



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Recommandations

Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)
Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Avril 2014

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES DÉFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN MILIEUX D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Lise-Andrée Galarneau, microbiologiste-infectiologue,
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue,
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Renée Parée, responsable médicale des infections nosocomiales,
Direction de santé publique de Montréal

Claude Tremblay, microbiologiste-infectiologue,
Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil,
Institut national de santé publique du Québec

RÉDACTEUR

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil,
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Murielle St-Onge, agente administrative,
Institut national de santé publique du Québec

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.

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

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-71260-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ)¹

MEMBRES ACTIFS

Lise-Andrée Galarneau, présidente du comité, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Michèle Dupont, Direction de santé publique de Montréal-Centre

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Christophe Garenc, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Goulet, Centre hospitalier universitaire de Québec

Marie Gourdeau, Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus

Annie Laberge, Centre de santé et de services sociaux Drummond

Yves Longtin, Hôpital général juif

Josée Massicotte, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction régionale de santé publique de la Montérégie

Danielle Moisan, Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Renée Paré, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction régionale de santé publique de Montréal-Centre

Sylvana Perna, Hôpital général juif

Patrice Savard, Hôpital St-Luc du CHUM - Pavillon Édouard-Asselin

Pierre St-Antoine, Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Pavillon Notre-Dame

Claude Tremblay, Centre hospitalier universitaire de Québec – Pavillon Hôtel-Dieu de Québec

Jasmin Villeneuve, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/ Direction régionale de santé publique

MEMBRES D'OFFICE

Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec

Cécile Tremblay, Laboratoire de santé publique du Québec (ou représentant : Simon Lévesque)

MEMBRES DE LIAISON

Madeleine Tremblay, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Roger Savard, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

¹ Membres du comité au moment de l'approbation du présent document (Février 2014).

AVANT-PROPOS

Le présent document a été adapté à partir des documents suivants :

- *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales en soins de longue durée*, Regroupement en CHSLD de Montréal, Direction de santé publique de Montréal, 2008, mise à jour de février 2013, 23 p.
- *Définitions des infections en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*, Groupe de discussion sur la prévention et le contrôle des infections en soins de longue durée, Table régionale de prévention des infections nosocomiales de la Capitale-Nationale, 5 avril 2013, 27 p.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	1
1.1	Contexte pour la réalisation du document	1
1.2	Objectif du document	2
2	NOTIONS PRÉLIMINAIRES.....	3
3	INFECTIONS RESPIRATOIRES	5
3.1	Syndrome d'allure grippale.....	5
3.2	Grippe.....	5
3.3	Pneumonie avec radiographie.....	6
3.4	Infection des voies respiratoires inférieures – Absence de confirmation de pneumonie (ex : bronchite, trachéobronchite)	7
4	INFECTIONS URINAIRES.....	9
4.1	Infection urinaire (sans cathéter).....	9
4.2	Infection urinaire sur cathéter vésical (sonde) à demeure ou moins de 2 jours après le retrait du cathéter vésical ou sur cathéter vésical intermittent	10
5	INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS.....	11
5.1	Infection de plaie non chirurgicale, cellulite	11
5.2	Infestation parasitaire – Gale	12
5.3	Infestation parasitaire ³ – Pédiculose	12
6	INFECTIONS DU TRACTUS GASTRO-INTESTINAL	13
6.1	Gastro-entérite	13
6.2	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>	14
7	AUTRES INFECTIONS.....	15
7.1	Conjonctivite	15
7.2	Bactériémie.....	15
	RÉFÉRENCES.....	17

1 INTRODUCTION

L'élément central d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales est la surveillance (MSSS, 2006). Cette notion s'applique autant pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée que pour tous les autres milieux de soins au Québec.

La surveillance des infections nosocomiales doit être un processus de collecte et d'évaluation des données, réalisé de façon systématique et organisée, afin de produire des données pertinentes, valables et comparables, permettant d'informer les personnes qui ont besoin d'en prendre connaissance (Last, 2004; MSSS, 2006; Astagneau et Ancell, 2011). Ces personnes sont souvent les acteurs des milieux de soins qui sont à même de prendre des décisions pour l'action et l'intervention. L'information générée par la surveillance devient donc essentielle à leur travail.

Afin que les données de la surveillance soient pertinentes, valables et comparables, il est essentiel d'adopter des définitions uniformes des infections surveillées (MSSS, 2006). Ainsi, les acteurs concernés peuvent avoir une compréhension commune de ce qui est surveillé. Ces données peuvent permettre de reconnaître une situation inhabituelle ou à risque plus rapidement (Paré *et al.* 2013) et chaque milieu de soins peut se comparer avec d'autres centres similaires, dans sa région ou ailleurs. Cela permet également d'établir l'épidémiologie locale de chaque infection surveillée.

Au cours des dernières années, certaines initiatives régionales ont permis de développer des définitions communes de surveillance. Regroupées dans un document, ces définitions ont permis d'outiller les professionnels en prévention des infections œuvrant dans les milieux de longue durée. Ainsi, en 2013, deux régions ont diffusé un tel document ou effectué une mise à jour d'un document existant. Il s'agit respectivement de la Capitale-Nationale (Boissonneault *et al.* 2013) et de Montréal (Paré *et al.* 2013).

1.1 CONTEXTE POUR LA RÉALISATION DU DOCUMENT

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a retenu la surveillance des infections nosocomiales en milieux d'hébergement et de soins de longue durée comme étant une activité de prévention, tel que mentionné dans son plan d'action 2010-2015 à l'action 5 (MSSS, 2011).

Dans un premier temps, la surveillance des éclosions a été retenue comme étant l'activité minimale et prioritaire à privilégier, puisque les éclosions doivent mener à la mise en place rapide de mesures de contrôle de la transmission. Différents outils ont déjà été publiés pour aider les établissements dans leur surveillance des éclosions.

En plus des éclosions, une surveillance de base des infections est également en place dans de nombreux milieux de soins de longue durée dans la province. Toutefois, en l'absence d'outils communs, cette surveillance a souvent été développée et adaptée par chacun des milieux, si bien qu'il existe actuellement une absence d'uniformité entre les activités réalisées dans les différents établissements d'hébergement et de soins de longue durée.

Dans ce contexte, le MSSS a demandé au Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), de réviser les documents existants et de proposer un document unique, pour l'ensemble des milieux de soins de longue durée de la province.

Le présent document vient donc répondre à cette demande. Il est le fruit de l'adaptation des documents préparés par les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale déjà mentionnés, et révisés en fonction de la littérature à jour.

1.2 OBJECTIF DU DOCUMENT

L'objectif principal du présent document est d'uniformiser les définitions pour la surveillance des infections nosocomiales en milieux d'hébergement et de soins de longue durée de la province. Ces définitions ont été développées spécifiquement dans un but de surveillance et non pas pour servir au diagnostic médical ou de décision thérapeutique.

Elles ne sont pas non plus à utiliser pour décider ou non de l'application des mesures de prévention des infections. Il faut toujours se rappeler que l'application rapide des mesures de prévention et contrôle des infections est essentielle pour optimiser la prise en charge et prévenir la transmission des agents pathogènes en milieux de soins.

Il est à noter que le but de ce document n'est pas de définir l'ensemble de toutes les infections pouvant survenir dans un milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Il a été décidé de ne retenir que les infections qui sont transmissibles ou pour lesquelles les activités de surveillance peuvent permettre l'application de mesures préventives et de contrôle.

Selon Droz, Sax et Pittet (1999), les infections nosocomiales en centres de soins de longue durée peuvent être regroupées en quatre grandes catégories : les infections respiratoires, les infections urinaires, les infections de la peau et des tissus mous et les infections du tractus gastro-intestinal. Les infections retenues dans ce document sont donc présentées en tenant compte de ces quatre catégories.

2 NOTIONS PRÉLIMINAIRES

La nécessité de développer des définitions de surveillance des infections nosocomiales, spécifiquement pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, découle de la constatation que la présentation des infections ou des syndromes chez la clientèle de ces milieux, majoritairement gériatrique, est souvent atypique (Stone *et al.* 2012). Il devient donc nécessaire, au départ, de standardiser la terminologie utilisée dans les définitions présentées, afin de tenir compte des caractéristiques propres à cette clientèle et de rendre les définitions applicables dans ces milieux.

Dans ce document, les notes présentées en bas de page sont des commentaires éditoriaux visant à faciliter l'interprétation du texte.

Les notions ci-dessous sont des critères qui font partie de plusieurs des définitions présentées. Elles sont regroupées ici pour que leurs caractéristiques soient communes, et éviter une répétition qui alourdirait la présentation de chacune des définitions. Elles sont adaptées à partir des critères présentés par Stone *et al.* (2012).

Fièvre

La fièvre chez la clientèle gériatrique se définit par l'un ou l'autre des critères suivants :

1. Prise de température orale unique > 37,8 °C (100 °F);
ou
2. Prise de température orale répétée > 37,2 °C (99 °F) ou rectale > 37,5 °C (99,5 °F);
ou
3. Prise de température unique (orale, tympanique, axillaire ou rectale) > 1,1 °C (2 °F) supérieure à la température basale du résident (prise précédemment par la même voie).

Leucocytose

L'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1. Neutrophilie (> 14 000 leucocytes/mm³);
ou
2. Déviation à gauche² (présence de stabs ou augmentation > 6 % stabs ou ≥ 1 500 stabs/mm³).

² La déviation à gauche (en anglais « left shift ») correspond à l'augmentation des granulocytes non segmentés (formes jeunes).

Détérioration de l'état cognitif

Tous les critères présentés ci-dessous doivent être présents :

Critères		Caractéristiques
Apparition brusque		Changement aigu dans l'état mental du résident en référence avec son état mental habituel
Fluctuation		Comportement fluctuant
Inattention		Difficultés pour le résident de maintenir son attention
L'un ou l'autre	Désorganisation de la pensée	Les pensées du résident sont incohérentes
	Altération du niveau de conscience	Le niveau de conscience du résident est différent de son état habituel

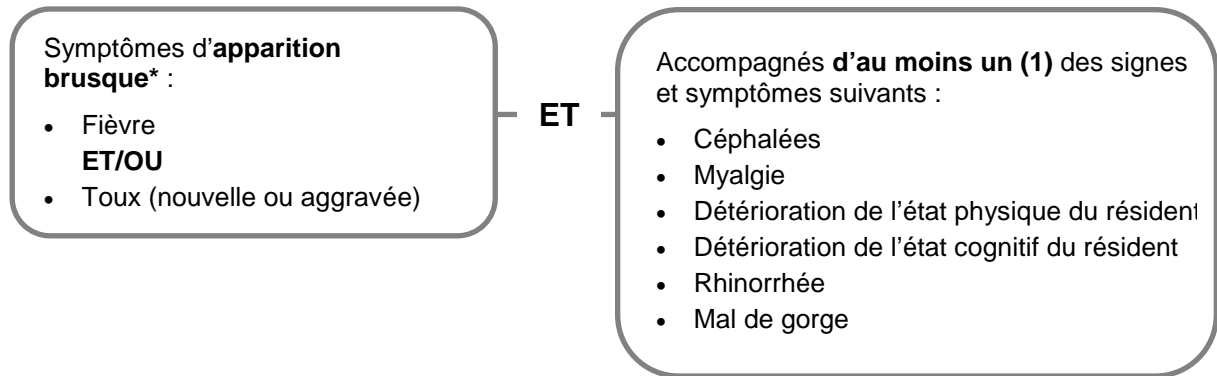
Détérioration de l'état physique

Une augmentation de 3 points au score total des activités de la vie quotidienne (AVQ) en référence avec l'état habituel du résident, dénote une détérioration de l'état physique du résident.

AVQ	1 Indépendance (Le résident est totalement autonome même s'il prend plus de temps à effectuer une tâche)	2 Supervision (La présence d'une personne est nécessaire pour réaliser la tâche mais elle n'a aucun contact physique avec le résident)	3 Assistance partielle (Une personne doit être en contact physique avec le résident pour réaliser partiellement la tâche)	4 Assistance totale (Une personne doit être en contact physique avec le résident pour réaliser la totalité de la tâche)	Total pour l'AVQ
Se mouvoir dans le lit					
Effectuer des transferts					
Se mouvoir					
Se vêtir et se dévêtir					
Utiliser la toilette					
Effectuer son hygiène personnelle					
Boire et manger					
Score total =					/28

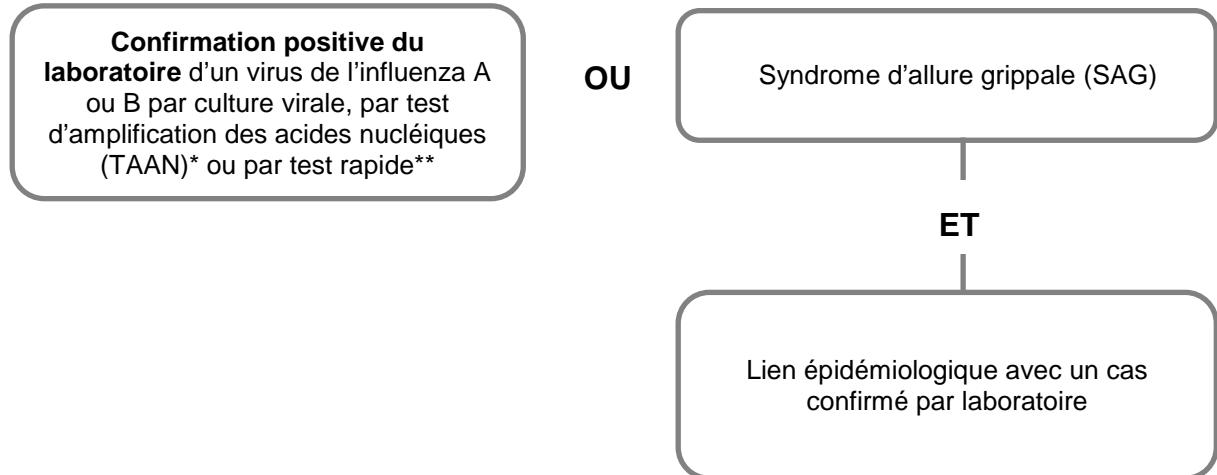
3 INFECTIONS RESPIRATOIRES

3.1 SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE



* La présentation peut être atypique et la fièvre absente, en particulier chez les personnes âgées. De plus, la toux peut être tardive. En dehors de la période épidémique de circulation des virus respiratoires, il est prudent d'être plus spécifique et de s'assurer que les 2 critères sont présents, tandis qu'en période épidémique la présence de l'un ou l'autre critère peut être suffisante.

3.2 GRIPPE



* Dans une éclosion, au moins un des résultats positifs doit être un TAAN.

** En dehors de la saison grippale annuelle, la sensibilité et la spécificité des tests rapides sont moindres. Leur utilisation ne devrait être recommandée que si les autres tests ne sont pas disponibles.

3.3 PNEUMONIE AVEC RADIOGRAPHIE

Présence des **trois (3)** conditions suivantes

Présence **d'au moins un (1)** des signes et symptômes suivants :

- Toux nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel du résident
- Expectorations nouvelles ou augmentées par rapport à l'état habituel du résident
- Saturation O₂ < 94 % à l'air ambiant ou diminution > 3 % du niveau de base
- Anomalie nouvelle ou modifiée à l'examen physique pulmonaire
- Tachypnée (> 25/min) nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel du résident
- Douleur à l'inspiration (douleur pleurale)

ET

Présence **d'au moins un (1)** des critères suivants :

- Fièvre
- Leucocytose
- Détérioration de l'état physique du résident
- Détérioration de l'état cognitif du résident

ET

Confirmation radiologique démontrant la présence d'une pneumonie ou d'un nouvel infiltrat

3.4 INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES – ABSENCE DE CONFIRMATION DE PNEUMONIE (EX : BRONCHITE, TRACHÉOBRONCHITE)

Présence des **trois (3)** conditions suivante

Présence **d'au moins un (1)** des signes et symptômes suivants :

- Toux nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel du résident
- Expectorations nouvelles ou augmentées par rapport à l'état habituel du résident
- Saturation O₂ < 94 % à l'air ambiant ou diminution > 3 % du niveau de base
- Anomalie nouvelle ou modifiée à l'examen physique pulmonaire
- Tachypnée (> 25/min) nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel du résident
- Douleur à l'inspiration (douleur pleurale)

ET

Présence **d'au moins un (1)** des critères suivants :

- Fièvre
- Leucocytose
- Détérioration de l'état physique du résident
- Détérioration de l'état cognitif du résident

ET

Présence **d'au moins un (1)** des critères suivants :

- Absence de radiographie
- Résultat de radiographie négative à confirmer la présence d'une pneumonie ou d'un nouvel infiltrat.

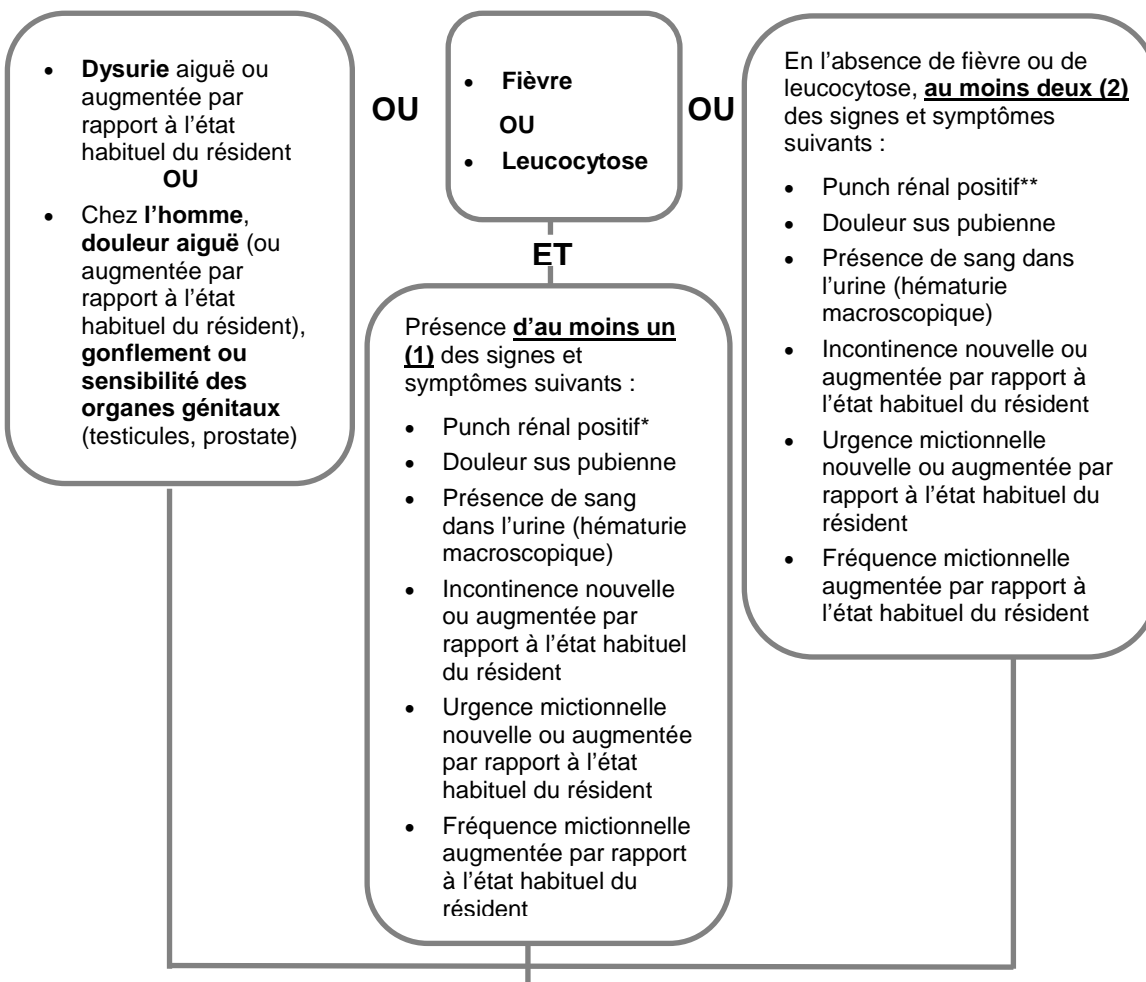
ET

Confirmation par un **examen clinique du médecin**

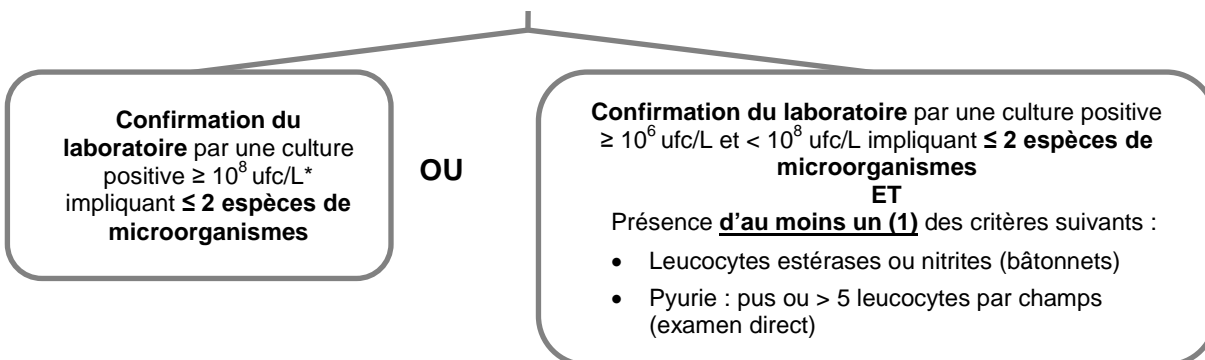
4 INFECTIONS URINAIRES

4.1 INFECTION URINAIRE (SANS CATHÉTER)

Présence **d'une des trois (3)** conditions suivantes



ET Présence **d'une des deux (2)** conditions suivantes



* ufc = unité formant colonie.

** Douleur ou sensibilité à l'angle costo-vertébral.

4.2 INFECTION URINAIRE SUR CATHÉTER VÉSICAL (SONDE) À DEMEURE OU MOINS DE 2 JOURS APRÈS LE RETRAIT DU CATHÉTER VÉSICAL OU SUR CATHÉTER VÉSICAL INTERMITTENT

Présence **d'une des quatre (4)** conditions suivantes

Fièvre ou **frissons** ou **hypotension**, sans autre cause connue

OU

Douleur ou sensibilité sus pubienne nouvelle ou augmentée par rapport à l'état habituel du résident

OU
punch rénal positif**

OU

Détérioration de l'**état physique** ou de l'**état cognitif** du résident, sans autre cause connue

ET
leucocytose

OU

Écoulement purulent autour du cathéter (si présent)
OU chez l'homme, **douleur aiguë** (ou augmentée par rapport à l'état habituel du résident),
gonflement ou sensibilité des organes génitaux (testicules, prostate)

ET

Confirmation du laboratoire par une culture positive $\geq 10^8$ ufc/L
pour ≤ 2 uropathogènes

ufc = unité formant colonie.

* La sonde urinaire doit être présente depuis au moins 2 jours.

** Douleur ou sensibilité à l'angle costo-vertébral.

5 INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

5.1 INFECTION DE PLAIE NON CHIRURGICALE, CELLULITE

Présence **d'au moins quatre (4)** des signes et symptômes suivants

Signes et symptômes :

- Fièvre ou détérioration de l'état cognitif ou détérioration de l'état physique ou leucocytose
- Chaleur localisée
- Rougeur localisée
- Oedème
- Douleur ou sensibilité
- Écoulement purulent

OU

Présence **d'au moins deux (2)** des signes et symptômes suivants

Signes et symptômes :

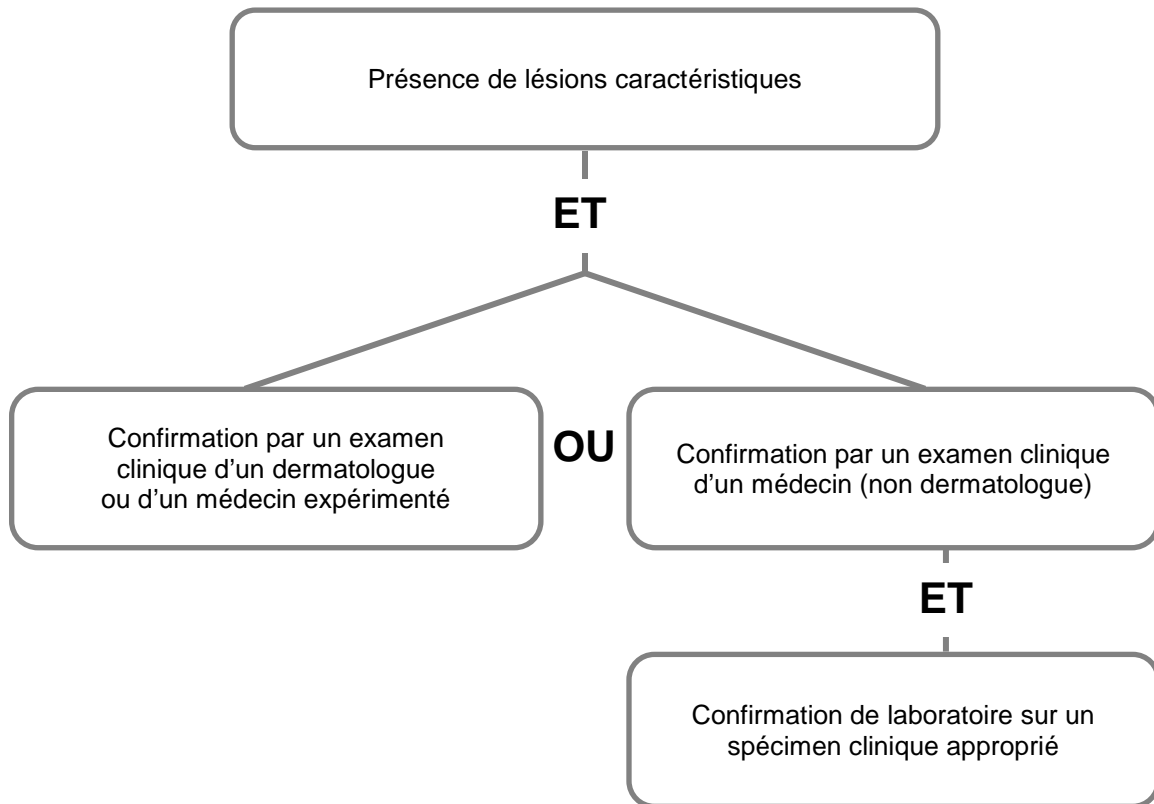
- Fièvre ou détérioration de l'état cognitif ou détérioration de l'état physique ou leucocytose
- Chaleur localisée
- Rougeur localisée
- Oedème
- Douleur ou sensibilité
- Écoulement purulent

ET

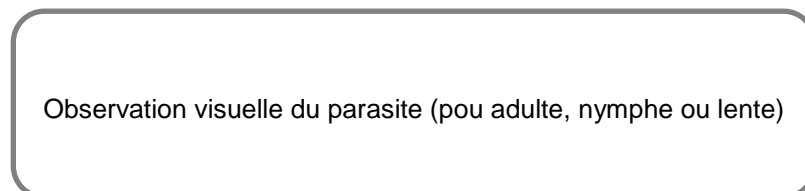
Culture positive*

* Le résultat de la culture doit être jugé significatif selon l'évaluation faite par le médecin.

5.2 INFESTATION PARASITAIRE³ – GALE



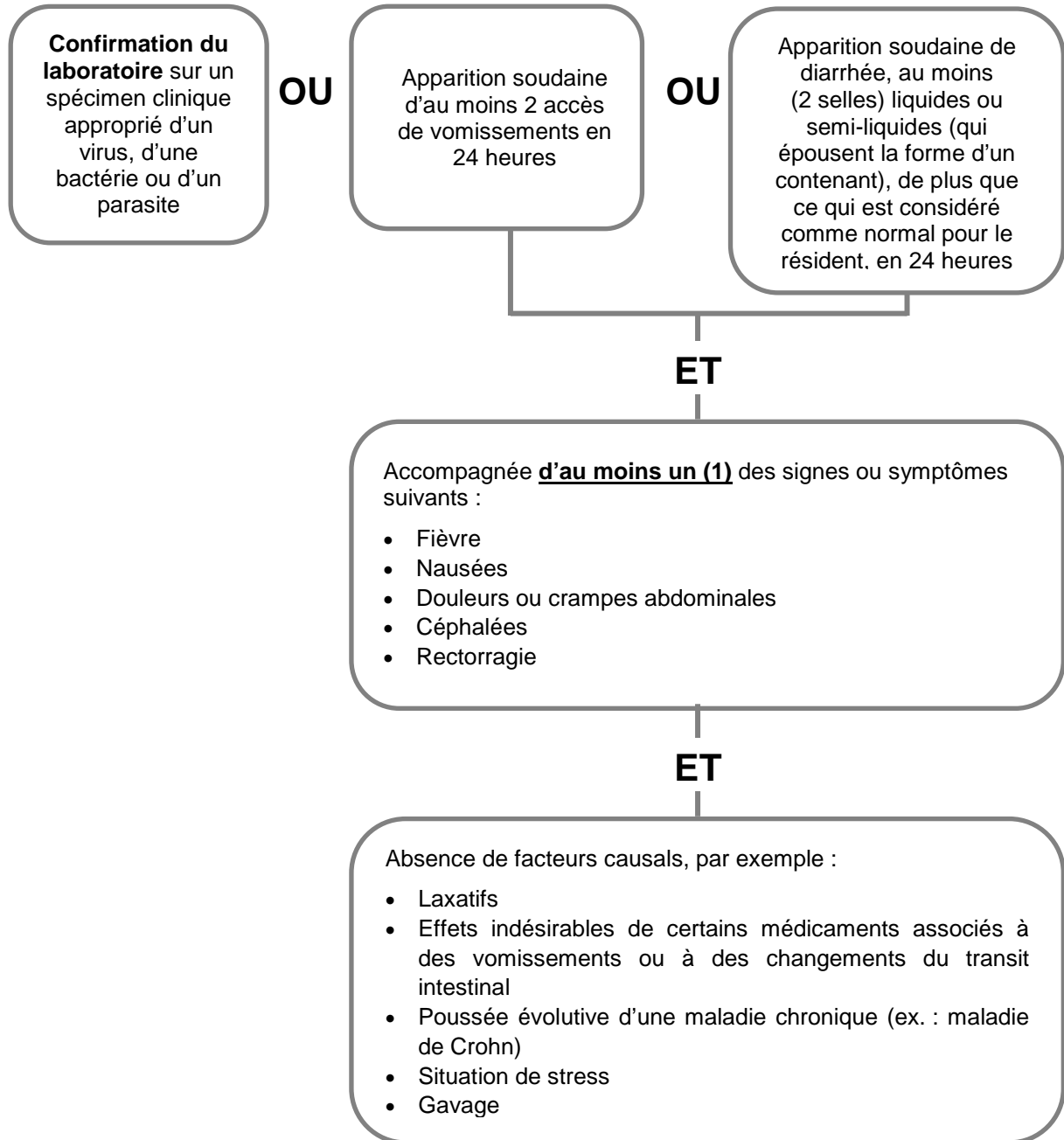
5.3 INFESTATION PARASITAIRE³ – PÉDICULOSE



³ Ces définitions s'appliquent uniquement pour un cas sporadique et non dans un contexte d'éclosion.

6 INFECTIONS DU TRACTUS GASTRO-INTESTINAL

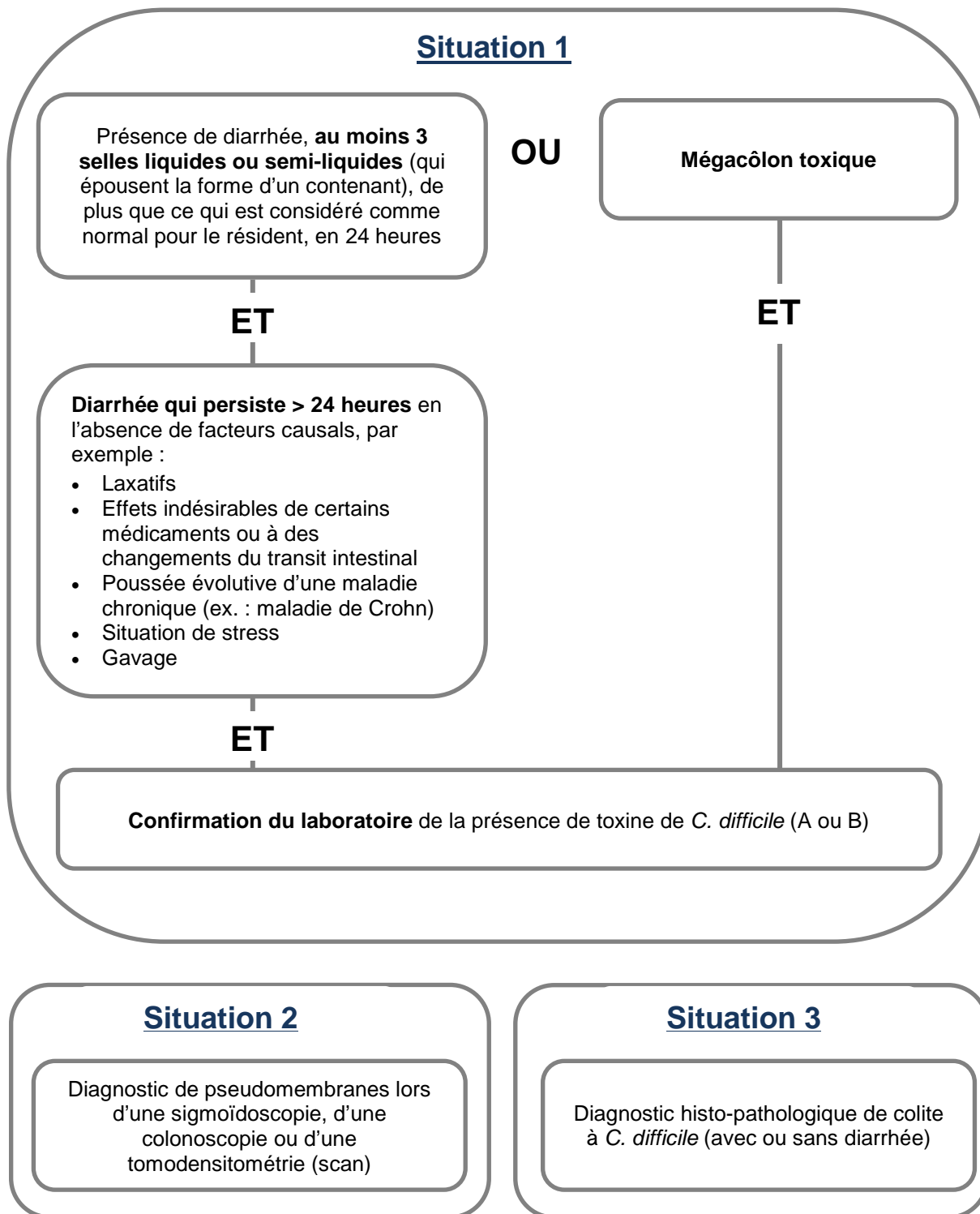
6.1 GASTRO-ENTÉRITE⁴



⁴ Cette définition s'applique uniquement pour un cas sporadique et non dans un contexte d'éclosion.

6.2 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Correspondre à l'une des trois situations suivantes



7 AUTRES INFECTIONS

7.1 CONJONCTIVITE

Présence **d'au moins un (1)** des signes et symptômes suivants :

- Présence d'écoulement (pus ou larmoiement) dans 1 ou 2 yeux depuis ≥ 24 heures, augmenté par rapport à l'état habituel du résident
- Apparition d'une nouvelle rougeur conjonctivale avec ou sans prurit
- Douleur ou sensibilité conjonctivale depuis ≥ 24 heures

ET

Confirmation par un examen
clinique du médecin

7.2 BACTÉRIÉMIE

Si une surveillance des bactériémies est mise en place dans un milieu d'hébergement et de soins de longue durée, les définitions à utiliser sont celles qui existent dans le programme de surveillance des bactériémies de la Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN).

RÉFÉRENCES

Astagneau, P. et T. Ancell, *Surveillance épidémiologique – Principes, méthodes et applications en santé publique*, Médecine Sciences Publications, Paris, 2011, 360 p.

Boissonneault, K. *et al.* *Définitions des infections en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*, Groupe de discussion sur la prévention et le contrôle des infections en soins de longue durée, Table régionale de prévention des infections nosocomiales de la Capitale-Nationale, 5 avril 2013, 27 p.

Droz, M., H. Sax et D. Pittet, *Contrôle de l'infection dans les établissements de long séjour*, Swiss-Noso, 1999, 6 (4).

LAST, J.M., *Dictionnaire d'épidémiologie*, Edisem Maloine, 2004, 306 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 107 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Prévention et contrôle des infections nosocomiales – Plan d'action 2010-2015*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 74 p.

Paré, R. *et al.* *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales en soins de longue durée*, Regroupement en CHSLD de Montréal, Direction de santé publique de Montréal, 2008, mise à jour de février 2013, 23 p.

Stone, N.D. *et al.* *Surveillance Definitions on Infections in Long-Term care Facilities : revisiting the McGeer Criteria*, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 33, no. 10, octobre 2012, p. 965-977.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

