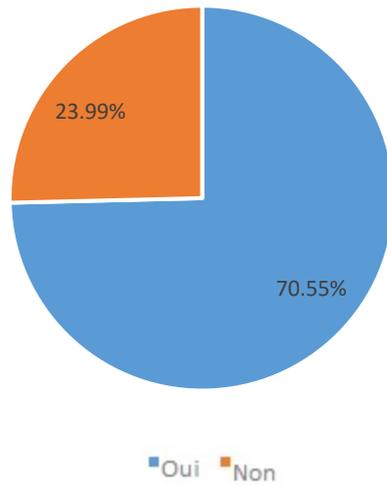


(Réponses : 329 ont répondu oui, 77 ont répondu non et 15 n'ont pas répondu.)

C'est un exemple classique de « rythme plus soutenu », quelque chose qui, souvent, se produit en périodes de coupures.

Une grande majorité du personnel de l'entretien ménager rapporte également travailler avec un manque de personnel (cela se produit lorsque les membres du personnel qui sont absents en raison de vacances, de maladie, de formation ou d'autres raisons ne sont pas remplacés).

Travaillez-vous avec un manque de personnel?

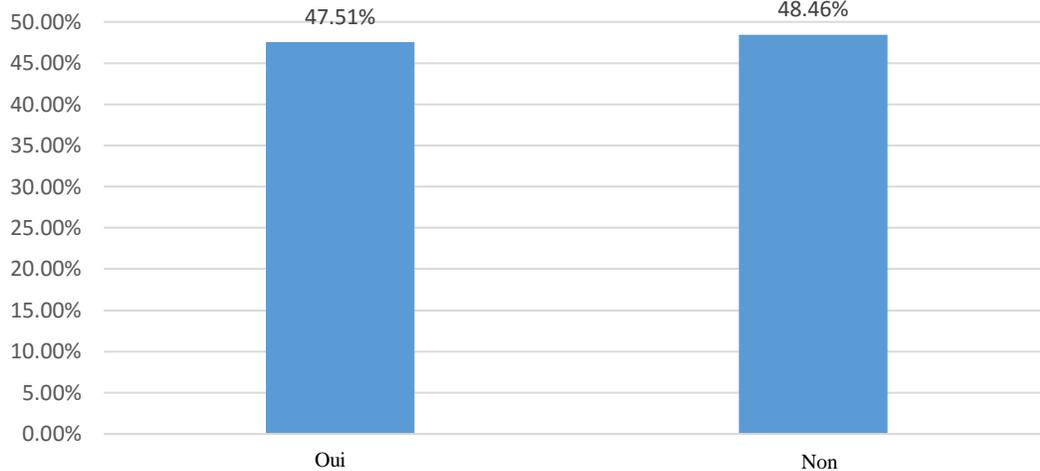


(Réponses : 297 ont répondu oui, 101 ont répondu non et 23 n'ont pas répondu.)

Encore une fois, cela se produit souvent lorsque des coupures sont faites.

Il n'est donc pas surprenant que de nombreux membres du personnel raccourcissent ou sautent leurs pauses :

Raccourcissez-vous ou sautez-vous vos heures de lunch ou vos pauses?



(Réponses : 200 ont répondu oui, 204 ont répondu non et 17 n'ont pas répondu.)

Une majorité claire des répondants croient que la situation est dangereuse :

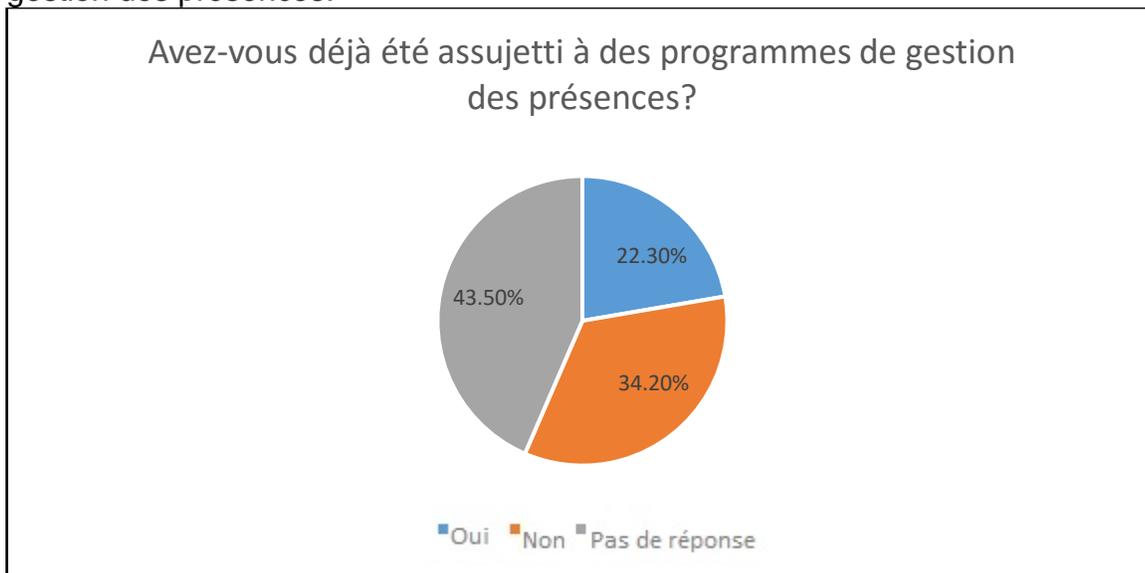


(Réponses : 240 ont répondu oui, 162 ont répondu non et 19 n'ont pas répondu.)

Le travail est stressant :

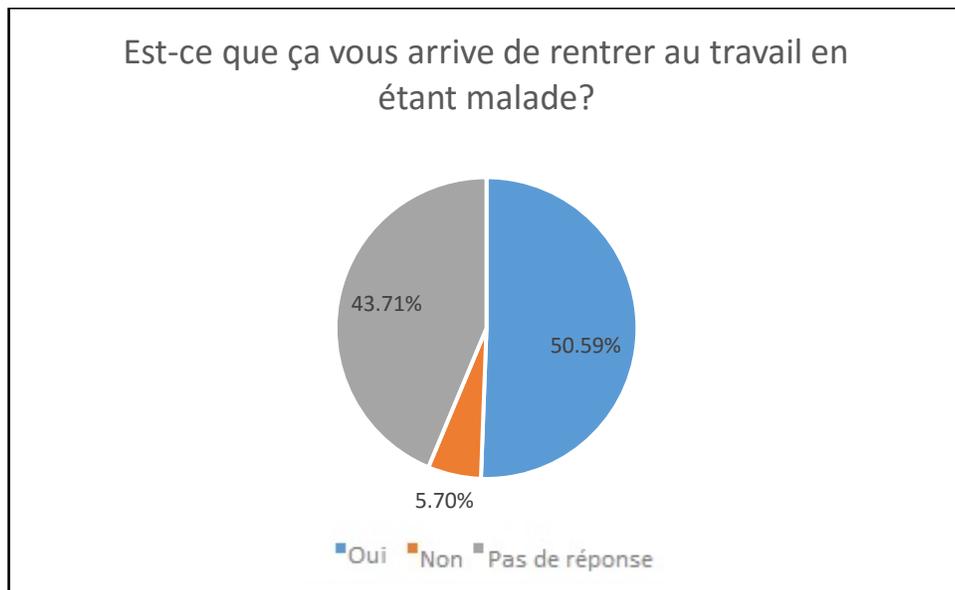
- 38 % arrivent au travail tôt ou partent tard;
- 39 % prennent un congé de maladie en raison du stress;
- 38 % se sentent déprimés en raison du stress subi au travail;
- 46 % rapportent souffrir de maux de tête en raison du stress subi au travail;
- 32 % ont vécu de la violence verbale;
- 6 % ont vécu de la violence physique.

Les hôpitaux mettent en place des systèmes de gestion des présences de plus en plus stricts. Une partie importante des répondants rapportent être assujettis à des programmes de gestion des présences.



(Réponses : 94 ont répondu oui, 144 ont répondu non et 183 n'ont pas répondu. Des personnes qui ont répondu à cette question, 39,5 % ont affirmé avoir déjà été assujettis à des programmes de gestion des présences.)

Il n'est peut-être donc pas surprenant qu'une grande partie des membres du personnel de l'entretien ménager rapportent aller travailler même s'ils sont malades.



(Réponses : 213 ont répondu oui, 24 ont répondu non et 184 n'ont pas répondu. Des personnes qui ont répondu à la question, la vaste majorité, soit 89,9 %, ont indiqué qu'il leur est déjà arrivé de rentrer au travail en étant malades.)

Notamment, 89 % affirment que la sécurité d'emploi est extrêmement importante pour eux.

Le lieu de travail est considéré dangereux : 30 % rapportent avoir été blessés au travail et avoir fait une demande d'indemnisation des accidents du travail; 27 % rapportent avoir été blessés au travail et ne pas avoir fait de demande d'indemnisation des accidents du travail. Au moins 80 % affirment que des conditions de travail sécuritaires sont « extrêmement importantes ».

Malgré des preuves d'un nombre inadéquat de membres du personnel de l'entretien ménager pour assurer la sécurité des hôpitaux, les membres du personnel de l'entretien ménager rapportent, à la fin de 2016, un rythme soutenu, l'ajout de tâches supplémentaires, un manque de personnel et sauter des pauses.

Plutôt que de répondre au besoin urgent de faire plus de nettoyage et un meilleur nettoyage, c'est une preuve de plus que la situation s'aggrave.

Pour les membres du personnel de l'entretien ménager, qui sont en grande partie des femmes, la situation au lieu de travail a été aggravée par des inquiétudes largement répandues au sujet : [1] de la sécurité d'emploi, [2] des pressions pour se présenter au travail même lorsqu'ils sont malades, [3] du stress au travail qui cause des problèmes de santé

physique et mentale et [4] des blessures au travail. La majorité des gens ne croient pas que le lieu de travail soit sécuritaire.

3. Privatisation latente

Le sondage du SCFP révèle également qu'il y a un problème grandissant avec la prestation privée à but lucratif des services environnementaux dans les hôpitaux. **Un quart des hôpitaux du SCFP rapportent maintenant un certain degré de privatisation des services environnementaux.** Bien qu'on ait obtenu un certain succès pour mettre fin à la privatisation des services environnementaux, la tendance générale a été une privatisation accrue. Mais l'expérience dans d'autres juridictions indique que la privatisation entraîne des problèmes importants en ce qui a trait au contrôle des infections.

La sous-traitance divise l'équipe de contrôle des infections. Une étude de 2014 d'hôpitaux canadiens a conclu que : « Une bonne relation de travail (entre le personnel de prévention et de contrôle des infections et le personnel des services environnementaux), indiquée par une meilleure coopération et une meilleure collaboration entre les deux services, a été associée à des organismes résistants aux antibiotiques plus faibles⁸ ».

Tel que l'a mentionné une spécialiste du contrôle des infections au sujet de sa lutte pour contrôler l'épidémie de l'*Acinetobacter baumannii* dans un hôpital : « Ce qui était le plus important était notre approche collaborative en équipe — nous avons des rencontres régulières avec le personnel de l'hôpital, y compris les personnes travaillant dans les laboratoires, les services environnementaux et le service des installations physiques. »

Mais créer une *équipe* est beaucoup plus difficile si les services d'entretien ménager et les services environnementaux sont donnés en sous-traitance. Il y a également une preuve importante de réduction systématique des dépenses dans les services d'entretien ménager des hôpitaux privés⁹.

Les membres du personnel des services environnementaux des hôpitaux membres du SCFP croient que ces trois développements devraient soulever des préoccupations importantes au sujet de la capacité des hôpitaux de fournir des environnements sécuritaires et d'assurer un contrôle efficace des infections.

⁸ Dick E. Zoutman et al., « Working relationships of infection prevention and control programs and environmental services and associations with antibiotic-resistant organisms in Canadian acute care hospitals » (Relations entre les programmes de prévention et de contrôle des infections et les services environnementaux et associations avec des organismes résistant aux antibiotiques dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée), *American Journal of Infection Control* (Journal américain de contrôle des infections), 42 (2014) 349-52.

⁹ Pour une discussion plus poussée sur les problèmes relatifs au contrôle des infections qui se sont produits avec la privatisation, voir « Annexe D – L'expérience dans d'autres juridictions ». Veuillez lire attentivement les sections concernant la Grande-Bretagne et la Colombie-Britannique.

Annexe A — La gravité croissante des infections nosocomiales et la résistance accrue des infections nosocomiales aux antibiotiques

Les deux plus importantes infections à des superbactéries sont le *C. difficile* et le SARM (Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline). Le *C. difficile* a été reconnu comme étant une cause de maladie en 1978. Le *C. difficile* est devenu plus grave au cours des dernières années. Une souche épidémique, identifiée en 2004, semble être plus virulente, avec la capacité de produire de plus grandes quantités de toxines. Elle est également plus résistante au groupe d'antibiotiques connu sous le nom de fluoroquinolones¹⁰. Le taux de mortalité attribuable au *C. difficile* dans les hôpitaux canadiens a plus que triplé en quinze ans, passant de 1,5 % de décès parmi les patients atteints du *C. difficile* en 1997 à 5,4 % en 2010¹¹.

Le SARM est devenu beaucoup plus fréquent au cours des récentes décennies, alors que le taux d'infection a augmenté de plus de 1 000 % de 1995 à 2009 et que son développement montre la menace d'une résistance en hausse aux antibiotiques. Au début des années 1940, la pénicilline était pleinement efficace pour traiter le Staphylococcus aureus. Cependant, après une très grande utilisation de cet antibiotique, le micro-organisme s'est rapidement adapté et est devenu résistant à la pénicilline. Au début des années 1960, la méthicilline, un antibiotique, a été introduit et, peu après, le Staphylococcus aureus est devenu résistant à la méthicilline¹².

La résistance antimicrobienne en hausse se poursuit. Par exemple, un nouveau gène, le MCR-1, rapporté pour la première fois à la fin de 2015, rend la bactérie résistante à la dernière ligne de médicaments antibiotiques. L'Agence de santé publique du Canada a confirmé que les scientifiques ont trouvé le gène au Canada. Bien qu'il ne soit toujours pas clair à quel point il est facile de transmettre le gène, ces types de développements et de mutations constants laissent clairement entrevoir la perspective qu'aucun médicament ne sera disponible pour traiter les infections aux superbactéries. La résistance au médicament tétracycline est passée de 0 à 60 pour cent en environ quatre ans en raison d'un même genre de résistance. Les maladies qui ont longtemps été traitables pourraient devenir non traitables. Des interventions chirurgicales courantes, la chimiothérapie et la radiothérapie pourraient devenir trop risquées.

Plus tôt cette année, la D^{re} Vanessa Allen, directrice générale, microbiologie médicale, Santé publique Ontario, a dit aux médias que « c'est pratiquement une tempête parfaite. Cela signifie qu'il se pourrait qu'il y ait des infections que nous ne pourrions pas traiter¹³ ».

¹⁰ Centers for Disease Control (Centres des contrôle des maladies), « Information about the Current Strain of Clostridium difficile » (Renseignements au sujet de la souche actuelle de *Clostridium difficile*), 2010 : <http://www.cdc.gov/hai/organisms/cdiff/cdiff-current-strain.html> (en anglais seulement).

¹¹ Agence de la santé publique du Canada, op. cit.

¹² Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les superbactéries, voir l'annexe B.

¹³ *Ottawa Citizen*, « Superbug gene discovered in former Ottawa patient » (Gène de superbactérie découvert chez un ex-patient d'Ottawa) (en anglais seulement), 5 janvier 2016.

En 2013, ce que l'on croit être le premier décès au Canada à la suite d'une infection qui n'a pu être soignée avec des antibiotiques standards a été rapporté. Cinq autres patients de l'hôpital ont aussi été infectés¹⁴.

Le problème est aggravé par un manque d'intérêt de la part des entreprises pharmaceutiques à but lucratif de développer de nouveaux antibiotiques. Les antibiotiques ne sont pas coûteux, ils sont utilisés seulement pendant une courte période et, donc, il y a peu de profits à faire. Certains gouvernements investissent maintenant des fonds publics, mais cela pourrait prendre du temps avant que nous voyions de nouveaux médicaments.

¹⁴ CTV News, 16 juin 2013, Doctors warn they are losing battle against superbugs (Les médecins préviennent qu'ils perdent la bataille contre les superbactéries), <http://www.ctvnews.ca/health/health-headlines/doctors-warn-they-are-losing-battle-against-superbugs-1.1328388/comments-7.407042> (en anglais seulement).

Annexe B — Contexte des infections nosocomiales clés

SARM : forme abrégée de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) résistant à la méthicilline, le SARM est une des causes les plus fréquentes d'infections nosocomiales au Canada et se transmet de personne à personne par contact direct et par contact avec des surfaces contaminées. Il vit inoffensivement sur la peau mais cause des ravages lorsqu'il entre dans le corps. Les patients qui survivent au SARM passent souvent plusieurs mois à l'hôpital et subissent plusieurs opérations pour retirer le tissu infecté. Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales rapporte une hausse des taux de SARM dans les hôpitaux. Depuis qu'il a été rapporté pour la première fois en 1995, les taux de SARM ont décuplé. En 1974, deux pour cent des infections au staphylocoque aux États-Unis étaient liées au SARM. En 1995, ce nombre avait monté en flèche à 22 pour cent. Entre 1995 et 2007, le taux de SARM était 17 fois plus élevé dans les hôpitaux canadiens. Il y a cependant eu une diminution (beaucoup plus modeste) depuis 2008¹⁵.

Aujourd'hui, les experts estiment que plus de 60 pour cent des infections au staphylocoque sont un SARM. Ce dernier peut se trouver sur n'importe quoi, allant des armoires des hôpitaux, en passant par les tables de nuit. Le SARM peut survivre sur des surfaces pendant plusieurs semaines. Dès que les patients et les prestataires de soins touchent ces surfaces, leurs mains peuvent propager la maladie. Des solutions de nettoyage ordinaires peuvent éliminer ces bactéries, mais les surfaces doivent être imbibées de désinfectant pendant plusieurs minutes, pas seulement vaporisées et essuyées rapidement¹⁶.

Une étude américaine indique que la contamination des mains par la superbactérie SARM est aussi susceptible de venir après avoir touché des surfaces dans les environnements des hôpitaux qu'après avoir touché la peau d'un patient. *Infection Control Today* [rapporte](#) (lien en anglais seulement) que le risque de toute contamination d'une main gantée après un contact avec les sites de peau et les surfaces environnementales n'était pas très différent (40 pour cent par rapport à 45 pour cent). Une autre [étude](#) (lien en anglais seulement) effectuée par des chercheurs à l'Université de la Californie indique que le risque d'infection à la superbactérie SARM dans les services de soins intensifs était considérablement réduit grâce à de meilleures pratiques de nettoyage.

C. difficile : le *C. difficile* est une bactérie qui se propage après avoir touché une surface ou la peau d'une personne contaminée par de la matière fécale. Le *C. difficile* est très difficile à éliminer. Il crée des spores qui sont résistantes à de nombreuses pratiques habituelles de nettoyage et de désinfection. Les spores peuvent survivre jusqu'à cinq mois sur des surfaces comme des tables, de l'équipement médical et d'autres objets, rendant l'hygiène essentielle dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé. Alors que les niveaux de contamination environnementale augmentent, les taux de *C. difficile* transmis entre travailleurs des soins de santé et d'eux aux patients augmentent également¹⁷. Une nouvelle souche, vingt fois plus virulente, s'est propagée dans les hôpitaux du Québec pendant

¹⁵ Agence de la santé publique du Canada, *Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens – Rapport de 2016*. http://canadiensensante.gc.ca/publications/drugs-products-medicaments-produits/antibiotic-resistance-antibiotique/antimicrobial-surveillance-antimicrobioresistance-fra.php?_ga=1.199083311.1424816642.1427982654.

¹⁶ *The New York Times*, « Coming Clean » (Dire la vérité), lundi 6 juin 2005, page 19, Section: article éditorial: Betsy McCaughey.

¹⁷ Agence de la santé publique du Canada, op. cit.

plusieurs années, causant la mort de 1 500 personnes selon les estimations. Cette nouvelle souche plus virulente s'est propagée à l'Ontario¹⁸.

Le *Canadian Medical Association Journal* (Journal de l'Association médicale canadienne) a rapporté ceci en 2009 : « Selon les plus récents chiffres (2007) du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, trente jours après avoir contracté le *C. difficile*, les taux de mortalité chez les patients sont de 17,9 pour cent en Ontario et au Québec, de 15,1 pour cent dans le Canada atlantique et de 10,7 pour cent dans les provinces de l'Ouest¹⁹. »

Bien qu'il y ait eu une augmentation marquée du taux d'incidence du *C. difficile* au cours des dix dernières années partout au Canada, il y a eu une certaine réduction dans le taux d'incidence de *C. difficile* rapportée depuis le moment où le taux d'incidence était à son point culminant, soit en 2008²⁰. Cependant, le *C. difficile* actuel est caractérisé par l'émergence d'une souche beaucoup plus virulente et résistante, des augmentations de la gravité de l'infection, la non-réponse de plus en plus importante aux thérapies existantes et un nombre croissant de récurrences après un traitement.

ERV : plus préoccupant encore peut-être est l'entérocoque résistant à la vancomycine (ou à la glycopeptide) (VRE ou ERG). Pour la première fois depuis l'introduction des antibiotiques, voici une souche de bactérie d'importance clinique qui est résistante à tous les antimicrobiaux disponibles.

Selon un [rapport](#) (lien en anglais seulement), l'*Acinetobacter baumannii* est de plus en plus fréquent dans les établissements de soins de longue durée. L'infection à l'*Acinetobacter baumannii* est résistante aux médicaments et particulièrement problématique pour les hôpitaux. Non seulement la bactérie peut-elle survivre pendant des mois sur des surfaces mouillées et sèches, mais le taux de mortalité à la suite de l'infection est élevé — allant de 8 % à autant que 42 % pour les patients dans les services de soins intensifs.

Le Dr Louis B. Rice, un spécialiste américain des maladies infectieuses, a dit au [New York Times](#) (lien en anglais seulement) que « à bien des égards, c'est encore pire que le SARM... Des souches existent, elles sont de plus en plus fréquentes et elles sont résistantes à pratiquement tous les antibiotiques dont nous disposons ». Le *Times* ajoute ceci : « La bactérie, classée comme étant Gram négatif en raison de sa réaction au soi-disant test de coloration de Gram, peut causer une grave pneumonie et des infections de l'appareil urinaire, du système sanguin et d'autres parties du corps. La structure cellulaire fait en sorte qu'elle est plus difficile à attaquer avec des antibiotiques que les organismes Gram positif comme le SARM. »

¹⁸ Laura Eggertson, « Hospital-Acquired Infection *C. difficile*: by the numbers » (Infection nosocomiale *C. difficile* : les chiffres), *Canadian Medical Association Journal* (Journal de l'Association médicale canadienne), 6 juillet 2004; 171 (1). Laura Eggertson, « *C. difficile* strain 20 times more virulent » (La souche du *C. difficile* est 20 fois plus virulente), *Canadian Medical Association Journal* (Journal de l'Association médicale canadienne), mai 2005; 172: 1279; 10.1503/cmaj.050470.

¹⁹ Ann Silversides, « Public reports of infection rates urged » (On exhorte la publication de rapports par les autorités publiques sur les taux d'infection), *CMAJ (JAMC)*, 27 octobre 2009, vol. 181, n° 9.

²⁰ Agence de la santé publique du Canada, *Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens – Rapport de 2016*. http://canadiensensante.gc.ca/publications/drugs-products-medicaments-produits/antibiotic-resistance-antibiotique/antimicrobial-surveillance-antimicrobioresistance-fra.php?_ga=1.199083311.1424816642.1427982654.

Entre 1999 et 2007, les taux d'infection à l'ERV sont restés relativement stables au Canada. Cependant, entre 2008 et 2012, les taux ont commencé à augmenter de façon régulière²¹.

²¹ *Ibid.*

Annexe C — Services environnementaux des hôpitaux

Diverses réponses sont nécessaires pour traiter ces « superbactéries ». Mais des hôpitaux propres sont essentiels pour contrôler les infections et ce sont les travailleurs de soutien des hôpitaux qui gardent nos hôpitaux propres. Des coupures impitoyables ont été faites dans les services de soutien des hôpitaux au cours des 30 dernières années. Il ne devrait pas y avoir d'autres coupures — mais, malheureusement, elles sont prévues alors que le gouvernement provincial resserre les budgets des hôpitaux. De même, des taux d'occupation des lits raisonnables sont nécessaires dans le cadre de notre réponse aux infections nosocomiales, mais ceci aussi est négligé.

Travail de soutien dans les hôpitaux de nos jours : environ 50 000 membres du personnel de soutien travaillent dans les hôpitaux de l'Ontario, effectuant diverses tâches. Ce sont les travailleurs des hôpitaux les moins bien payés, moins que le salaire horaire moyen ou que le salaire dans l'industrie. La plupart des travailleurs de soutien sont des femmes et la moitié travaillent seulement à temps partiel (bien que la grande majorité préféreraient travailler à temps plein).

Coïncidant avec les problèmes accrus relatifs aux infections nosocomiales, les dépenses liées aux services de soutien des hôpitaux ont diminué. En 2002, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a rapporté que les hôpitaux avaient en réalité *réduit* l'argent dépensé sur les services de soutien dans un passé récent : les dépenses pour l'entretien ménager ont été coupées (en moyenne) de 1,8 % par année; la gestion du matériel a été coupée de 2,2 % par année; les services alimentaires destinés aux patients ont été coupés de 3,1 % par année; l'administration et le fonctionnement des installations ont été coupés de 1,1 % par année²². En effet, une étude de l'ICIS de 2005 indique que depuis le milieu des années 1970, les dépenses dans les hôpitaux pour les services de soutien ont été réduites — passant de 26 % à 16 % des dépenses des hôpitaux²³.

Allant de l'avant : une partie importante de la solution repose sur un nettoyage méticuleux de l'équipement et des chambres d'hôpital. Tel que le chercheur Kris Owens — qui a récemment démontré que le SARM peut vivre sur des surfaces pendant des semaines — l'a dit aux médias : « Les résultats de cette étude démontrent clairement la nécessité de se laver les mains fréquemment et de désinfecter fréquemment les environnements des établissements de soins de santé. »

L'embauche de plus de personnel de nettoyage après une épidémie devient une réponse classique. Une meilleure réponse serait d'assurer — avant l'épidémie — un nettoyage extrêmement méticuleux par un nombre adéquat de membres du personnel hospitalier qui font partie d'une seule et même équipe intégrée des soins de santé fonctionnant sous la direction coordonnée de l'hôpital public.

Les services de soutien dans les hôpitaux attaqués : les réelles coupures dans le financement des hôpitaux par le gouvernement de l'Ontario rendent les coupures dans les services de nettoyage pratiquement inévitables, particulièrement étant donné l'exigence du gouvernement que le nombre d'actes et de services médicaux ne soient pas coupés malgré

²² Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances relatives aux hôpitaux canadiens, 1975-2002*, 2002.

²³ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances relatives aux hôpitaux canadiens*, 2005.

le financement qui s'érode. Mais nettoyer les hôpitaux exige une main-d'œuvre importante. Les dépenses en personnel représentent la vaste majorité des coûts pour le nettoyage. Par conséquent, les « efficacités » se font en grande partie aux dépens des coupures de personnel.

Annexe D — L'expérience dans d'autres juridictions

Donc quelle a été l'expérience des juridictions qui ont attaqué les services de soutien par l'entremise de coupures ou de la privatisation?

Grande-Bretagne : la Grande-Bretagne a expérimenté avec la sous-traitance imposée des services d'entretien ménager dans les hôpitaux. Le résultat? Au cours des 15 dernières années, le nombre de membres du personnel responsables du nettoyage dans les hôpitaux est passé de 100 000 à 55 000. L'écllosion de maladies infectieuses dans les hôpitaux britanniques et leur état lamentable sont devenus un enjeu de politique publique majeur.

Vingt hôpitaux sur vingt-trois qui avaient de mauvaises normes de propreté utilisaient des nettoyeurs contractuels. Un rapport du National Audit Office (Bureau national de contrôle) a conclu que « les coûts de l'unité du service de nettoyage et de manutention étaient plus élevés dans les hôpitaux où il y avait une initiative de financement privé (PFI) et qu'ils étaient perçus comme offrant une qualité de service inférieure ».

En 2002, le National Health Service (Service national de la santé) (NHS) de la Grande-Bretagne a commencé à publier dans les journaux les noms des hôpitaux où les taux d'infection étaient élevés et, en juillet 2004, le NHS a annoncé que chaque hôpital devra rendre public son taux d'infection²⁴.

Parmi les préoccupations de plus en plus grandes au sujet des infections nosocomiales, le ministre de la Santé écossais s'est engagé, en octobre 2008, à ce qu'il y **n'y ait plus de privatisation** des services de nettoyage dans les hôpitaux et des services de restauration²⁵.

En fait, les hôpitaux écossais ont réduit les infections à la superbactérie *C. difficile* de 37 % après avoir mis un terme à la prestation à but lucratif des services d'entretien ménager dans les hôpitaux. Le ministre de la Santé écossais Nicola Sturgeon a affirmé : « Le gouvernement a ajouté 1 000 nettoyeurs dans nos hôpitaux, mis fin à la privatisation des contrats pour les services de nettoyage dans les hôpitaux et introduit un nouveau régime d'inspection sévère par le Healthcare Environment Inspectorate (Bureau d'inspection des environnements de soins de santé). Avec ces efforts supplémentaires, l'investissement supplémentaire et la contribution de gens de tout le NHS, nous avons amélioré le nettoyage dans les hôpitaux et le traitement des hôpitaux de l'Écosse, et nous les avons rendus plus sécuritaires²⁶. »

²⁴ Site Web du Committee to Reduce Infection Deaths (Comité de réduction du nombre de décès causés par des infections), fiche d'information sur les infections nosocomiales.

²⁵ Sturgeon orders war on superbug *C. difficile* cases to be slashed by 30 per cent by 2011 (Un chirurgien déclare la guerre à la superbactérie *C. difficile* afin que les cas d'infection soient réduits de 30 pour cent d'ici 2011), *Scotland on Sunday* (Édimbourg, RU), dimanche 19 octobre 2008, page 2, signé par Tom Peterkin Scottish.

²⁶ STV (télévision écossaise), « Older patients contracting hospital bug *C. diff* drops by 37%, Number of new cases in under-65s has fallen by 45% » (Le nombre de patients plus âgés ayant contracté la superbactérie *C. difficile* dans les hôpitaux a baissé de 37 % et le nombre de nouveaux cas de personnes âgées infectées de moins de 65 ans a baissé de 45 %), 6 avril 2011, <https://stv.tv/news/scotland/241830-older-patients-contracting-hospital-bug-c-diff-drops-by-37/> (en anglais seulement).

Québec : le journal *Montreal Gazette* a publié un éditorial sur l'écllosion de *C. difficile* dans la province :

On croit que de nombreux facteurs contribuent à cette écloision. Un facteur qu'il est facile de corriger est le manque de nettoyage hygiénique adéquat dans les hôpitaux du Québec. Les compressions budgétaires qui remontent au milieu des années 1990 ont entraîné des hôpitaux où les toilettes et les éviers des patients sont trop rarement désinfectés ou même nettoyés... Dans certains hôpitaux de Montréal, il y a si peu de membres du personnel de l'entretien ménager qu'un nettoyeur dispose d'exactlyment 36 secondes pour nettoyer une toilette. C'est tout à fait inacceptable²⁷.

Le Dr Mark Miller, directeur du contrôle des infections à l'Hôpital général juif de Montréal et un spécialiste des infections nosocomiales, a dit au *Montreal Gazette* que les hôpitaux ne sont tout simplement pas assez propres : « Ce sont les conditions générales d'hygiène dans les hôpitaux qui subissent un examen minutieux présentement... Vous avez moins de nettoyeurs. Vous avez moins de nettoyage des chambres des patients et moins de (nettoyage) intensif²⁸. »

D'autres chercheurs enquêtant sur l'écllosion de *C. difficile* au Québec ont conclu :

L'infrastructure vieillissante des hôpitaux et notre volonté à tolérer des chambres d'hôpital où logent quatre patients avec une seule salle de bain, avec moins de trois pieds entre les lits, et progressivement de moins en moins de ressources affectées à l'entretien ménager sont tous des éléments qui facilitent la propagation de cette maladie, tout comme notre incapacité à atteindre des niveaux acceptables d'hygiène des mains parmi le personnel des hôpitaux... Cette souche, ou d'autres du même genre, sera presque assurément introduite dans les hôpitaux du reste du Canada au cours des prochains mois ou des prochaines années²⁹.

En décembre 2006, après une écloision subséquente du *C. difficile*, un hôpital de Saint-Hyacinthe a embauché dix autres nettoyeurs et a commencé à désinfecter les chambres deux fois plutôt qu'une seule. Mais ce fut des mois après le début de l'écllosion à l'hôpital. Comme l'a mentionné l'avocat représentant les familles des victimes : « Malheureusement, de nombreux établissements de soins de santé coupent dans le personnel d'entretien des établissements de soins de santé pour des raisons budgétaires sans se rendre compte que de telles coupures ont une incidence majeure sur la santé des patients. »

Le microbiologiste de l'hôpital a plus tard témoigné que l'hôpital n'a pas respecté ses propres normes de stérilisation et de désinfection. Un plan strict visant à accroître les procédures de désinfection n'a jamais été adopté en raison du manque de personnel. Les chambres n'étaient pas désinfectées assez souvent et les toilettes de l'urgence étaient nettoyées une seule fois par jour.

²⁷ Éditorial, « How to better control *C. difficile* outbreak » (Comment mieux contrôler l'écllosion de *C. difficile*), samedi 23 octobre 2004.

²⁸ Debbie Parkes et Linda Slobodian, « Dirty hospitals lead to rise in deadly infections, says doctor » (Selon un médecin, des hôpitaux sales entraînent une hausse des infections mortelles), samedi 5 juin 2004, *Montreal Gazette*.

²⁹ L. Valiquette et al., « *Clostridium difficile* infection in hospitals: a brewing storm » (Infection au *Clostridium difficile* dans les hôpitaux : une tempête qui se prépare), Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association médicale canadienne), 6 juillet 2004; 171 (1).

Seize personnes sont mortes.

Le responsable des services d'entretien ménager et de maintenance a témoigné que « personne n'a mentionné que c'était si grave. Je n'ai jamais su que le problème était si pire ».

La coroner du Québec a pointé du doigt la mauvaise hygiène à l'hôpital pour les décès de ces patients à l'Hôpital Honoré-Mercier. La coroner Catherine Rudel-Tessier a conclu que le principal problème était le besoin de la direction d'économiser de l'argent — et sa décision de lésiner sur des mesures de prévention appropriées.

L'enquête du coroner a entendu de nombreux récits de mauvaise hygiène à l'hôpital de Saint-Hyacinthe, dont des côtés de lits et des stéthoscopes qui n'étaient pas désinfectés adéquatement avant une utilisation répétée. Des membres des familles en colère ont mentionné, dans le cadre de l'enquête, qu'ils ont vu des choses qui auraient donné des crampes d'estomac à n'importe qui lorsqu'ils ont amené des êtres chers à l'hôpital, dont de la poussière, du sang séché et des flaques d'urine dans la salle d'urgence.

« Les choses doivent changer, de dire Mme Rudel-Tessier. Nous devons injecter plus de ressources dans la prévention et le contrôle de ces infections. Un décès est un décès de trop. »

Le (nouveau) directeur par intérim de l'hôpital a insisté pour dire que l'Hôpital Honoré-Mercier a changé ses façons de faire : il a commencé à produire un rapport quotidien sur les taux d'infection, embauché du nouveau personnel de nettoyage permanent et affecté plus de fonds pour les procédures de désinfection.

Manitoba : la D^{re} Michelle Alfa, une experte des maladies infectieuses, a examiné plus de 1 000 toilettes dans deux hôpitaux de Winnipeg et a constaté que **47 pour cent des toilettes** utilisées par les patients souffrant du *C. difficile* dans les hôpitaux de Winnipeg **étaient couvertes de spores de bactéries toxiques**. Une toilette sur dix contenait la bactérie *C. difficile*, même si le patient qui utilisait la salle de bain n'en souffrait pas.

« La réalité est que ça peut sembler propre mais qu'il peut y avoir beaucoup de spores. » La chercheuse, la D^{re} Michelle Alfa, a ajouté : « Je crois qu'il est temps que nous examinions le niveau de dotation en personnel et la conformité avec l'entretien ménager... Nous devons nous assurer d'avoir des directives adéquates, des délais adéquats et des niveaux de dotation en personnel adéquats pour que le nettoyage soit fait de manière adéquate. »

Colombie-Britannique : le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique a privatisé des milliers d'emplois dans les services de soutien des soins de santé. Les salaires et les conditions de travail ont été pulvérisés. Les chercheurs ont interviewé des travailleurs du nouveau système et voici ce que nous avons constaté³⁰.

³⁰ Jane Stinson, Nancy Pollack, and Marcy Cohen, *The Pains of Privatization: How Contracting Out Hurts Health Support Workers, Their Families, and Health Care* (Les problèmes causés par la privatisation : en quoi la sous-traitance nuit aux travailleurs des services de soutien dans les soins de santé, à leurs familles et aux soins de santé), Centre canadien de politiques alternatives, 2005.

Mauvaise formation et taux de roulement du personnel élevé : « Les sous-traitants ne se soucient pas de la façon dont nous utilisons les produits chimiques. Ils ignorent comment nettoyer... J'ai ouvert un sac de linges propres et ils étaient plein de poils. Six ou sept draps par jour comme ça. Personne ne nous écoute. C'est frustrant. » Avec les mauvaises conditions de travail, de nombreux membres du personnel prévoient quitter dès qu'ils le pourront.

Rompre le lien entre les membres du personnel et les patients : dorénavant, on dit souvent au personnel de l'entretien ménager d'éviter de discuter avec les patients — afin de sauver du temps. Comme l'a mentionné un nettoyeur expérimenté : « Nous nous sentons mal parce que les résidents nous connaissent. Ils nous parlent. » De même, le personnel soignant ne peut pas s'adresser directement au personnel de l'entretien ménager si un problème survient. Ils doivent plutôt appeler la direction générale, brisant ainsi le lien entre le personnel de l'entretien ménager et le personnel responsable du contrôle des infections.

Fournitures : on dit parfois aux membres du personnel d'utiliser une seule paire de gants jetables par quart de travail. Les gants sont fragiles et brisés après une utilisation prolongée, exposant les travailleurs à des liquides organiques et des déchets dangereux. Qui plus est, utiliser les mêmes gants toute la journée pourrait propager des pathogènes dans tout l'établissement.

Propreté : de nombreux nettoyeurs sont préoccupés que les niveaux de dotation en personnel inadéquats exposent les patients et les travailleurs à des risques sérieux. « [L'entreprise] peut faire mieux mais elle ne le fait pas », de dire une femme de ménage cheffe d'équipe. Un sondage effectué auprès des membres du personnel d'une salle d'urgence d'un hôpital de Vancouver a conclu que 86 % des membres du personnel croyaient que la propreté avait diminué depuis que les services d'entretien ménager avaient été privatisés. Comme l'a affirmé une infirmière autorisée de la Colombie-Britannique : « Demandez à n'importe quel infirmier et il vous dira à quel point l'hôpital est sale. »

La Cour suprême a statué que la loi adoptée par le gouvernement de la Colombie-Britannique pour rouvrir la convention collective, congédier du personnel de soutien dans les hôpitaux et privatiser leurs emplois était inconstitutionnelle. Malgré cela, le gouvernement de la Colombie-Britannique continue de privatiser les emplois du personnel de soutien dans les soins de santé.

Voici un commentaire publié dans le [Nanaimo Daily News](#) (en anglais seulement) de la Colombie-Britannique, en janvier 2011, sur l'éclosion d'une superbactérie à l'hôpital local :

La leçon que devait tirer VIHA (l'autorité de la santé locale) était celle-ci : investir les ressources adéquates dans le nettoyage et le contrôle des infections plutôt que dans les relations publiques. Ce que nous avons appris à la suite de la dernière éclosion c'est que les membres du personnel responsables du nettoyage mal payés et mal formés ne faisaient pas un assez bon travail. Le *Daily News* a révélé un manque de personnel constant, une faible rémunération et une mauvaise formation du personnel de nettoyage par le sous-traitant privé embauché pour remplacer les employés du

gouvernement après l'adoption du projet de loi 29 en 2002. Bien que cette situation était assez grave en soi, VIHA tentait de cacher ces faits et que ces problèmes parmi les membres du personnel responsables de nettoyage ont entraîné, en partie, la dernière éclosion de *C. difficile*.

Les États-Unis : voici les conclusions de l'ex-lieutenante gouverneure de l'État de New York, Betsy McCaughey.

De nouvelles données présentées en avril lors de la réunion annuelle de la Society for Healthcare Epidemiology of America (Société américaine d'épidémiologie dans les soins de santé) ont documenté le manque d'hygiène dans les hôpitaux et son lien avec les infections mortelles. Des chercheurs de l'Université de Boston qui ont examiné 49 salles d'opération ont conclu que plus de la moitié des objets qui auraient dû être désinfectés ne l'ont pas été. Une étude, effectuée à la suite de l'examen de chambres de patients dans 20 hôpitaux du Connecticut, du Massachusetts et de Washington D.C., a conclu que plus de la moitié des surfaces qui auraient dû être nettoyées pour les nouveaux patients sont restées sales.

... Tant et aussi longtemps que les hôpitaux seront nettoyés inadéquatement, les mains des médecins et des infirmiers seront contaminées à nouveau quelques secondes après avoir été lavées — lorsqu'ils toucheront à un clavier, ouvriront une armoire de fournitures, ouvriront un rideau d'intimité ou entreront en contact avec d'autres surfaces contenant des bactéries. Dans une récente étude effectuée par l'Hôpital Johns Hopkins, 26 pour cent des armoires de fournitures étaient contaminées par une bactérie dangereuse, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et 21 pour cent par un autre microbe tenace, l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Les claviers sont de tels réservoirs de bactéries mortelles que quelques hôpitaux installent des claviers lavables, y compris un qui fait retentir une alarme s'il n'est pas désinfecté périodiquement.

Des mains à la bouche. Les stéthoscopes, les brassards de tensiomètre et les fils d'électrocardiogramme sont utilisés sur des patients successifs sans être nettoyés. Des études publiées il y a aussi longtemps qu'en 1978 alertaient que les brassards de tensiomètre véhiculaient fréquemment des bactéries vivantes, y compris le SARM, et étaient une source d'infection. Dans un nouveau rapport rendu public en Grande-Bretagne, un tiers des brassards de tensiomètre étaient contaminés par le *Clostridium difficile*, un microbe qui peut causer une diarrhée mortelle s'il entre par la bouche. Ça ne prend pas de temps au microbe pour se propager d'un brassard, au bras nu d'un patient, puis du bout des doigts dans la bouche.

La bonne nouvelle est qu'une solution simple — un nettoyage minutieux avec des détergents ordinaires et de l'eau — freine la propagation de la bactérie mortelle ...

Même le National Health Service (Service national de la santé) de la Grande-Bretagne, qui manque d'argent, reconnaît qu'un nettoyage intensif est une bonne affaire comparativement au coût qu'entraîne le traitement des infections. En doublant pratiquement les heures de travail du personnel responsable du nettoyage dans un

service, un hôpital de Dorchester a réduit la propagation du SARM de 90 pour cent, économisant 312 fois les coûts supplémentaires liés au nettoyage.

Les hôpitaux ont déjà testé les surfaces pour voir si elles contenaient des bactéries mais, en 1970, le CDC et l'American Hospital Association (Association américaine des hôpitaux) leur a demandé de cesser, affirmant que les tests étaient inutiles et pas rentables. Les infections au SARM sont depuis 32 fois plus élevées et de nombreuses études ont lié l'équipement et les chambres malpropres des hôpitaux aux infections...

Les tests sont essentiels parce que les bactéries sont invisibles. Une étude publiée dans le *Journal of Hospital Infection* (Journal des infections nosocomiales) a montré que 76 pour cent des divers sites hospitaliers examinés par les chercheurs avaient des taux inacceptablement élevés de bactéries, bien que seulement 18 pour cent d'entre eux avaient l'air sales. Dans une autre étude, des chercheurs de l'Université de Boston ont conclu que le nettoyage s'était amélioré de façon importante une fois qu'ils aient fait des échantillonnages des surfaces pour y trouver des bactéries et qu'ils aient montré aux membres du personnel responsables du nettoyage les endroits qu'ils avaient oubliés.

...En 2005, les représentants de la santé de l'Irlande et de l'Écosse ont commencé à coter les hôpitaux à chaque année en ce qui a trait à la propreté — rouge (les plus sales), orange ou vert — et à publier les résultats. La première année, les résultats ont fait la manchette des journaux, ce qui a exercé des pressions sur les pires hôpitaux irlandais pour qu'ils nettoient et obtiennent de meilleurs résultats en 2006.

En Angleterre, le mois dernier, le député Gregory Barker s'est relevé les manches et a fait un quart de travail avec les membres du personnel responsables du nettoyage dans un hôpital de sa région. « Le nettoyage dans les hôpitaux est une partie vitale des soins aux patients », a-t-il affirmé dans une déclaration publiée par son bureau. Où sont ses homologues à Washington D.C.³¹?

Ontario : à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, une éclosion de *C. difficile* en 2006 a tué dix patients directement et huit autres indirectement. L'Hôpital, qui avait privatisé ses services d'entretien ménager, a dû augmenter son personnel de l'entretien ménager de 40 % et instaurer diverses autres mesures. L'Hôpital s'est retrouvé en déficit.

Après une autre éclosion à l'Hôpital Joseph Brant, les services d'entretien ménager ont également été augmentés et l'Hôpital a dû régler une poursuite avec des patients ou (lorsque les patients étaient décédés) leurs familles pour 9 millions de dollars. L'Hôpital de Burlington a divulgué, au printemps 2008, que 91 patients qui avaient contracté le *C. difficile* étaient décédés et que 225 avaient été infectés. Même avec le règlement hors cour, l'Hôpital n'a jamais admis avoir commis des actes répréhensibles; la déclaration alléguait que l'Hôpital n'était pas nettoyé, entretenu et désinfecté adéquatement³².

³¹ Betsy McCaughey, « Why aren't hospitals cleaner? » (Pourquoi les hôpitaux ne sont-ils pas plus propres?), *US News and World Report*, 15 juillet 2007

³² J. Walters, « Jo Brant hospital settles C. diff suit for \$9 million » (L'Hôpital Jo Brant règle la poursuite relative au *C. difficile* pour 9 millions de dollars), *Hamilton Spectator*, 15 octobre 2012.

De plus, le gouvernement a enfin commencé à rapporter publiquement les cas de superbactéries à la fin de 2008. C'est quelque chose que le SCFP demandait depuis des années. Cependant, le gouvernement a omis de s'engager à rapporter publiquement les décès associés à ces infections, un problème majeur. Et comme l'a souligné le vérificateur général, les établissements de soins de longue durée ne sont même tenus de rapporter, malgré le risque élevé d'infection dans ces établissements. Sans surprise, aucun des établissements de SLD que le vérificateur a examinés nettoyait les chambres des résidents deux fois par jour³³.

³³ Vérificateur général, Rapport annuel 2009, chapitre 3, Prévention et contrôle de l'infection dans les foyers de soins de longue durée, et Rapport annuel 2011, chapitre 4, Section de suivi 4.06 347, Prévention et contrôle de l'infection dans les foyers de soins de longue durée.

Annexe E — La qualité peut sauver des patients et de l'argent

Traiter les infections nosocomiales coûte très cher. L'ex-lieutenante-gouverneure de l'État de New York, Betsy McCaughey, a affirmé, dans le *New York Times*, que lorsque les hôpitaux investissent dans des mesures de précaution reconnues « leur rendement financier peut être dix fois supérieur à leur investissement. Ces infections ajoutent environ 30 milliards de dollars par année aux coûts en santé pour le pays. Ce montant augmentera rapidement au fur et à mesure que d'autres infections deviendront résistantes aux médicaments³⁴. »

Il y a plus de quinze ans, des chercheurs canadiens avaient estimé que le total des coûts attribuables au traitement des infections au SARM étaient de 14 360 \$ par patient³⁵. Peter G. Davey, professeur au Health Informatics Centre (Centre de l'informatique de la santé) à l'Université de Dundee, rapporte que les patients à l'unité de soins intensifs qui ont contracté le *C. difficile* sont restés aux soins intensifs 6,1 jours comparativement à 3 jours pour les patients ne souffrant pas du *C. difficile*. Les coûts des soins intensifs ont augmenté à 11 353 \$ comparativement à 6 028 \$ pour les patients ne souffrant pas du *C. difficile*³⁶. L'Hôpital de Sault-Sainte-Marie en Ontario a été acculé à un déficit en raison d'une écloison de *C. difficile*.

Selon une nouvelle recherche, une étude universitaire plus récente a conclu que des vies seraient sauvées et des millions de livres coupées des budgets du National Health Service (Service national de la santé) (NHS) si les hôpitaux embauchaient un seul nettoyeur supplémentaire dans chaque service. L'étude a conclu qu'un nettoyeur supplémentaire avait un « effet mesurable » sur l'environnement clinique, réduisant le nombre de patients ayant contracté le SARM et faisant économiser, selon les estimations, entre 30 000 livres et 70 000 livres par hôpital.

Le syndicat a parrainé la D^{re} Stephanie Dancer, une microbiologiste, pour effectuer une recherche approfondie sur le SARM et le nettoyage au Southern General Hospital (Hôpital général du Sud), à Glasgow.

Les conclusions ont révélé qu'un meilleur nettoyage était associé à une réduction de 32,5 % de la contamination microbienne dans les sites où il y a un contact direct avec les mains, tandis que les cas de SARM ont diminué dans les six mois d'un nettoyage ciblé dans un des services. Ils ont à nouveau augmenté lorsque le nettoyage supplémentaire a été effectué dans un autre service, ce qui, en retour, a permis de constater la diminution du nombre de cas. L'étude de la D^{re} Dancer a été publiée dans *BMC Medicine*³⁷.

Finalement, une étude de 2009 des U.S. Centers for Disease Control (Centres pour le contrôle des maladies des États-Unis) (CDC) estime que les coûts médicaux annuels pour traiter les infections nosocomiales dans les hôpitaux américains varient entre **28,4 milliards**

³⁴ *The New York Times*, « Coming Clean » (Dire la vérité), lundi 6 juin 2005, page 19, Section : article éditorial : Betsy McCaughey.

³⁵ Tony Kim, MA; Paul I. Oh, MD; Andrew E. Simor, MD, « The Economic Impact of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Canadian Hospitals » (Les conséquences économiques du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les hôpitaux canadiens), *Infect Control Hosp Epidemiol* (Épidémiologie sur le contrôle des infections dans les hôpitaux), 2001; 22:99-104.

³⁶ *Medical News Today*, 2 avril 2007.

³⁷ Dr S. Dancer et al., « Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study » (Mesurer les conséquences d'un meilleur nettoyage dans un hôpital du RU : une étude croisée prospective), *BMC Medicine* 2009 7:28 <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-7-28> (en anglais seulement).

de dollars et 45 milliards de dollars (l'écart dépend en grande partie des différentes estimations de l'inflation). C'est une augmentation majeure des frais par rapport à une étude de 1992 sur les infections nosocomiales³⁸.

³⁸ CDC, « The Direct Medical costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention » (Les coûts médicaux directs des infections nosocomiales dans les hôpitaux américains et les avantages de la prévention), 2009, <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11550/> (en anglais seulement).

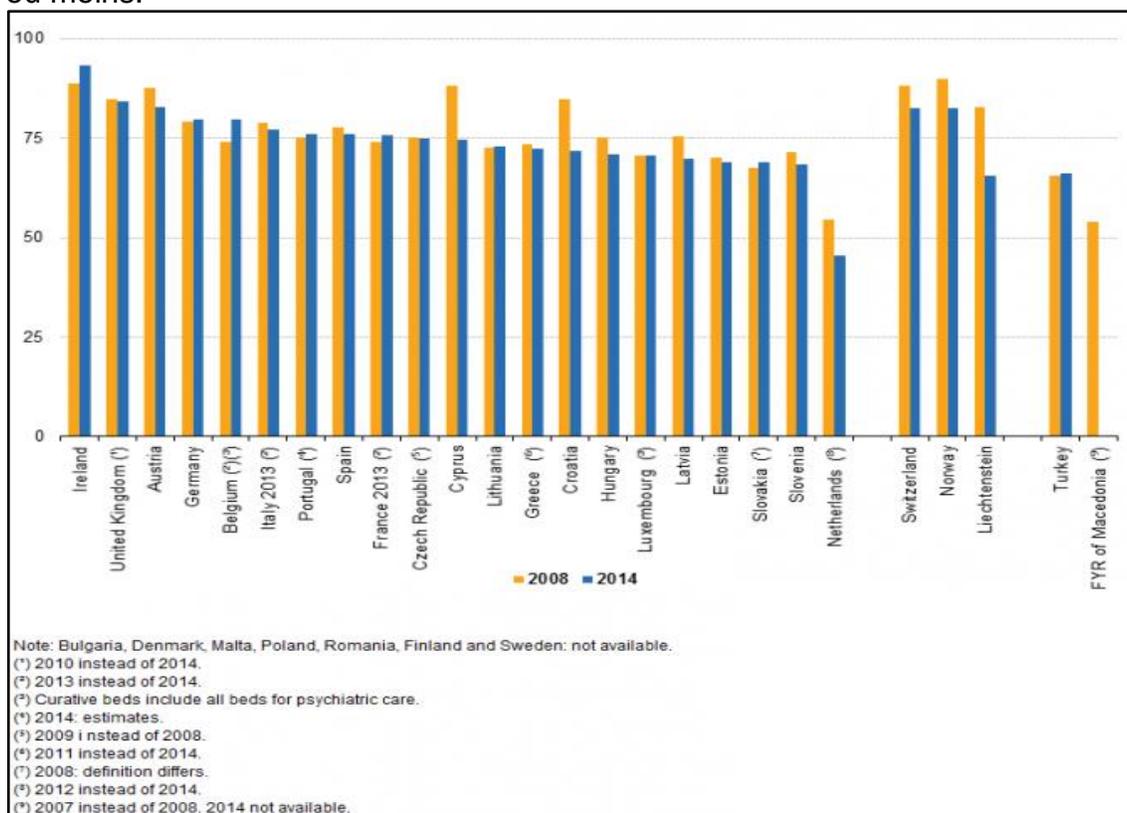
Annexe F — Les taux d'occupation des lits dangereusement élevés doivent être réduits

L'Ontario a probablement le ratio le plus bas de lits d'hôpitaux par rapport à la population dans le monde développé³⁹.

Depuis 1990, l'Ontario a éliminé 19 000 lits d'hôpital (et 30 000 depuis 1980). Avec ces coupures, l'occupation des lits a augmenté. À l'échelle canadienne, c'était 84,7 % en 1995-1996. En 2010, l'occupation des lits était de 97,9 % en Ontario.

Parmi les États membres de l'Union européenne, le taux d'occupation des lits de soins curatifs en 2014 variait généralement de 68 % en Slovénie à 84 % au Royaume-Uni (2010), avec les Pays-Bas sous ce pourcentage (46 % en 2012) et l'Irlande (93 %) au-dessus⁴⁰.

Cette charte (disponible en anglais seulement) démontre les niveaux d'occupation des lits dans 26 pays Européens entre 2008 et 2014. La plupart ont des taux d'occupation de 75% ou moins.



³⁹ Defend Public Healthcare (Défendre les soins de santé publics), « Ontario hospital capacity falls far behind other provinces » (La capacité des hôpitaux de l'Ontario loin derrière celle des autres provinces), <http://ochuleftwords.blogspot.ca/search/label/bed%20occupancy> (en anglais seulement), et « Correction: Ontario has the lowest acute care beds per capita » (Correction : l'Ontario a le taux de lits de soins actifs le plus bas par habitant), <http://ochuleftwords.blogspot.ca/2011/07/correction-ontario-has-lowest-acute.html> (en anglais seulement).

⁴⁰ Eurostat, « Health care resource statistics – beds » (Statistiques sur les ressources dans les soins de santé – lits), 2016, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_resource_statistics_-_beds (en anglais seulement).

L'engorgement, la rotation rapide entre patients et le personnel des soins de santé surmené entravent sérieusement les procédures de contrôle des infections⁴¹. Le ministère britannique de la Santé a conclu que le taux d'occupation des lits élevé et le mouvement rapide de patients sont associés à la propagation des infections nosocomiales et la Grande-Bretagne a pour objectif de garder le taux d'occupation des lits sous le seuil du 85 % afin de combattre les infections nosocomiales. Les Pays-Bas, dont le taux de SARM est bas, ont un taux d'occupation des lits bas.

Le Dr Charles Saunders, vice-président de la British Medical Association Scotland (Association médicale britannique de l'Écosse), a reconnu que l'Écosse a fait des progrès dans la lutte contre les infections nosocomiales, mais a signalé la menace que le taux d'occupation des lits en hausse représente maintenant :

« Il y a une preuve assez évidente qu'une fois que vous avez des taux d'occupation des lits élevés, il devient alors très difficile d'arrêter la propagation de nombreuses infections nosocomiales. Une partie de cela parce que vous n'avez pas le temps de nettoyer les choses adéquatement et en partie parce qu'une fois que vous atteignez ces taux élevés, vous avez tendance à déplacer énormément les gens dans les hôpitaux. Ils sont alors admis dans un service et sont peut-être déplacés dans trois ou quatre services différents dans les jours qui suivent. S'ils souffrent d'une infection quand ils arrivent, ils ont la possibilité de la propager assez largement et, ce qui est assez évident, ils augmentent leur risque de contracter différentes infections en étant dans différents services⁴². »

Oui, l'Écosse a plus du double de lits dans les hôpitaux par habitant par rapport à l'Ontario.

L'engorgement dans les hôpitaux nuit aux efforts d'entretien pour être à la hauteur du nettoyage nécessaire et exerce des pressions accrues sur les membres du personnel infirmier, qui doivent respecter le protocole méticuleux lorsqu'ils visitent les patients. La surcapacité crée beaucoup trop d'occasions de propagation de l'infection.

La vérificatrice générale adopte un point de vue similaire dans son rapport récent de 2016, exposant le manque de capacité dans les hôpitaux et les longues attentes dans les salles d'urgence pour avoir des lits d'hôpital. La vérificatrice souligne les niveaux élevés de sepsie (la présence dans les tissus de bactéries nuisibles et leurs toxines, généralement par l'entremise de l'infection d'une plaie).

« Les patients mis en congé par les hôpitaux de l'Ontario avaient une incidence relativement élevée de sepsie : La sepsie se produit quand la lutte du corps contre une infection nuit en réalité au patient; la sepsie peut causer le décès. Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé pour mars 2015 montrent que les patients des hôpitaux de l'Ontario avaient le deuxième taux le plus élevé de sepsie au Canada (après le Yukon), à savoir 4,6 cas pour 1 000 patients mis en congé par rapport à une

⁴¹Voir, Defend Public Healthcare (Défendre les soins de santé publics), « British Medical Association calls for lower bed occupancy to stop hospital acquire infections » (L'Association médicale britannique demande un taux d'occupation des lits moins élevé pour arrêter les infections nosocomiales) <http://ochuleftwords.blogspot.ca/2011/06/british-medical-association-calls-for.html> (en anglais seulement).

⁴² *The Herald*, « The war against superbugs » (La guerre aux superbactéries), http://www.heraldsotland.com/news/13046534.The_war_against_superbugs/ (en anglais seulement).

moyenne de 4,1 dans le reste du Canada. Des taux d'occupation de lits de 85 % ou plus contribuent à la probabilité de contracter une infection pendant l'hospitalisation. Au cours de 2015-2016, dans les grands hôpitaux communautaires de l'Ontario, 60 % de toutes les unités de médecine avaient des taux d'occupation supérieurs à 85 %⁴³. »

Cela fait au moins six ans que l'on parle des problèmes liés au taux d'occupation des lits élevé au gouvernement de l'Ontario, mais ils se sont toujours heurtés à l'indifférence ou au déni du gouvernement à l'effet que c'est un problème.

⁴³ Vérificatrice générale de l'Ontario, *Rapport annuel 2016*, chapitre 3, « Fonctionnement des grands hôpitaux communautaires ».