



**UNE BATAILLE  
QU'ON PEUT GAGNER —  
Réduire de 50% l'incidence  
des infections nosocomiales  
2008**

[www.nidd.ca](http://www.nidd.ca)

## INTRODUCTION

Fondée en 2007, la Coalition nationale des maladies infectieuses est une organisation canadienne qui regroupe des sociétés de microbiologie et d'infectiologie, une fondation, et des entreprises visant à accroître les efforts et à sensibiliser les canadiens et leur gouvernement contre les maladies infectieuses. (*Veuillez consulter l'appendice pour obtenir plus d'informations au sujet de notre coalition*)

Les infections contractées par les patients dans les milieux de soins de santé constituent l'un des défis les plus importants au Canada. Chaque année, un Canadien sur neuf acquiert une infection au cours de son séjour à l'hôpital<sup>1</sup>. Les évaluations estiment qu'à elles seules, les infections acquises dans les hôpitaux tuent entre 8 000 à 12 000 canadiens chaque année<sup>2</sup>. Nous ne pouvons plus ignorer cette réalité; **il est temps d'agir**.

La coalition focalise ses efforts actuels vis-à-vis deux bactéries qui constituent les causes primordiales des maladies infectieuses acquises dans les hôpitaux et autres centres de soins de santé, et qui sont le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et le *Clostridium difficile*.

Le contrôle des infections est une tâche complexe partagée par l'ensemble des professionnels de la santé au Canada soit les professionnels dans le contrôle des infections, les infirmiers et infirmières, les médecins, les épidémiologistes, et les technologistes de laboratoire travaillant dans les établissements de soins de santé, les universités et le gouvernement. Actuellement, les initiatives concentrées sur le contrôle des infections telles la surveillance, le diagnostic, le traitement, la prévention et le contrôle manquent de financement. En outre, le manque de professionnels pour combler les postes nécessaires à travers le Canada constitue, plus que jamais, un problème d'envergure auquel il devient urgent de s'adresser.

## QU'EST CE QUE LE SARM ET LE *C. DIFFICILE*?

### LE SARM<sup>3</sup>

- Le *Staphylococcus aureus* - connu souvent sous le nom de « staphylocoque » - est une bactérie qui se retrouve couramment sur la peau ou dans le nez des personnes en bonne santé. Le « Staphylocoque » est l'une des causes les plus fréquentes des infections de la peau, dont la plupart sont des infections bénignes et faciles à traiter. Le SARM - *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline - est une version du « Staphylocoque » qui est résistante à plusieurs antibiotiques, dont la méthicilline, la cloxacilline, la pénicilline et l'amoxicilline.<sup>4</sup>
- Le SARM peut causer des infections sévères (telles des infections profondes de plaies chirurgicales, infections sanguines, et pneumonies) qui peuvent entraîner de graves complications et mettre la vie en danger.
- Les infections causées par le SARM surviennent plus souvent chez les personnes dont les mécanismes de défense sont affaiblis, ou qui sont hospitalisées ou hébergées dans des établissements de soins de santé de longue durée ou qui fréquentent les centres de dialyse. Le SARM se propage habituellement par contact direct ou par contact avec des objets ou surfaces contaminés comme des serviettes, des bandages utilisés par d'autres personnes déjà contaminées.

- Le SARM est transmis principalement par les mains, et particulièrement celles des professionnels de la santé. Les mains peuvent devenir contaminées par le SARM à la suite d'un contact physique avec une personne infectée ou porteuse de la bactérie. Si le personnel soignant n'applique pas les bonnes pratiques du lavage des mains avec de l'eau et du savon ou en utilisant un agent désinfectant à base d'alcool, le SARM peut se transmettre d'un patient à l'autre.
- Tandis que 25 à 30 pour cent de la population est colonisée avec des staphylocoques ordinaires et sensibles (colonisé signifie que les bactéries sont présentes, mais n'entraînent pas une infection), près d'un pour cent est colonisé avec le SARM.
- Les patients qui sont infectés par le SARM ou qui sont porteurs mais qui n'ont pas de symptômes, sont les sources les plus communes favorisant la transmission interhumaine.

### C. DIFFICILE <sup>5</sup>

- *Clostridium difficile* est une bactérie sporulée qui produit une toxine causant de la diarrhée et d'autres infections intestinales sérieuses. Elle est la principale cause de diarrhée observée chez les patients hospitalisés dans les établissements de soins de courte et de longue durée dans les pays industrialisés.
- Parce que le *C. difficile* est présent dans les matières fécales, il est possible que les surfaces et les objets dans les chambres des patients, ainsi que leurs objets personnels se contaminent. Une personne peut s'infecter si elle touche des surfaces ou des objets contaminés par des matières fécales et qu'elle porte par la suite ses mains à la bouche ou au nez.
- *C. difficile* est généralement propagé par le contact avec les mains, souvent celles des professionnels de la santé qui peuvent, sans le savoir, transmettre la bactérie pendant des procédures routinières de soins à leurs patients. Le *C. difficile* peut également se répandre par le contact avec des surfaces, des objets, ou de l'équipement contaminé comme les lits, les thermomètres, les sièges de toilette, les fauteuils roulants, et les commodes.
- Les spores du *C. difficile* permettent la survie de cet organisme dans l'environnement pendant de longues périodes. En outre, les spores sont également résistantes à un certain nombre de désinfectants usuels et peuvent survivre dans les hôpitaux si le nettoyage n'est pas adéquat. De plus amples connaissances au sujet du rôle de l'environnement dans la dissémination du *C. difficile* seront nécessaires pour mieux contrôler sa propagation.
- Au Canada, le nombre de décès associés au *C. difficile* ne cesse d'augmenter. On estime que le taux de transmission nosocomiale (associée aux hôpitaux) de l'infection sera de 6-7 cas par 1 000 patients en 2007.<sup>6</sup>
- La prise d'antibiotiques augmente le risque d'acquérir une diarrhée causée par le *C. difficile*. Le traitement par antibiotiques modifie les taux normaux des « bonnes » bactéries présentes dans l'intestin et le côlon. Lorsque ces « bonnes » bactéries y sont moins nombreuses, le *C. difficile* en profite pour se développer et produire des toxines qui entraînent une infection. La présence du *C. difficile* dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé de longue durée, combinée à un nombre important de patients qui prennent des antibiotiques ont provoqué des éclosions fréquentes en Amérique du nord et en Europe.

- Les personnes en bonne santé sont habituellement invulnérables au *C. difficile*. Les personnes âgées et les personnes qui souffrent de maladies ou de conditions nécessitant des antibiotiques et certains autres médicaments pour l'estomac sont les plus susceptibles d'acquérir cette infection.

## **POURQUOI LE SARM ET LE *C. DIFFICILE* POSENT- ILS UN PROBLÈME?**

### **LE SARM**

- Il est évident que le SARM tue. On a signalé que la bactériémie (une infection dans le sang) associée au *S.aureus* ordinaire (sensible) peut être associée à un taux de mortalité de 15 à 60%.<sup>7</sup> Le taux de mortalité associé au SARM est encore plus élevé.
- Les options de traitement du SARM sont limitées. Lorsque le traitement avec un antibiotique de premier choix s'avère inefficace, les patients infectés requièrent l'utilisation d'un antibiotique de deuxième et même de troisième choix qui sont moins efficaces, plus toxiques et plus dispendieux.
- Les infections à SARM impliquent beaucoup de douleur et un traitement plus coûteux. Ces deux éléments alourdissent le fardeau fiscal et les dépenses imputables au système de soins de santé.
- Les patients qui ont développé des infections causées par des organismes résistants aux antibiotiques comme le SARM risquent d'avoir des séjours hospitaliers plus longs et plus dispendieux. Le coût cumulatif au Canada du traitement d'un seul patient qui a acquis une infection à SARM peut atteindre en moyenne 14 000 \$.<sup>8</sup>
- Selon plusieurs observations, les mesures de prévention usuelles ne parviennent pas à contrôler la propagation du SARM et les taux d'infections augmentent au Canada et dans d'autres pays - en d'autres termes, nous perdons actuellement la bataille.
- Entre 1995 et 2006, l'incidence des cas de SARM rapportés par les hôpitaux participants au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) a augmenté de 17 fois. Les chercheurs du PCSIN estiment que 11 700 patients ont acquis une nouvelle infection à SARM dans les hôpitaux canadiens en 2006.<sup>9</sup>
- En 2007, on a estimé que les dépenses annuelles liées au SARM varient entre 200 à 250 millions de dollars.<sup>10</sup>

### ***C. DIFFICILE***

- Au Canada, le nombre de nouveaux cas de décès associés au *C. difficile* ne cesse d'augmenter. On estime que la transmission nosocomiale de l'infection augmentera à 6-7 par 1 000 en 2007.<sup>11</sup>
- Les infections causées par le *C. difficile* représentent 20 à 25 pour cent des diarrhées associées aux antibiotiques. Lorsque les symptômes sont bénins, aucun traitement n'est requis. Pour les cas graves, des médicaments et des interventions chirurgicales peuvent être nécessaires.

- Dans les cas les plus sévères, le *C. difficile* peut entraîner une inflammation intense de l'intestin (la colite pseudo-membraneuse), un mégacôlon toxique, des perforations du côlon et une infection du sang, résultant en de graves complications qui peuvent représenter un danger pour la vie. Selon les estimations du CDC, les infections associées au *C. difficile* atteignent les taux suivants:
  - dans les établissements de soins aigus entre 3 et 25 cas pour chaque 10 000 jours d'hospitalisation.
  - dans les établissements de soins prolongés de 5 à 7% des patients sont porteurs de la bactérie dans leur intestin.<sup>12</sup>
- Particulièrement depuis l'année 2000, une souche extrêmement virulente de *C. difficile* a provoqué des épidémies dans les établissements de soins de santé. Entre 2003 et 2004, une nouvelle souche, vingt fois plus virulente que celles précédemment observées, a frappé les hôpitaux du Québec, entraînant une augmentation de 60% du nombre des décès liés au *C. difficile*. Dans l'année administrative se terminant au 31 mars 2004, les infections nosocomiales liées au *C. difficile* ont tué près de 1 270 personnes au Québec. Pendant ces éclosions, le taux de mortalité attribuable au *C. difficile* durant les 30 jours suivant l'infection a atteint 6,9% au Québec; il a atteint 16,7% sur une période de douze mois.<sup>13</sup>
- Cette nouvelle souche, extrêmement virulente, se propage actuellement à travers le Canada, en causant une série de décès en Ontario.<sup>14</sup>
- L'éradication du *C. difficile* est une tâche ardue. Une fois à l'extérieur de l'organisme humain, ses spores résistent à la chaleur, au froid, aux produits chimiques et aux désinfectants. Dans les établissements plus vétustes, le *C. difficile* est particulièrement difficile à éliminer.

## INITIATIVES CANADIENNES RÉCENTES

- L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a développé le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN). En 2006, l'ASPC a complété une étude de surveillance de l'infection au *C. difficile* dans les centres universitaires hospitaliers à travers le pays. Cette étude a répertorié « 5 787 nouveaux cas de SARM pendant l'année 2006 », dont 78% étaient des cas liés aux infections associées à des établissements de soins de santé (7% étaient d'origine inconnue).<sup>15</sup>
- À la fin de l'automne 2006, le Groupe de travail national sur les maladies à déclaration obligatoire qui regroupe des épidémiologistes et des experts des laboratoires des provinces et des territoires ainsi que des professionnels de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), a recommandé d'ajouter les infections diarrhéiques associées au *C. difficile* (ICD) à la liste des maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale.<sup>16</sup> Cette recommandation a été approuvée et entrera en vigueur en décembre 2008.
- En 2007, un nouveau projet de surveillance continue du *C. difficile* a été lancé dans 48 hôpitaux à travers neuf provinces. L'ASPC se sert de l'information répertoriée à partir de ces deux projets de surveillance pour préciser ses recommandations en matière de prévention et de lutte contre le *C. difficile* dans ses lignes directrices de prévention des infections.

- Le gouvernement de l'Ontario a annoncé que les hôpitaux ont pour responsabilité de faire enquête sur 8 indicateurs de sécurité des patients. À partir du 30 septembre 2008, les hôpitaux de l'Ontario seront chargés de communiquer sur un site Web public les cas de *C. difficile* dans leurs établissements, ainsi que les éclosions de *C. difficile* à leurs bureaux de santé publique locaux. Ces hôpitaux devront déclarer les cas de SARM et les infections à entérocoques résistantes à la vancomycine (une autre « super bactérie » associée aux hôpitaux) à partir du 31 décembre 2008. La déclaration obligatoire de trois autres items doit entrer en vigueur le 30 avril 2009, soit : le taux d'infection de cathéters centraux; le taux d'infection de plaies opératoires ainsi que la compliance des professionnels de la santé aux pratiques liées à l'hygiène des mains.
- Le SARM et le *C. difficile* sont des maladies à déclaration obligatoire au Manitoba, en Ontario et au Québec. Le SARM est également une bactérie à déclaration obligatoire en Nouvelle-Écosse.

## EXPÉRIENCE À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

### LES PAYS BAS

Les Pays Bas ont réussi à contrôler le SARM dans leurs hôpitaux. Le Centre médical de l'université d'Erasmus à Rotterdam œuvre à mettre en place des stratégies efficaces pour lutter contre cette bactérie. Ce centre hospitalier universitaire de 1 200 lits, déclare environ 20 cas reliés au SARM chaque année. En 2002, ce nombre a atteint 70 cas. Deux ans plus tard, aucun cas n'a été déclaré grâce à une stratégie « recherche et éradication » qui implique le dépistage, l'identification et le confinement précoces des infections. Cette approche mobilise les patients, les professionnels de la santé ainsi que les milieux de soins de santé.

Les éléments fondamentaux de la stratégie « recherche et éradication » contre le SARM incluent : (1) le dépistage précoce (identification et confinement du réservoir : patients, professionnels de la santé et environnement hospitalier) ; (2) confinement des patients contaminés et à risque ; (3) dépistage des porteurs asymptomatiques; (4) mise en place de cohortes de patients et du personnel ; (5) éradication de la colonisation par le SARM (« porteur ») ; (6) éducation du personnel ; et (7) désinfection. <sup>17</sup>

### LA GRANDE-BRETAGNE

Selon un document récent sur les pratiques optimales, développé par le département national de la santé et service :

« La transmission du SARM et le risque d'infection avec le SARM (y compris la bactériémie [infection dans le sang]) peuvent seulement être matés si des mesures efficaces sont mises en place pour identifier les porteurs de la bactérie en tant que source potentielle, et que ces porteurs sont traités pour réduire le risque de transmission. »

« Ceci exige un dépistage de la population de patients porteurs du SARM avant ou au moment de leurs admissions dans les centres hospitaliers afin de mettre en place un régime de décolonisation. »

« Dès qu'un patient est identifié comme porteur du SARM, un régime de décolonisation devrait être instauré. »

« Quand un SARM est identifié chez un patient, qu'il soit infecté par la bactérie ou qu'il soit porteur asymptomatique, il devra être isolé, si possible, afin de réduire le risque de transmission à d'autres patients.

...Un régime de décolonisation devrait être appliqué dès l'apparition d'un résultat positif, indépendamment de la disponibilité des capacités d'isolement. »<sup>18</sup>

## UNE BATAILLE QU'ON PEUT GAGNER

- La lutte contre le SARM et *C. difficile* est une bataille que nous pouvons gagner. Les établissements de santé canadiens ont la capacité de contrôler et de réduire la prévalence du SARM et du *C. difficile*, grâce à la mise à jour de nos connaissances et aux développements récents dans la technologie des dépistages. Un bon nombre d'études ont déjà confirmé la rentabilité des programmes de contrôle qui incluent le dépistage et la mise en place des précautions de barrière de contact. En effet, il existe une expérience et une expertise suffisante au Canada pour mettre en application des stratégies complètes, normalisées et efficaces qui incluent des actions concrètes et mesurables avec des résultats rentables.

### LE SARM

- Le lavage des mains, le dépistage/isolement des patients atteints du SARM et les précautions de contact devraient être implantés pour diminuer la transmission et pour réduire le nombre de patients atteints de SARM.
- Le dépistage du SARM chez les patients par l'obtention de spécimens pour culture des narines antérieures identifiera 80% des patients porteurs de SARM et le dépistage de sites anatomiques additionnels augmentera la sensibilité à 92%.<sup>19</sup> Le diagnostic précoce et le traitement sont essentiels pour réduire les conséquences graves de l'infection et doivent être mis au premier plan.
- Des études d'importance ont confirmé que le dépistage proactif des patients à risque élevé, une fois combiné avec des précautions de contact, une hygiène des mains appropriée et une éducation du personnel, peut réduire la transmission du SARM, même dans les établissements à haute endémie.<sup>20</sup>
- Bien que le SARM soit résistant à plusieurs classes d'antibiotiques, il existe un nombre limité d'antibiotiques efficaces contre la bactérie. Ainsi, il y a un besoin urgent de recherches pour développer de nouveaux antibiotiques pour lutter contre cette épidémie. La résistance aux antimicrobiens ne cesse d'augmenter inlassablement.

### *C. DIFFICILE*

- En raison du danger pour la vie que représente ses complications, le *C. difficile* doit être diagnostiqué rapidement et traité agressivement.

- Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses de l'Ontario (CCPMI) met à jour régulièrement ses directives "Best Practices Document for the Management of *Clostridium difficile* in All Health Care Settings." La version la plus récente recommande une approche globale de prévention et de contrôle du *C. difficile*. Les éléments principaux incluent :
  - l'utilisation de chambres privées (lorsque possible) ;
  - l'application méticuleuse du lavage des mains;
  - l'utilisation des gants et de vêtements de protection;
  - l'utilisation d'équipement dédié autant que possible ;
  - la mise en place d'une stratégie agressive de nettoyage et de désinfection de l'environnement.<sup>21</sup>

## CE QUE NOUS RECHERCHONS

Investir dans une stratégie plus agressive pour contrôler la transmission du SARM et du *C. difficile* est rentable. Plusieurs études ont démontré les coûts pour prévenir une infection sont nettement inférieurs aux coûts liés au traitement d'une infection qui peut entraîner la mort, l'incapacité physique et des séjours prolongés dans les hôpitaux. Une stratégie efficace et nationale pour combattre le SARM et le *C. difficile* allègera les fonds du système de santé qui sont déjà surchargés. Au lieu de traiter les complications reliées au SARM et au *C. difficile*, ces ressources pourront servir à d'autres priorités de santé, et seront accessibles pour d'autres types de soins de santé. La réduction du taux de mortalité et de morbidité des Canadiens infectés par le SARM et le *C. difficile* est l'un des plus grands avantages de cette stratégie. Elle se traduira par une réduction de la durée des séjours et des délais d'attente dans les hôpitaux, et une diminution de la demande pour des services diagnostiques supplémentaires.

## CE QUE NOUS DEMANDONS

Nous demandons au gouvernement fédéral d'accorder un fonds de 200 millions de dollars à compter de juin 2009, afin de financer des initiatives qui ont pour but de réduire de 50% l'incidence du SARM nosocomial et du *C. difficile* au Canada. Nous demandons également au gouvernement du Canada de collaborer avec les départements/ministères de santé provinciaux et territoriaux afin d'adopter et de mettre en application les recommandations suivantes et d'investir immédiatement dans ces mesures qui sont soutenues par des recommandations émanant d'experts de renommée internationale dans le domaine des maladies infectieuses.

Basés sur notre expérience dans la lutte contre le SARM et le *C. difficile*, nous recommandons les trois stratégies suivantes :

1. Contrôler les infections nosocomiales (IN) en fournissant des informations continuellement actualisées afin d'appuyer la prise de décision en se concentrant sur la lutte contre le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et le *Clostridium difficile*.
  - Collaborer avec les provinces afin d'obtenir des données globales sur les taux de colonisation et d'infection par le SARM et le *C. difficile* et les déclarer aux départements de santé publique dans toutes les provinces du Canada.

- Créer trois nouvelles chaires universitaires de recherche dans des universités canadiennes. Les chercheurs auront pour mandat, entre autres, de développer des stratégies visant à réduire l'utilisation inutile des antibiotiques en améliorant leur prescription; supporter le développement de nouveaux antibiotiques ; supporter le développement de stratégies dans la lutte contre le SARM et le *C.difficile* et d'autres pathogènes résistants qui sont en émergence (tels que l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et le *Staphylocoque aureus* intermédiaire à la vancomycine (SAIV) entre autres) dans nos établissements de santé au Canada.
  - Financer des ressources pour améliorer le système de surveillance national et détecter les nouveaux micro-organismes résistants aux antibiotiques et les infections nosocomiales afin de mieux comprendre les facteurs de risque, identifier les tendances et fournir un système de détection précoce des éclosions.
2. Améliorer la capacité du système de santé canadien à diagnostiquer, prévenir, contrôler et traiter les maladies infectieuses déjà connues, ou nouvelles, en émergences et en voie de réapparition.
- Mettre à niveau le financement des laboratoires hospitaliers afin qu'ils puissent implanter les outils de diagnostic rapides et précis qui permettent le dépistage du SARM et du *C. difficile*.
  - Mettre au point une stratégie nationale pour combler la pénurie alarmante de main-d'œuvre technique dans les laboratoires.
  - Mettre sur pied et supporter un réseau national de laboratoire afin de faciliter la communication à travers les laboratoires des établissements de santé privés et publics.
3. Développer des protocoles et directives pour éduquer les patients et le public et pour former le personnel en prévention des infections.
- Fournir le budget nécessaire pour engager une main d'œuvre suffisante et compétente de professionnels en prévention des infections, de directeurs médicaux de services en prévention d'infection, d'épidémiologistes hospitaliers, d'infirmiers et infirmières ainsi que du personnel en entretien ménager.
  - Mettre au point des directives nationales pour la prévention et le contrôle du SARM et du *C. difficile*.
  - Améliorer les infrastructures des établissements de soins de santé en fournissant des directives et du financement pour la construction et les rénovations d'un plus grand nombre de chambres privées, de salles de bains, de toilettes et éviers afin d'empêcher la propagation des infections.
  - Accroître la capacité en ressources humaines pour renforcer les mesures de nettoyage dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé.
  - Augmenter le financement pour procurer de l'équipement de soins additionnel, et ainsi diminuer le partage de cet équipement entre les patients.
  - Créer et appuyer des postes et des programmes nationaux de formation dans les différents domaines de prévention et de contrôle des infections.

## CONCLUSIONS

- C'est le moment pour le gouvernement canadien d'agir et de démontrer un leadership, et un support politique en fournissant un financement et des ressources suffisantes pour rencontrer les trois stratégies pour contrôler le SARM et le *C. difficile*. Prévenir le SARM et le *C. difficile* dans nos établissements de santé est une question de sécurité pour les patients. Les Canadiens atteints d'une infection résistante aux antibiotiques souffrent physiquement, émotionnellement, financièrement et psychologiquement.
- Les pays qui ont réussi à réduire la transmission du SARM l'ont fait en mettant en œuvre des politiques précises et un programme rigoureux de dépistage. La détection précoce qui engendre des décisions rapides quant à l'isolement des patients permet aux établissements de soins de courte durée de repérer promptement les patients.
- Nous encourageons le gouvernement fédéral à s'assurer que les infections acquises en milieu de santé – en particulier le SARM et le *C. difficile* – occupent, au sein du gouvernement du Canada, la place prioritaire qui leur revient, et à travailler avec les provinces et territoires afin d'établir un programme national pour alléger le fardeau que ces maladies infligent à la population canadienne.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Zoutman et al. *The state of infection surveillance and control at Canadian acute care hospitals*. American Journal of Infection Control. 2003;31; pages 266-275.
- 2 Ibid
- 3 "MRSA and the Workplace," National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), disponible au lien: <http://www.cdc.gov/niosh/topics/mrsa/>
- 4 Centres for Disease Control and Prevention, "Community-Associated MRSA Information for the Public," le 30 juin 2008, disponible au lien: [www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar\\_mrsa.html](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar_mrsa.html)
- 5 Santé Canada/Agence de la santé publique du Canada, "C. difficile: Votre santé et vous," disponible au lien : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/cdifficile-fra.php>
- 6 Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/survprog-fra.php>
- 7 Cosgrove, S, *Comparison of mortality associated with Methicillin-Resistant and Methicillin-Susceptible Staphylococcus aureus Bacteremia: a meta-analysis*. CID 2003;36 1er janvier, 53-59.
- 8 T. Kim, P.I. Oh, A.E. Simor, *The Economic impact of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Canadian Hospitals*, Infection Control and Hospital Epidemiology, 22 février 2001, 99-104.
- 9 Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/survprog-fra.php>
- 10 Ibid.
- 11 Ibid.
- 12 Centres for Disease Control and Prevention, "Community-Associated MRSA Information for the Public," le 30 juin 2008, disponible au lien: [www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar\\_mrsa.html](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar_mrsa.html)
- 13 Vivian G. Loo, et. al., "A Predominantly Clonal Multi-Institutional Outbreak of Clostridium difficile-Associated Diarrhea with High Morbidity and Mortality," New England Journal of Medicine, 353, 23 (le 8 décembre, 2005), 2442-2449 et Jacques Pépin, Louis Valiquette et Benoit Cossette, "Mortality attributable to nosocomial Clostridium difficile-associated disease during an epidemic caused by a hypervirulent strain in Quebec," Canadian Medical Association Journal, 173, 9 le 25 octobre, 2005
- 14 Laura Eggertson, "Hospital-Acquired Infection C. difficile: by the numbers," Canadian Medical Association Journal, le 6 juillet, 2004; 171; Laura Eggertson, "C. difficile strain 20 times more virulent," *ibid.*, Mai 2005, 172.
- 15 Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/survprog-fra.php>
- 16 "Le Rapport final et recommandations du groupe de travail National sur les maladies à déclaration obligatoire, *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Volume 32, Numéro 19, 1<sup>er</sup> octobre 2006, disponible au lien : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/rm3219fa.html>
- 17 Margreet C. Vos (Medical Microbiology and Infectious Diseases, Erasmus Medical Centre, Rotterdam), "The Secrets of MRSA Control in the Netherlands," Learning from the Best conference, Department of Health. National Health Service, Government of the UK, le 26 mars, 2007, [http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/HealthProtection/Healthcareacquiredinfection/Healthcareacquiredgeneralinformation/TheDeliveryProgrammeToReduceHealthcareAssociatedInfectionsHCAIincludingMRSA/DH\\_4102049](http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/HealthProtection/Healthcareacquiredinfection/Healthcareacquiredgeneralinformation/TheDeliveryProgrammeToReduceHealthcareAssociatedInfectionsHCAIincludingMRSA/DH_4102049)
- 18 Sir Liam Donaldson (Chief Medical Officer), Professor Christine Beasley (Chief Nursing Officer) 15 November 2006 PL CMO (2006)4: Screening for MRSA colonisation: a summary of best practice disponible au lien: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_063188](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063188)
- 19 H. Grundmann, M. Aires-de-Sousa, J. Boyce, & E. Tiemersma, *Emergence and resurgence of methicillin-resistant staphylococcus aureus as a public-health threat*, The Lancet, 368, 2006, 874-85.
- 20 C.A. Muto, J.A. Jernigan, B.E. Ostrowsky, H.M. Richet, W.R. Jarvis, J.M. Boyce, et al., SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of staphylococcus aureus and enterococcus, Infection Control and Hospital Epidemiology, 24, 5, 2003 362-386.
- 21 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Comité consultative provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Best Practices for Infection Prevention and Control of Resistant *Staphylococcus aureus* and *Enterococci*. Mars 2007

## APPENDICE:

Qui nous sommes - la Coalition nationale des maladies infectieuses regroupe les organisations suivantes :

### FONDATION CANADIENNE DES MALADIES INFECTIEUSES (FCMI)

La Fondation canadienne des maladies infectieuses a été établie en 1989 pour financer les activités de recherche et aider à protéger les Canadiens et la population mondiale contre les maladies infectieuses. La FCMI est l'organe collecteur de fonds de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada), la plus grande association de microbiologistes et d'infectiologues du pays. La FCMI s'engage à faire bon usage de chaque dollar recueilli et à soutenir la recherche, la formation et le perfectionnement des experts canadiens en maladies infectieuses. Pour un complément d'informations, visiter le site Web : [www.researchid.com](http://www.researchid.com).

### ASSOCIATION POUR LA MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET L'INFECTIOLOGIE CANADA (AMMI CANADA)

L'AMMI Canada est l'association nationale des médecins et chercheurs spécialisés en microbiologie médicale et maladies infectieuses. À travers la recherche, la formation et le partenariat avec d'autres associations, l'AMMI Canada s'emploie à protéger les individus contre les maladies infectieuses, connues et en émergence, et à pourvoir au traitement des personnes atteintes. Pour plus d'informations, consulter le site Web : [www.ammi.ca](http://www.ammi.ca).

### ASSOCIATION CANADIENNE DE MICROBIOLOGIE CLINIQUE ET DES MALADIES INFECTIEUSES (CACMID)

La CACMID est une association nationale formée de médecins, de chercheurs, de technologues et d'étudiants qui s'intéressent avant tout aux aspects de laboratoire de la microbiologie clinique et des maladies infectieuses. Dans la poursuite de leurs objectifs, qui consistent à améliorer les échanges scientifiques au sein de l'association, ils favorisent la formation et la recherche et prônent le maintien des normes et pratiques exemplaires en microbiologie clinique. Pour un complément d'informations, visiter le site Web : [www.cacmid.ca](http://www.cacmid.ca).

### ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS À L'HÔPITAL ET DANS LA COMMUNAUTÉ (CHICA-CANADA)

CHICA-Canada est une organisation bénévole, nationale et multidisciplinaire, formée de professionnels dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections. À l'échelle du pays, l'association compte 20 sections vouées à la santé des Canadiens et à la promotion de l'excellence dans la prévention et le contrôle des infections. Pour un complément d'informations, visiter le site Web : [www.chica.org](http://www.chica.org).

### ASTELLAS PHARMA CANADA, INC.

Astellas Pharma Canada, Inc. accorde une importance prépondérante aux consommateurs et à leurs besoins et se consacre à faire évoluer le traitement des maladies infectieuses. Astellas Pharma Canada, Inc., vise à améliorer la santé de la population mondiale grâce à la mise au point de produits pharmaceutiques innovateurs et fiables. Astellas Pharma Canada, Inc., qui fait partie du groupe d'entreprises Astellas en Amérique du Nord, est une filiale d'Astellas Pharma Inc., dont le siège social est situé à Tokyo. La société se consacre à devenir un chef de file mondial de l'industrie pharmaceutique par ses activités de recherche et de développement hors pair et son expertise de la commercialisation. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'entreprise, veuillez consulter le site Web : [www.astellas.com/ca](http://www.astellas.com/ca).

### BD DIAGNOSTICS

Leader mondial dans le domaine de la technologie médicale, BD développe et commercialise une large gamme de matériels, systèmes et consommables qui visent à améliorer la santé des personnes dans le monde entier. BD concentre ses efforts pour améliorer la pharmacothérapie, la qualité et la diligence de diagnostic des maladies infectieuses, ainsi que le développement et la recherche de nouveaux traitements et vaccins. Les services offerts par la compagnie sont instrumentaux pour combattre les maladies mondiales les plus pressantes. Fondée en 1897 et siégée à Franklin Lakes, New Jersey, BD emploie plus que 25 000 personnes réparties sur près de 50 pays dans le monde entier. La compagnie met en place des services conçus aux établissements de soins de santé, aux chercheurs de la science de vie, aux laboratoires cliniques, à l'industrie et au grand public. Pour plus d'informations, visitez le site Web : [www.bd.com](http://www.bd.com).