

Surveillance provinciale des  
nouveaux cas d'entérocoque résistant à  
la vancomycine (ERV)

**SEPTEMBRE 2007 - AOÛT 2008**

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

Québec 



Rapport de surveillance

# Surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)

**SEPTEMBRE 2007 - AOÛT 2008**

Direction des risques biologiques,  
environnementaux et occupationnels

Novembre 2008

## **AUTEURS**

Patrice Vigeant

Centre de santé et de services sociaux du Suroît

Louise Jetté

Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Charles Frenette, président du groupe de travail sur la Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

Centre universitaire affilié de santé McGill

Marie Gourdeau, présidente du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ)

Centre hospitalier affilié Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHA-HEJ)

Josiane Létourneau

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Anne-Marie Bourgault

Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Colette Gaulin

Bureau de surveillance et de vigie sanitaire, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pauline Laplante

Centre hospitalier universitaire de Montréal, Hôpital Notre-Dame

Isabelle Rocher

Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

Membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec

## **MISE EN PAGES**

Lucie Carrière

Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Dounia Bouchard

Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

## **REMERCIEMENTS**

Remerciements et félicitations au personnel des laboratoires hospitaliers participants ainsi qu'aux équipes de prévention et contrôle des infections.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2009

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISSN : 1920-1494 (VERSION IMPRIMÉE)

ISSN : 1920-1508 (PDF)

ISBN : 978-2-550-56005-0 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-56006-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES .....</b>	<b>III</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. MÉTHODES .....</b>	<b>5</b>
3.1 Clientèle .....	5
3.2 Collecte des données .....	5
<b>4. RÉSULTATS .....</b>	<b>7</b>
4.1 Répartition par RSS des nouveaux cas d'ERV .....	7
4.2 Répartition mensuelle des nouveaux cas d'ERV .....	7
<b>5. ÉCLOSIONS À ERV.....</b>	<b>9</b>
5.1 Système de communication .....	9
5.2 Déclaration .....	9
<b>6. SYNTHÈSE ET DISCUSSION .....</b>	<b>11</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>13</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>15</b>
<b>ANNEXE 1 PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES NOUVEAUX CAS D'ERV     (FORMULAIRE).....</b>	<b>21</b>
<b>ANNEXE 2 RÉPARTITION DES NOUVEAUX CAS D'ERV SELON LA RSS .....</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE 3 DONNÉES DE LA PÉRIODE DE SEPTEMBRE 2006 À AOÛT 2007.....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 4 AVIS SUR LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES APPLICABLES À     L'ERV.....</b>	<b>33</b>
<b>ANNEXE 5 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉCLOSIONS DÉCLARÉES PAR ANNÉE .....</b>	<b>37</b>



## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1	Répartition par RSS des nouveaux cas d'ERV – Septembre 2007 – Août 2008.....	17
Figure 1	Distribution mensuelle des nouveaux cas d'ERV – Septembre 2007 – Août 2008.....	18





## 1. INTRODUCTION

L'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) a fait son apparition au Québec à la fin des années 90 dans quelques centres hospitaliers (CH) de soins aigus. En octobre 1998, un groupe de travail sur l'ERV a émis des lignes directrices sur les mesures de contrôle et de prévention des infections à ERV, lesquelles ont été révisées en 1999 par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Dans le but de limiter la propagation des ERV intra et inter-établissements au Québec, un système de communication et déclaration des éclosions a été mis en place en 1996. Ce système d'information bien qu'il fournisse un état de situation sur les éclosions dans les établissements n'est cependant pas un programme de surveillance. En effet, il ne permet pas de connaître l'incidence exacte des ERV dans les centres hospitaliers de soins aigus ni d'évaluer l'importance des éclosions puisque le nombre de cas par éclosion n'est pas systématiquement rapporté.

Depuis novembre 2003, les éclosions à ERV font partie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) selon le règlement d'application de la Loi sur la santé publique du Québec. Les établissements de soins aigus ou prolongés sont tenus de déclarer leurs éclosions dans le système MADO. Cependant, si la définition nosologique d'éclosion peut être claire pour une institution qui n'a jamais eu de cas d'ERV nosocomial, elle devient très difficile à appliquer pour les centres hospitaliers où l'ERV est endémique. De plus, les critères utilisés pour définir la fin d'une éclosion et les protocoles de dépistage varient d'un centre hospitalier à l'autre ce qui rend les comparaisons inter-établissements difficiles.

La surveillance de l'émergence de la résistance bactérienne constitue une priorité de santé publique dans le cadre du plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009. Dans ce contexte, il est essentiel de disposer d'un réseau de surveillance actif, prospectif et continu de l'incidence de l'ERV dans tous les centres hospitaliers de soins aigus du Québec. Le comité SPIN-ERV (Surveillance provinciale des infections nosocomiales portant sur les ERV) a recommandé la mise en place d'une surveillance des nouveaux cas d'ERV afin d'établir l'incidence de l'ERV au Québec.

Ce rapport présente les résultats de la deuxième année de surveillance par les laboratoires des nouveaux cas d'ERV, soit de septembre 2007 à août 2008.



## **2. OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE**

La surveillance des nouveaux cas d'ERV vise à documenter l'incidence des cas d'ERV détectés dans les laboratoires hospitaliers de soins aigus du Québec qui participent à la Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). La mesure de cette incidence est essentielle afin de déterminer l'importance et l'ampleur de la problématique et de conseiller le Cinq dans la mise à jour des nouvelles lignes directrices en prévention et contrôle de l'infection (PCI). L'analyse de la problématique actuelle permettra de proposer un programme de surveillance structuré avec des objectifs définis, précis, pertinents, mesurables et comparables.



### **3. MÉTHODES**

#### **3.1 CLIENTÈLE**

La première année de surveillance, les 81 laboratoires hospitaliers des 85 établissements de soins aigus avec au moins 1 000 admissions par année inscrits au programme de surveillance de SPIN-CD (SPIN portant sur le *C. difficile*) ont été invités à participer au programme de surveillance des nouveaux cas d'ERV. Au cours de la période actuelle de surveillance (septembre 2007 à août 2008), les activités de laboratoire de deux centres ont été consolidées dans un autre centre, portant ainsi le nombre de laboratoires participants à 79 à la fin de la période de surveillance. La surveillance porte toutefois sur la même clientèle que l'année précédente.

#### **3.2 COLLECTE DES DONNÉES**

Du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 août 2008, à toutes les fins de mois de calendrier, le Laboratoire de santé publique du Québec achemine un questionnaire papier (annexe 1) aux laboratoires participants afin d'obtenir les renseignements suivants :

- le nombre total de nouveaux cas d'ERV détectés par leur laboratoire au cours du dernier mois (un nouveau cas = une souche d'ERV par patient à l'intérieur d'une période de un an);
- l'origine des souches (échantillon pour dépistage ou spécimen clinique).

Les doublons à l'intérieur d'une même institution doivent être exclus par le centre hospitalier. Dans leur forme actuelle, les questionnaires ne recueillent pas d'information sur l'origine nosocomiale des souches.

À deux reprises durant la période 2007-2008 (à chaque 6 mois), le personnel des laboratoires ou en prévention et contrôle des infections des centres ayant rapporté l'ERV dans des spécimens cliniques (autres que selles ou écouvillons péri-rectaux) a été rejoint afin de préciser si l'ERV retrouvé était impliqué dans une infection.



## **4. RÉSULTATS**

### **4.1 RÉPARTITION PAR RSS DES NOUVEAUX CAS D'ERV**

Durant cette deuxième année de surveillance des nouveaux cas d'ERV, un total de 577 cas ont été déclarés. Le tableau 1 (page 15) indique la répartition des cas par région sociosanitaire (RSS). La majorité des cas se retrouvent dans les régions de Montréal et de la Mauricie-et-Centre-du-Québec avec 47,8 % et 29,8 % des cas respectivement. De plus, 42 laboratoires n'ont déclaré aucun nouveau cas d'ERV, 9 en ont déclaré entre 1 et 2, 16 entre 3 et 9, 10 entre 10 et 49 et 4, 50 ou plus. La presque totalité des cas est détectée par les épreuves de dépistage. Seulement 2,6 % (15/577) des nouveaux cas ont été détectés par l'analyse des spécimens cliniques autres que selles ou écouvillons péri-rectaux. En comparaison avec la période 2006-2007, le nombre total de cas a diminué de 30,8 % (834 vs 577). Cette diminution est particulièrement notée dans les régions sociosanitaires 04, 06 et 16, impliquant surtout 5 centres hospitaliers. On a par ailleurs noté une augmentation de 64 cas dans la région 03 attribuable à des éclosions touchant surtout 3 centres hospitaliers (annexe 2).

Parmi les 15 nouveaux patients identifiés à partir de spécimens cliniques autres que selles et écouvillons péri-rectaux, sept présentaient une infection clinique : 3 infections de plaie, 2 bactériémies, 1 arthrite septique et 1 infection urinaire pour un taux global d'infection à ERV de 1,2 %. A titre de comparaison, les données de sondage sur le nombre de bactériémies et d'infections à ERV observées entre le 1<sup>er</sup> avril 2006 et le 30 mars 2007 effectué auprès des équipes de prévention et contrôle des infections ont été utilisées. Les centres (80/81) avaient rapporté 5 bactériémies et 13 infections autres. Bien que ces périodes ne recoupent pas celles du présent rapport SPIN-ERV (septembre 2007 – août 2008), les données suggèrent qu'en parallèle avec la diminution du nombre total de cas d'ERV, le nombre d'infections cliniques a diminué tant au niveau des bactériémies (2 vs 5) que des infections autres que bactériémies (5 vs 13).

Les données de la répartition des nouveaux cas pour la période 2006-2007 sont présentées à l'annexe 3 pour faciliter la comparaison des deux années de surveillance alors que l'annexe 2 présente les données par RSS pour les deux années de surveillance.

### **4.2 RÉPARTITION MENSUELLE DES NOUVEAUX CAS D'ERV**

La figure 1 (page 16) illustre la répartition mensuelle des cas pour les deux années de surveillance. Cette répartition semble relativement stable d'un mois à l'autre, sans tendance saisonnière. Les variations sont fort probablement influencées par la survenue d'éclosions et l'ampleur du dépistage effectué par chaque CH.





## **5. ÉCLOSIONS À ERV**

### **5.1 SYSTÈME DE COMMUNICATION**

En 1996, la Direction de santé publique de Montréal (DSP) avait mis en place un système de communication afin d'aviser rapidement tous les établissements d'une éclosion à ERV dans un milieu de soins aigus pour qu'ils puissent mettre en place les mesures de PCI appropriées pour les patients ayant été hospitalisés au cours de la dernière année dans un établissement ayant observé des éclosions d'ERV. La DSP de Montréal recevait les signalements provenant des CH de la région de Montréal et des autres régions, en avisait immédiatement les établissements de la région de Montréal et communiquait l'information aux autres DSP ainsi qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) par le biais d'avis mensuels sur les bactéries multirésistantes. Depuis le 11 avril 2007, le bureau de surveillance et de vigie (BSV) du MSSS est responsable de la coordination de ce système de communication. Le fonctionnement du système est décrit en détail à l'annexe 4.

Ce système permet de déterminer le nombre d'éclosions déclarées et la durée approximative des éclosions. Le tableau de l'annexe 5 permet de constater une hausse progressive du nombre d'éclosions déclarées depuis 1996. La hausse est surtout visible depuis 2004 et a atteint un sommet de 26 éclosions déclarées en 2007. Les données de 2008, indique la présence de 19 éclosions en date du 3 novembre 2008.

### **5.2 DÉCLARATION**

Depuis 2003, les éclosions à ERV sont à déclaration obligatoire. C'est à partir de cette déclaration que les DSP des différentes régions peuvent initier une enquête et proposer une intervention auprès des CH.



## 6. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Pour une deuxième année, le taux de participation a été de 100 %. Ceci nous permet d'avoir une idée de l'importance de l'ERV dans la province. Globalement, 577 nouveaux cas d'ERV ont été rapportés en 2007-2008 comparativement à 834 en 2006-2007, ce qui constitue une baisse de 30,8 %. Il est rassurant de constater que 52 % (42/81) des laboratoires n'ont isolé aucun ERV durant cette période et que 31 % (25/81) n'ont isolé que de 1 à 9 souches au cours de l'année. L'ERV représente un problème plus important pour 17 % (14/81) des laboratoires. Ces dernières observations sont similaires à celles observées lors de la première année de surveillance. La diminution du nombre de cas d'ERV ne doit cependant pas faire perdre de vue la hausse du nombre d'éclosions déclarées. Il est possible que le nombre de cas d'ERV par éclosion soit à la baisse ou que le personnel en prévention et contrôle des infections déclare davantage les éclosions.

Au niveau géographique, l'ERV a été isolé surtout à Montréal et dans les régions limitrophes ainsi que dans la région de la Mauricie-et-Centre-du-Québec où deux centres ont identifié plus de 50 souches. L'ERV a par ailleurs été détecté dans 10 des 16 régions du Québec représentées dans la surveillance. Les CH doivent donc être préparés tant pour le dépistage en laboratoire (protocole de laboratoire, milieux sélectifs appropriés, etc.) que pour la prévention et le contrôle des infections (programme de surveillance, protocole d'intervention, etc.). Une deuxième édition du guide sur les mesures de contrôle et prévention des infections à entérocoque résistant à la vancomycine au Québec est en cours d'élaboration.

Dans le cadre de la surveillance en laboratoire de l'ERV, ce germe n'a été jusqu'à maintenant que rarement isolé à partir de spécimens cliniques autres que selles ou écouvillons péri-rectaux (2,6 % des cas : 15/577), et ne cause que très peu d'infections (1,2 % des cas : 7/577). Ces résultats sont conformes aux données de la littérature et s'expliquent en grande partie par le biais de l'échantillonnage. En effet, les dépistages pour la détection d'ERV sont majoritairement effectués sur les selles et écouvillons péri-rectaux, spécimens non associés à des infections. De plus, le pouvoir pathogène des entérocoques, dont l'ERV, est relativement faible.

En novembre 2007, un sondage a été envoyé aux laboratoires et aux services de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de soins aigus afin de connaître leurs politiques de dépistage et leurs mesures de surveillance et de contrôle de l'ERV. Les résultats de ce sondage ont été présentés aux 2<sup>es</sup> Journées en prévention des infections (JAPI) en novembre 2008 et mettent en lumière les faits saillants suivants :

- 50 % des CH analysent moins de 1 259 spécimens pour la recherche d'ERV annuellement. Pour ces centres, il n'y a donc qu'un peu plus de trois recherches d'ERV par jour en moyenne. Ce faible nombre de tests de dépistage s'explique en partie par le fait que 27 % des centres ne recherchent pas l'ERV chez les patients ayant séjourné dans leur propre établissement durant la dernière année lors des réadmissions et que 41 % des centres ne font aucune recherche d'ERV pour les patients admis en dehors des éclosions.

- Bien que plus de 40 % des centres affirment ne pas avoir de protocole ou ne pas avoir eu d'éclosion à ERV, les centres qui ont un protocole pour le contrôle de l'ERV ou qui ont eu des éclosions, adoptent en général une approche agressive pour le contrôle des éclosions qui inclus : des dépistages étendus géographiquement, fréquents (en général hebdomadaires) et faits durant une période prolongée après l'identification du dernier cas (trois semaines et plus en général). De plus, 88 % de ces centres cohortent les patients porteurs d'ERV dans une unité désignée alors que 65 % cohortent le personnel.
- Les mesures importantes prises par les centres touchés par l'ERV peuvent expliquer que seulement 4 % des centres considèrent l'ERV endémique dans leur institution. Cette faible endémicité explique probablement aussi que seulement 5 bactériémies et 13 infections aient été rapportées dans ce sondage entre les périodes 1 et 13 de l'année 2006-2007.

Comme l'an dernier, la surveillance de l'ERV comporte cependant certaines limites. La déclaration des nouveaux cas d'ERV est basée sur la surveillance en laboratoire sans complément d'information épidémiologique. Il est donc toujours impossible d'analyser les cas sur la base du lieu d'acquisition (communautaire vs nosocomial) bien qu'il soit possible de déterminer la signification clinique des souches (infection vs colonisation). De plus, plusieurs laboratoires réfèrent leurs échantillons à un laboratoire extérieur pour les tests de dépistage. Il devient donc difficile de calculer des taux d'incidence puisque, dans la forme actuelle de la surveillance, le nombre d'ERV rapporté par les laboratoires est le nombre d'ERV isolés dans ce laboratoire sans relation avec le lieu d'acquisition. Pour permettre des comparaisons géo-spatiales intra et inter-établissement, il faudra développer des instruments qui soient bien définis, bien compris, et bien respectés (revue de processus) par tous les établissements. La tâche est d'autant plus difficile que plus de 97 % des nouveaux cas sont détectés par les épreuves de dépistage et non par les spécimens cliniques généralement obtenus dans un contexte symptomatique. Le défi sera d'obtenir des numérateurs et des dénominateurs fiables (ex. : 10 000 jours-présences) et d'associer à cette densité d'incidence une mesure de la densité de dépistage. Afin d'obtenir cette information pertinente, il faudrait développer un portail de surveillance similaire à ceux déjà en place pour les autres programmes de SPIN où les nouveaux cas sont entrés à chaque période par le service de prévention des infections. Il serait alors possible de classer les établissements en fonction d'un taux d'incidence.

## CONCLUSION

Les données de ce rapport SPIN-ERV font état de 577 nouveaux cas d'ERV pour l'année de surveillance 2007-2008, ce qui représente une baisse de 31 % par rapport à l'année précédente. Cette baisse de l'incidence de l'ERV s'accompagne cependant d'une hausse du nombre d'éclosions déclarées en 2007. L'ERV est surtout observé à Montréal et ses régions limitrophes, et dans la région de la Mauricie-et-Centre-du-Québec et il est surtout détecté par les programmes de dépistage (97 % des cas). Les infections à ERV sont rares mais peuvent être sévères chez les hôtes fragiles et difficiles à traiter en raison des options thérapeutiques limitées. De plus, le potentiel réel de transfert des gènes de résistance de l'ERV vers des espèces virulentes telles le *Staphylococcus aureus* inquiète plusieurs et justifie les recommandations et efforts investis pour le contrôle de la transmission d'ERV.

## RECOMMANDATIONS

Parmi les recommandations émises l'an dernier, seule celle portant sur l'identification des cas reliés à une infection a pu être réalisée au cours de cette deuxième année de surveillance.

Afin d'améliorer le système de surveillance de l'ERV, le sous-comité SPIN-ERV reconduit les recommandations de l'année dernière et recommande au CINQ de :

- Déterminer l'origine d'acquisition des souches (nosocomiale vs communautaire);
- Valider la qualité de la surveillance en évaluant la faisabilité d'introduire une mesure de la densité de la surveillance;
- Éliminer les doublons résultant de transferts inter-hospitaliers;
- Développer un portail informatique similaire à ceux déjà en place pour les autres programmes de surveillance SPIN et qui permettrait d'obtenir un taux d'incidence de l'ERV par 10 000 jours-présence.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Le Guerrier P., Gourdeau M. et al. *Mesures de contrôle et prévention des infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec*. Collection orientations et interventions, MSSS du Québec, octobre 1998 (mise à jour 1999).
2. Létourneau J. et coll. *Éclosions à ERV à Montréal : plan d'intervention de la DSP et bilan, communication personnelle*.
3. Vigeant P. *Sondage provincial sur la prise en charge de l'ERV. 2<sup>e</sup> journée en prévention des infections*. Novembre 2008, Montréal.



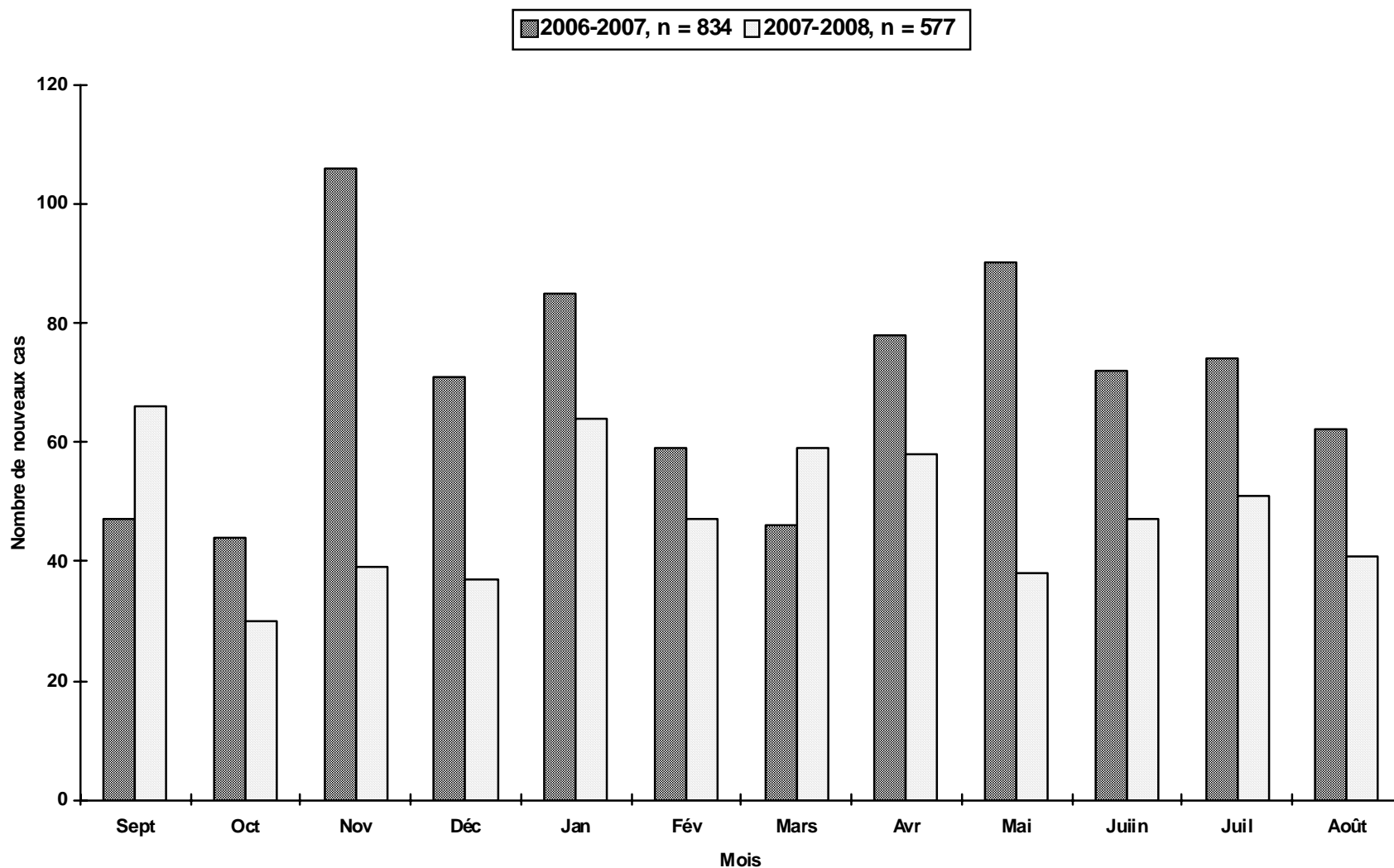


**Tableau 1 : Répartition des nouveaux cas d'ERV par RSS – septembre 2007 - août 2008**

RSS (Nombre de laboratoires (lab) participants dans chaque RSS)*	# total ERV	# spécimens cliniques	# de lab sans ERV	# de lab avec 1-2 ERV	# de lab avec 3-9 ERV	# de lab avec 10-49 ERV	# de lab avec ≥ 50 ERV
01 - Bas-St-Laurent (6)	1	0	5	1	0	0	0
02 - Saguenay–Lac Saint-Jean (5)	0	0	5	0	0	0	0
03 - Capitale-Nationale (6)	67	4	1	0	3	2	0
04 - Mauricie et Centre-du-Québec (5)	172	1	1	2	0	0	2
05 - Estrie (4)	0	0	4	0	0	0	0
06 - Montréal (18)	276	6	3	2	4	7	2
07 - Outaouais (5)	0	0	5	0	0	0	0
08 - Abitibi-Témiscamingue (4)	1	0	3	1	0	0	0
09 - Côte-Nord (2)	0	0	2	0	0	0	0
10 - Nord-du-Québec (1)	0	0	1	0	0	0	0
11 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (4)	23	1	2	0	1	1	0
12 - Chaudière-Appalaches (4)	0	0	4	0	0	0	0
13 - Laval (1)	5	0	0	0	1	0	0
14 - Lanaudière (2)	8	1	0	0	2	0	0
15 - Laurentides (5)	6	0	3	1	1	0	0
16 - Montérégie (9)	18	2	3	2	4	0	0
<b>Total (81)</b>	<b>577</b>	<b>15</b>	<b>42</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>4</b>

\* Il est à noter qu'aucun établissement des régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne rencontrait les critères pour être retenu dans le programme de surveillance des nouveaux cas d'ERV.

Figure 1 : Distribution mensuelle des nouveaux cas d'ERV – septembre 2007 - août 2008



## **ANNEXE 1**

### **PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES NOUVEAUX CAS D'ERV (FORMULAIRE)**



## PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES NOUVEAUX CAS D'ERV

SEPTEMBRE 2007

Participant : Nom du centre participant

- 1- Pour la période du mois de septembre 2007, veuillez nous indiquer le nombre total de NOUVEAUX CAS (une souche par patient à l'intérieur d'une période de 1 an) d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) isolé de tous sites et isolé dans votre centre :

Nombre total de nouveaux cas d'ERV : \_\_\_\_\_

(Considérer seulement une souche par patient par année même si un ERV est isolé de plusieurs sites ou à différentes dates)

(Considérer des espèces différentes d'ERV comme des cas séparés;

Ex. : *E. faecalis* vs *E. faecium*)

- 2- Indiquer, parmi le nombre total du #1, le site d'origine des souches :

Dépistage : \_\_\_\_\_  
(Ex. : anus ou écouvillon rectal, selles)

Spécimen clinique : \_\_\_\_\_  
(Ex. : Plaie, urine, hémoculture, etc.)

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

S'il vous plaît, veuillez retourner ces informations avant le 15 octobre 2007 à : Louise Jetté,  
Laboratoire de santé publique du Québec – Institut national de santé publique du Québec.

LSPQ 2007



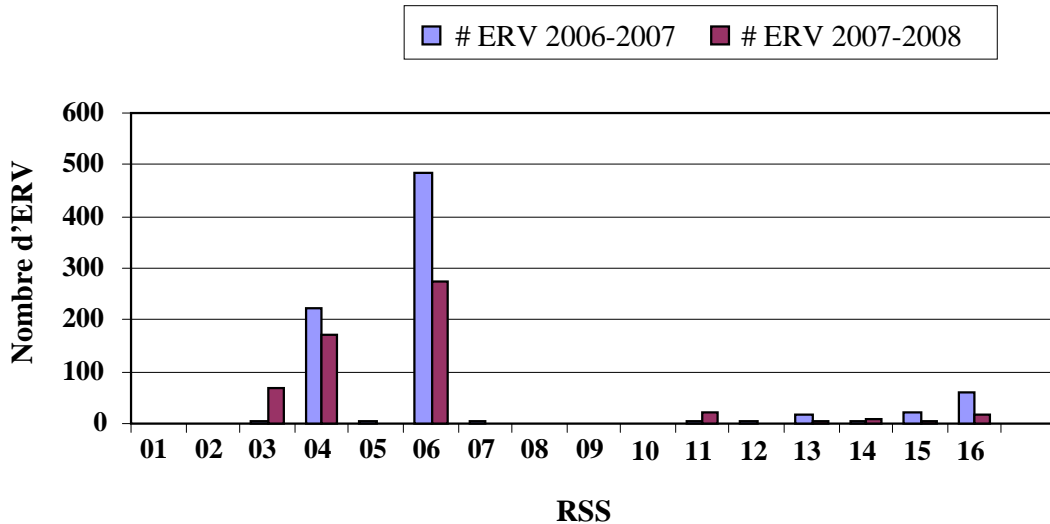
## **ANNEXE 2**

### **RÉPARTITION DES NOUVEAUX CAS D'ERV SELON LA RSS**





## RÉPARTITION DES NOUVEUX CAS D'ERV SELON LA RSS



Légende :

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 01- Bas-St-Laurent               | 09- Côte-Nord                     |
| 02- Saguenay–Lac Saint-Jean      | 10- Nord-du-Québec                |
| 03- Capitale-Nationale           | 11- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine |
| 04- Mauricie et Centre-du-Québec | 12- Chaudière-Appalaches          |
| 05- Estrie                       | 13- Laval                         |
| 06- Montréal                     | 14- Lanaudière                    |
| 07- Outaouais                    | 15- Laurentides                   |
| 08- Abitibi-Témiscamingue        | 16- Montérégie                    |



**ANNEXE 3**

**DONNÉES DE LA PÉRIODE DE SEPTEMBRE 2006 À AOÛT 2007**



## DONNÉES DE LA PÉRIODE DE SEPTEMBRE 2006 À AOÛT 2007

RSS (Nombre de laboratoires (lab) participants dans chaque RSS)*	# total ERV	# spécimens cliniques	# de lab sans ERV	# de lab avec 1-2 ERV	# de lab avec 3-9 ERV	# de lab avec 10-49 ERV	# de lab avec ≥ 50 ERV
01- Bas-St-Laurent (6)	1	1	5	1	0	0	0
02- Saguenay-Lac Saint-Jean (5)	0	0	5	0	0	0	0
03- Capitale-Nationale (6)	3	0	4	2	0	0	0
04- Mauricie-et-Centre-du-Québec (5)	224	6	3	0	0	0	2
05- Estrie (4)	5	0	3	0	1	0	0
06- Montréal (18)	485	9	2	5	2	8	1
07- Outaouais (5)	5	2	2	3	0	0	0
08- Abitibi-Témiscamingue (4)	0	0	4	0	0	0	0
09- Côte-Nord (2)	0	0	2	0	0	0	0
10- Nord-du-Québec (1)	0	0	1	0	0	0	0
11- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (4)	6	1	3	0	1	0	0
12- Chaudière-Appalaches (4)	3	0	2	2	0	0	0
13- Laval (1)	17	0	0	0	0	1	0
14- Lanaudière (2)	3	0	0	2	0	0	0
15- Laurentides (5)	22	2	2	1	1	1	0
16- Montérégie (9)	60	4	1	3	3	2	0
<b>Total (81)</b>	<b>834</b>	<b>25</b>	<b>39</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>3</b>

\* Il est à noter qu'aucun établissement des régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne rencontrait les critères pour être retenu dans le programme de surveillance des nouveaux cas d'ERV.



## **ANNEXE 4**

### **AVIS SUR LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES APPLICABLES À L'ERV**





## AVIS SUR LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES APPLICABLES À L'ERV

**Bien que les éclosions à ERV soient à déclaration obligatoire pour tous les établissements de soins, les avis de bactéries multirésistantes ne concernent que les éclosions à ERV dans les établissements de soins aigus.**

### Définition

Éclosion à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) : présence dans un même établissement de soins aigus **de deux nouveaux cas** de colonisation ou d'infection par une même souche à ERV transmise en milieu de soins.

L'hypothèse de transmission de l'ERV entre deux ou plusieurs patients doit être basée principalement sur l'enquête épidémiologique.

### Durée

Le Bureau de surveillance et de vigie sanitaire (BSV) du MSSS considère l'éclosion terminée, un mois après la date d'identification du dernier cas, mais l'établissement demeure sur la liste pour une période d'une année après la date de fin d'éclosion. Les différentes DSP envoient les données au responsable des infections nosocomiales au MSSS qui met la liste à jour dès qu'une nouvelle déclaration est acheminée et l'envoie aux acteurs du réseau.

### Distribution de l'avis : « *Déclaration d'une éclosion à ERV dans un centre hospitalier* »

Un centre hospitalier doit faire la déclaration d'une éclosion à ERV à sa direction de santé publique en utilisant le formulaire de déclaration.

La DSP doit en aviser une personne responsable au BSV du MSSS (**M<sup>me</sup> France Villeneuve**) qui doit mettre à jour l'avis concernant les bactéries multirésistantes. Cette information peut être transmise par courriel à [france.villeneuve@msss.gouv.qc.ca](mailto:france.villeneuve@msss.gouv.qc.ca).

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ No. Mado : \_\_\_\_\_

***La personne en charge du BSV du MSSS doit aviser :***

1. les coordonnateurs en maladies infectieuses de toutes les régions du Québec
2. le Laboratoire de santé publique du Québec
3. le directeur de la protection de la santé publique du Québec
4. la coordonnatrice du dossier des infections nosocomiales au MSSS  
(M<sup>me</sup> Madeleine Tremblay)

***Les coordonnateurs en maladies infectieuses au niveau régional pourraient dresser une liste des établissements de soins pour qui cette information est importante afin que soient mises en place les mesures de prévention et de contrôle. Nous suggérons que l'information soit adressée aux personnes suivantes des établissements :***

- a. la direction des soins infirmiers et les infirmières en prévention des infections ainsi que les infectiologues de leurs centres hospitaliers régionaux (CHR)
- b. la direction des soins infirmiers et les infirmières en prévention des infections dans les CHSLD
- c. la direction des soins infirmiers et les infirmières en prévention des infections dans les centres de réadaptation
- d. les membres des tables régionales de prévention des infections nosocomiales.

Chaque région devrait établir sa propre structure de communication avec les établissements qu'elle aura identifiés.

Il est important de faire en sorte que toutes les directions de santé publiques ainsi que les établissements de soins sur le territoire d'une direction de santé publique connaissent bien la mécanique de transmission de l'information.

Nonobstant cette procédure, les éclosions à ERV doivent être inscrites au fichier Éclosion.

## **ANNEXE 5**

### **ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉCLOSIONS DÉCLARÉES PAR ANNÉE**



## ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉCLOSIONS DÉCLARÉES PAR ANNÉE

