



Surveillance provinciale des bactériémies à *Staphylococcus aureus* au Québec

SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Surveillance provinciale des bactériémies à *Staphylococcus aureus* au Québec

PROTOCOLE

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Mai 2019

Institut national
de santé publique

Québec 

AUTEUR PRINCIPAL

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales SPIN-BAC-SA

AUTEURS VERSION RÉVISÉE

Natasha Parisien, conseillère scientifique

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue, présidente SPIN

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Christophe Garenc, conseiller scientifique spécialisé

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Mirabelle Kelly, microbiologiste-infectiologue, présidente de SPIN-BAC-SA

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHU de Sherbrooke, Hôpital de Granby

COLLABORATEURS

Fanny Beaulieu, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections

Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

François Marsan, conseiller en soins infirmiers

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe infections nosocomiales

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

AUTEURS PREMIÈRE VERSION (2006)

Charles Frenette, Caroline Quach, Marie Gourdeau, Claude Tremblay, Thérèse Bigras, Rodica Gilca, Danielle Moisan, Lucy Montes, Dorothy Moore, Isabelle Rocher

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.

Mises à jour et nouveautés

À noter que le protocole de 2019 a été revu dans son ensemble et uniquement les changements importants ont été inscrits dans cette section.

Chapitre	Section	Sujets – changements – nouveautés
		La punaise représente des précisions et exemples
5	5.2.1	Origine présumée d'acquisition est remplacée par catégorie d'attribution

Table des matières

1	Contexte	1
2	Objectifs	3
3	Installations participantes	5
4	Définitions	7
4.1	Bactériémie à <i>S. aureus</i>	7
4.2	Bactériémie nosocomiale	8
4.3	Bactériémie non-nosocomiale ou acquises ailleurs	9
4.4	Autres définitions	9
5	Déclaration des données	11
5.1	Modes de déclaration	11
5.2	Déclaration périodique cas par cas des bactériémies nosocomiales.....	11
5.3	Déclaration périodique agrégée des bactériémies à <i>S. aureus</i> non nosocomiales ou acquises ailleurs	11
5.3.1	Catégorie d'attribution	11
6	Organisation de la surveillance	15
7	Transmission des données et échéancier	17
8	Analyse des données	19
9	Diffusion des résultats	21
10	Soutien	23
11	Références	25
Annexe 1	Délais requis pour l'acquisition nosocomiale	27
Annexe 2	Algorithme de catégorie d'attribution des BAC-SA	33
Annexe 3	Formulaire de déclaration des BAC-SA	37
Annexe 4	Fiche d'aide à la saisie des BAC-SA	41
Annexe 5	Fiche d'aide à la saisie des souches de SARM	45

1 Contexte

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), en collaboration avec l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ) pour la mise en place d'un système de surveillance actif et continu d'infections nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

En janvier 2006, débute la surveillance de laboratoire des bactériémies à *Staphylococcus aureus* effectuée par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et devient en 2007, un programme obligatoire de surveillance provinciale (SPIN-BAC-SA) permettant ainsi de recueillir des renseignements sur l'origine des bactériémies. Le groupe de travail SPIN-BAC-SA, sous la gouverne du comité SPIN central de l'INSPQ, a le mandat d'élaborer, de maintenir, d'analyser et d'émettre les recommandations pour cette surveillance.

Depuis les années 90, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) est reconnu comme un agent pathogène nosocomial important dans les établissements de santé du Québec. La propagation rapide de cette souche résistante et les taux élevés de morbidité et de mortalité lui étant associés présentaient un défi de taille aux équipes de prévention et contrôle des infections nosocomiales, aux travailleurs de la santé et aux responsables de santé publique.

En plus de déterminer le nombre de bactériémies à *S. aureus* et de caractériser leur profil de résistance à la méthicilline, le programme permet de documenter leur origine présumée d'acquisition de manière à distinguer les bactériémies d'origine nosocomiale de celles non nosocomiales. De plus, la détermination du site infectieux d'origine des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* permet de documenter la distribution des différents foyers primaires les plus fréquents à l'origine des bactériémies à *S. aureus* sensible à la méthicilline (SASM) et à SARM.

Les bactériémies représentent une faible proportion de toutes les infections à SARM, mais leur surveillance nous permet de refléter l'efficacité des mesures de prévention et contrôle du SARM appliquées dans les installations. La surveillance provinciale est un bon moyen de connaître l'évolution des bactériémies à *S. aureus* dans la population et dans les installations du Québec. Elle permet surtout aux centres participants de suivre l'évolution de leurs taux d'incidence d'une année à l'autre, mais également de se comparer au regroupement d'installations ayant les mêmes caractéristiques.

2 Objectifs

Objectifs généraux

- Consolider le réseau de surveillance provinciale des infections nosocomiales en offrant une variété de surveillances pertinentes pour chaque installation.
- Fournir aux installations un outil méthodologique commun pour surveiller leur taux et leur apporter des éléments de comparaison avec d'autres installations ayant des caractéristiques comparables.

Objectifs spécifiques

- Documenter le taux d'incidence des bactériémies à SARM nosocomiales, les foyers d'origine, les unités géographiques et l'évolution temporelle selon différents critères.
- Déterminer la catégorie d'attribution nosocomiale ou non nosocomiale de toutes les bactériémies à *S. aureus*.
- Déterminer le pourcentage de SARM parmi toutes les bactériémies à *S. aureus*.
- Documenter le pourcentage de SARM parmi les bactériémies nosocomiales à *S. aureus*.
- Identifier les installations ayant une augmentation du taux d'incidence.
- Suivre l'évolution temporelle et la diffusion géographique des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales afin d'identifier précocement une augmentation à l'échelle locale, régionale et nationale.
- Déterminer la diversité des souches de SARM isolées en précisant la répartition géographique.

Documenter les foyers à l'origine de la bactériémie, les complications et le pourcentage de sensibilité à l'oxacilline selon le type épidémique des souches de SARM isolées.

3 Installations participantes

Certaines installations offrant des soins généraux et spécialisés de courte durée, universitaires ou non ont l'obligation de participer à la surveillance, tel que spécifié dans la colonne « inclusions » du tableau ci-joint et de saisir les données dans le portail du système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN). Une installation est dite « universitaire » si elle a obtenu cette désignation par le MSSS (Loi sur la santé et les services sociaux, articles 88 à 91).

La surveillance vise l'entité « installation » qui répond aux critères ci-haut et non pas son « établissement » puisque ce dernier peut regrouper un ensemble d'installations visées ou non par la surveillance.

Programme de surveillance	Inclusions	Précisions
Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ET ▪ Avoir plus de 1 000 admissions en soins de courte durée par année (excluant les unités complètes enregistrées en soins de longue durée, psychiatrie, pouponnière et les lits d'hôtellerie). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'unité de surveillance est l'installation.

4 Définitions

4.1 Bactériémie à *S. aureus*

Un cas de bactériémie doit correspondre à la définition et à au moins un des deux critères suivants afin d'être retenu comme un cas pour ce programme de surveillance :

Présence de bactéries dans le sang chez un usager symptomatique :

- Fièvre > 38 °C rectal ou
- Frissons ou
- Hypotension ou
- Hypothermie, apnée ou bradycardie chez l'enfant de < 12 mois.

ET UN DES DEUX CRITÈRES SUIVANTS

1

Une hémoculture  positive à *S. aureus* 

ET

Absence d'infection à un autre site (bactériémie primaire)

OU

2

Une hémoculture positive à un *S. aureus* 

ET

Infection à un autre site avec culture positive au même germe ou germe habituellement retrouvé dans ce site d'infection (bactériémie secondaire)



Précisions pour les hémocultures

Hémoculture : Une hémoculture désigne un set d'hémoculture soit deux bouteilles d'un seul prélèvement. En pédiatrie, une seule bouteille peut être prélevée pour des raisons de volume. Une hémoculture positive désigne donc au moins une bouteille positive dans le set d'hémoculture.

4.2 Bactériémie nosocomiale

	Inclusions : 1a, 1b et 1c	Exclusions
Cas admis en courte durée (1a, 1b ou 1c)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bactériémie à partir du jour 3 de l'admission (le jour 1 est le jour de l'admission) : 1a ▪ Bactériémie le jour même ou le lendemain du congé : 1b ▪ Bactériémie au jour 1 ou 2 de l'admission si reliée en ambulatoire (voir case ci-dessous) : 1c 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bactériémie secondaire à un site d'infection déjà présent à l'admission ▪ Bactériémie chez les usagers admis en soins prolongés, psychiatrie ou pouponnière de l'installation ▪ Bactériémie aux jours 1 ou 2 reliée à une autre installation : ▪ Installation déclarante : aviser le service de prévention et contrôle des infections ▪ Installation non déclarante : exclusion
Cas ambulatoire (1c)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bactériémie reliée à l'hémodialyse chronique de l'hôpital ou d'un centre de jour ▪ Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire incluant ceux en chirurgie d'un jour ▪ Bactériémie reliée à un cathéter intravasculaire central ▪ Bactériémie reliée à une procédure 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bactériémie acquise en ambulatoire qui ne correspond pas aux quatre inclusions en ambulatoire ▪ Bactériémie suite à une hémodialyse aiguë, dialyse à domicile ou péritonéale



Précisions pour les inclusions et exclusions

Une infection survenant à un site ayant déjà fait l'objet d'une déclaration doit être déclarée à nouveau s'il s'agit d'un nouvel épisode non relié à la première infection.

Exemples

- Un usager hospitalisé a une bactériémie à *S. aureus* secondaire à une pneumonie. Il est traité avec des antibiotiques. La pneumonie est guérie : l'usager n'a plus de symptôme infectieux et un rayon X pulmonaire est normal. Un mois plus tard, l'usager est toujours hospitalisé et présente une seconde bactériémie à *S. aureus* secondaire à une autre pneumonie. Considérant que l'usager ne présentait plus de signe d'infection de bactériémie et de pneumonie, cette seconde bactériémie est considérée comme un nouvel épisode et doit être déclarée à nouveau.
- Un cas est admis pour diminution de l'état général avec rétention urinaire. Au jour 2 de l'admission, une culture d'urine revient positive. Au jour 3, des hémocultures sont réalisées et sortent positives au même germe que la culture d'urine. Cette bactériémie n'est pas à déclarer puisque l'infection est présente ou en incubation à l'admission.
- Un usager recevant des transfusions en ambulatoire par un cathéter veineux central revient avec une bactériémie à *S. aureus*. C'est sa troisième bactériémie dans la dernière année. Chaque fois, il reçoit un traitement antibiotique, est suivi en ambulatoire et guérit de son infection. Chaque bactériémie est à déclarer, car elle représente une nouvelle infection.

4.3 Bactériémies non nosocomiales ou acquises ailleurs

Les bactériémies à *S. aureus* non nosocomiales ou acquises ailleurs sont les bactériémies survenant dans une unité non incluse dans la surveillance des bactériémies nosocomiales.

	Inclusions	Exclusions
Non nosocomiales ou acquises ailleurs	Bactériémie à <i>S. aureus</i> reliée à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unité de soins de longue durée (cat. 1d) ▪ Séjour dans une autre installation non déclarante (cat. 2) ▪ Origine communautaire (cat. 3) ▪ Inconnue (cat. 4) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute bactériémie nosocomiale incluse dans la surveillance cas par cas (cat. 1a, 1b et 1c)

4.4 Autres définitions

	Définitions
Souches de SARM	<p>Inclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Souche de <i>S. aureus</i> est résistante à la méthicilline si : <ul style="list-style-type: none"> ▪ La concentration minimale inhibitrice (CMI) pour l'oxacilline est ≥ 32 mg/L ou; ▪ La CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et confirmée par technique d'amplification génique que la souche possède le gène mecA ou; ▪ La CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et confirmée par méthode d'agglutination au latex que la souche fabrique un produit du gène mec A soit la protéine PBP2a ou PBP 2' ou; ▪ Une zone d'inhibition de < 20 mm sur gélose Mueller-Hinton en présence d'un disque de céfoxitine de 30 μg ou; ▪ La présence de croissance est observée sur une gélose de dépistage chromogénique ou une gélose Mueller-Hinton additionnée de 4 % de NaCl et de 6 mg/L d'oxacilline et une autre des 4 conditions précédentes.  <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Souche de <i>S. aureus</i> ne répondant pas à aucun critère d'inclusion.
Types de prélèvement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémoculture

5 Déclaration des données

5.1 Modes de déclaration

Il s'agit d'un programme basé sur une surveillance active et prospective des bactériémies.

Pour chaque installation :

- Déclaration cas par cas des bactériémies nosocomiales à SASM ou SARM : voir protocole de déclaration des bactériémies nosocomiales au Québec;
- Déclaration agrégée des bactériémies à *Staphylococcus* acquises ailleurs.

5.2 Déclaration périodique cas par cas des bactériémies nosocomiales

La déclaration des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* des catégories 1a, 1b et 1c est effectuée, cas par cas via la programme de surveillance des bactériémies panhospitalières (SPIN-BACTOT). Voir le protocole de Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales pour plus d'informations.

5.3 Déclaration périodique agrégée des bactériémies à *S. aureus* non nosocomiales ou acquises ailleurs

Cette section se rapporte à toutes les bactériémies à *S. aureus* non nosocomiales ou acquises ailleurs que les catégories incluses dans la surveillance des bactériémies panhospitalières de l'installation déclarante. La déclaration des données est réalisée par catégorie d'attribution et par SASM ou SARM.

5.3.1 CATÉGORIE D'ATTRIBUTION

La **priorisation de catégorisation des cas doit se faire selon le risque le plus important**, c'est-à-dire que le risque est plus important en soins aigus qu'en longue durée ou en communautaire ou bien lors d'une hospitalisation qu'en soins ambulatoires.

Le **jour 1** correspond toujours à la journée de l'admission sur une unité de soins de courte durée, peu importe l'heure d'admission.

Pour aider à la catégorisation des cas, des outils sont offerts :

- Délai requis pour l'acquisition nosocomiale (annexe 1);
- Algorithme de catégorie d'attribution des BAC-SA (annexe 2);
- Formulaire de déclaration des BAC-SA (annexe 3).

	Catégories d'attribution		Type de déclaration
Bactériémies nosocomiales	1a	Hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	Déclaration cas par cas : se référer au protocole de surveillance des bactériémies nosocomiales au Québec
	1b	Hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	
	1c	Soins ambulatoires dans l'installation déclarante	
Bactériémies non nosocomiales ou acquises ailleurs	1d	Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante	Déclaration périodique agrégée des bactériémies à <i>S. aureus</i> non nosocomiales ou acquises ailleurs
	2	Autre installation non déclarante	
	3	Communautaire	
	4	Inconnue	

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

Catégorie 1d : Reliée à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante		
Transfert de l'unité de soins de longue durée	OU	Séjour dans l'unité de soins de longue durée
ET		ET
Bactériémie à SASM ou SARM trouvée : <ul style="list-style-type: none"> ■ À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU ■ À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission 		Bactériémie à SASM ou SARM trouvée : <ul style="list-style-type: none"> ■ À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 3 de l'arrivée sur l'unité de soins de longue durée OU ■ Le jour même ou le lendemain du congé de l'unité de soins de longue durée

Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante

C'est l'unité de soins de longue durée qui est dans la même installation (bâtisse) que les autres unités de soins de courte durée.

Catégorie 2 : Reliée à une installation non déclarante	
Épisode de soins antérieur dans une installation non déclarante :	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Infection le jour même ou le lendemain du congé de l'installation non déclarante OU ■ Infection de site opératoire : jusqu'à 30 à 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée dans une installation non déclarante OU ■ Infection suite à une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée dans une installation non déclarante 	
ET	
Bactériémie à SASM ou SARM trouvée : <ul style="list-style-type: none"> ■ À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU ■ À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU ■ En externe 	

Inclusions installation non déclarante

- CHSLD
- Résidence privée pour personnes en perte d'autonomie
- Centre de réadaptation
- Centre de soins de courte durée du Québec ne répondant pas aux critères au point 3
- Centre de soins de courte durée à l'extérieur du Québec

Catégorie 3 : Origine communautaire
Non reliée à une hospitalisation antérieure de la catégorie 1b (du protocole de surveillance des bactériémies nosocomiales) ou 2
ET
Non reliée aux services ambulatoires de la catégorie 1c (du protocole de surveillance des bactériémies nosocomiales)
ET
Bactériémie à SASM ou SARM trouvée: <ul style="list-style-type: none"> ■ À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU ■ À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU ■ En externe

 **Cas communautaire**

Exemple : Un usager est admis et au jour 1 de l'admission, son hémoculture revient positive à *S. aureus*. Il a été hospitalisé il y a 1 mois mais n'a subi aucune chirurgie ni procédure. Le cas doit être déclaré comme une bactériémie d'origine communautaire (catégorie 3) puisque son hospitalisation antérieure ne correspond pas à la catégorie 1b ni la catégorie 2.

Saisie SI-SPIN

À noter que le nombre de cas de bactériémie à SARM chez des porteurs connus de SARM sera à noter dans le formulaire de déclaration.

Catégorie 4 : Origine inconnue 
Ne répond à aucune autre catégorie

 **Origine inconnue**

- Cette catégorie devrait être utilisée exceptionnellement. Contacter le soutien SI-SPIN (voir section 10) pour vous aider dans la catégorisation.

6 Organisation de la surveillance

Il est nécessaire de rechercher activement les bactériémies au sein de l'installation. Plusieurs méthodes sont possiblement nécessaires pour bien identifier le cas, sa catégorie d'attribution ainsi que les complications.

Définition et catégorisation de cas

- Révision des dossiers
- Évaluation de l'usager
- Lien avec le laboratoire de microbiologie
- Lien avec le service de prévention et contrôle des infections d'autres installations

Lien avec les autres installations

Il est possible que vous deviez contacter une autre installation parmi les installations déclarantes afin que celle-ci déclare un cas (voir sections 5.2.1, catégorie d'attribution dans les précisions pour les catégories 1b et 2).

Il est important de ne pas déclarer en double un cas dans deux installations déclarantes. Ces cas devront être rapportés à l'installation d'origine et déclarés par l'installation d'origine.

Outils de collecte de données

- Formulaire de déclaration des cas : annexe 3.

7 Transmission des données et échéancier

Plusieurs données sont obligatoires dans le programme de surveillance. Des délais de transmission de données sont à respecter. Des relances seront faites aux retardataires selon un calendrier établi.

	Bactériémies : <i>S. aureus</i> et SARM acquis ailleurs	Souches
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet déclaration périodique : Déclaration périodique des bactériémies à <i>S. aureus</i> /SARM acquis ailleurs	Onglet infection : Inscription d'une infection
Fiche d'aide à la saisie dans SI-SPIN	Voir annexe 4	Voir annexe 5
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps	Saisie en tout temps pendant la période de surveillance des souches
Échéancier de validation	Complétée et validée maximum 30 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré	Complétée maximum 60 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré (30 jours après le diagnostic plus 30 jours pour la saisie des complications et la transmission des données) ET Validée dans l'onglet déclaration périodique : Confirmation de saisie complétée par période

8 Analyse des données

Les activités de surveillance seront revues par le comité SPIN-SARM qui aura la responsabilité de planifier la surveillance, revoir périodiquement les résultats, faire les ajustements nécessaires au système et proposer la production de rapports pour les installations participantes, le Cinq, le SPIN central, les directions régionales de santé publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Outre les données décrites ci-dessous, d'autres analyses sont effectuées sur l'ensemble des données et incluses dans les résultats annuels de surveillance.

L'historique complet des mises à jour et nouveautés pour l'analyse et l'interprétation des données se retrouve dans la fiche des indicateurs disponible à l'Infocentre.

Méthodologie épidémiologique

- Les taux d'incidence estimés sont présentés avec des intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) calculés en approximation normale du logarithme népérien (ln) du taux en question.
- Pour la comparaison des taux d'incidence, un test Z de la différence du logarithme népérien des taux est utilisé.

Données

SPIN-BAC-SA

- Le taux d'incidence des bactériémies à SARM d'origine nosocomiale est exprimé sous forme de densité d'incidence par 10 000 jours-présence :

$$\frac{\text{Taux d'incidence des bactériémies à SARM} = \text{Nombre de bactériémies à SARM (catégories 1a et 1b) au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de jours – présence au cours de la même période}} \times 10\,000$$

9 Diffusion des résultats

La diffusion des résultats est réalisée sous différents formats et il est fortement suggéré que les données de surveillance soient discutées dans les tables régionales et dans les comités stratégiques de prévention et contrôle des infections selon l'organisation régionale.

- Le portail SI-SPIN permet en outre au MSSS, à l'INSPQ, à chaque région et à chaque installation d'extraire et de valider les données brutes.

Le portail de l'Infocentre de santé publique permet au MSSS, à l'INSPQ, à chaque région et à chaque installation de produire en tout temps des analyses automatisées présentées sous forme de tableaux et figures. Il leur permet ainsi d'obtenir des résultats et des comparatifs à l'adresse <https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>. Les analyses permettant la production des rapports de surveillance de l'INSPQ ainsi que les résultats de surveillance de l'Infocentre sont décrites dans une fiche : *Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales (SI-SPIN)* disponible à l'Infocentre.

Formats	Lieu de dépôt	Délais de dépôt
Résultats périodiques	Portail SI-SPIN Infocentre	Périodiquement
Résultats annuels de surveillance	Portail SI-SPIN Site Web INSPQ	Annuellement : en juillet suivant la fin de l'année financière
Faits saillants, discussions et recommandations	Site Web INSPQ	Annuellement : en décembre suivant la fin de l'année financière
Publications scientifiques	Diverses revues scientifiques	Ad hoc

10 Soutien

Pour toutes questions en lien avec les programmes de surveillance, vous pouvez contacter :

Soutien SI-SPIN

- Téléphone : (514) 864-5196
- Courriel : Soutien.SI-SPIN@inspq.qc.ca

Références

1. Surveillance provinciale des infections nosocomiales. Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus. Institut national de santé publique du Québec, avril 2019.
2. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). January 2019: CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific types of Infections. http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf
3. Fortin A, Fortin E, Garenc C, Équipe de production des requêtes des indicateurs sur la surveillance des infections nosocomiales à l'Infocentre de santé publique. Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales (Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales – SI-SPIN). 2012, 9 pages.
4. Dudeck MA, Horan TC, Peterson KD, Allen-Bridson K, Morrell G, Anttila A, Pollock DA, Edwards JR. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2011, device-associated module. *Am J Infect Control* 2013;41:286-300.
5. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). January 2019 CDC/NHSN Protocole Clarifications : Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Event. http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf
6. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). January 2019 Catheter associated urinary tract infection (CAUTI) event : www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7pscclauticurrent.pdf
7. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). December 2013 Surgical Site Infection (SSI) event : www.cdc.gov/nhsn/acute-care-hospital/ssi/
8. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). February 2018 Dialysis event protocol : www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/8pscDialysisEventcurrent.pdf
9. Dahan M, O'Donnell S, Hebert J, Gonzales M, Lee B, Chandran U, Woolsey S, Excoredo S, Chinnery H, Quach C. CLABSI Risk Factors in the NICU: Potential for Prevention – A PICNIC Study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2016 37; 1446-52

Annexe 1

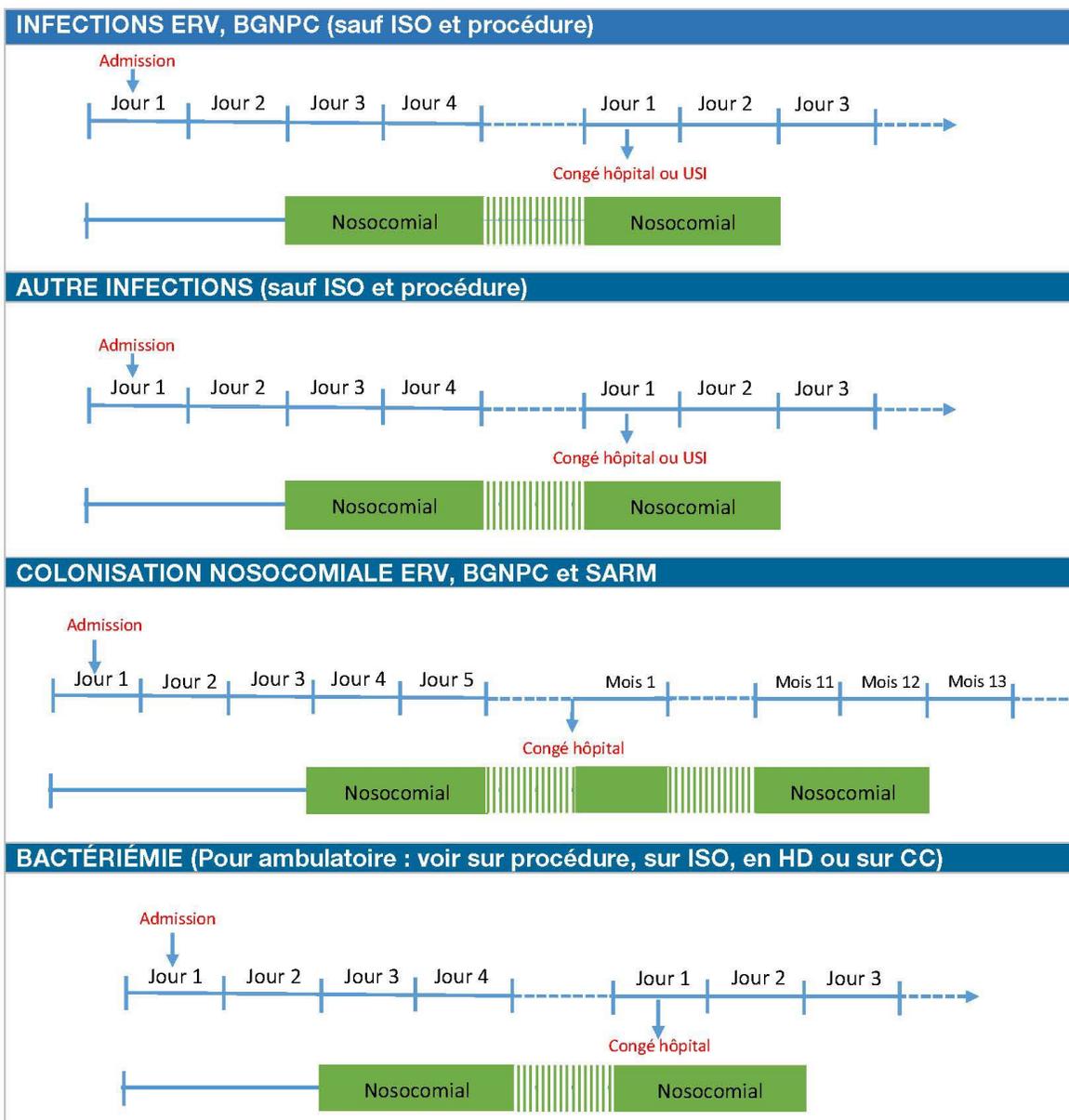
Délais requis pour l'acquisition nosocomiale

Tableau des délais requis pour l'acquisition nosocomiale

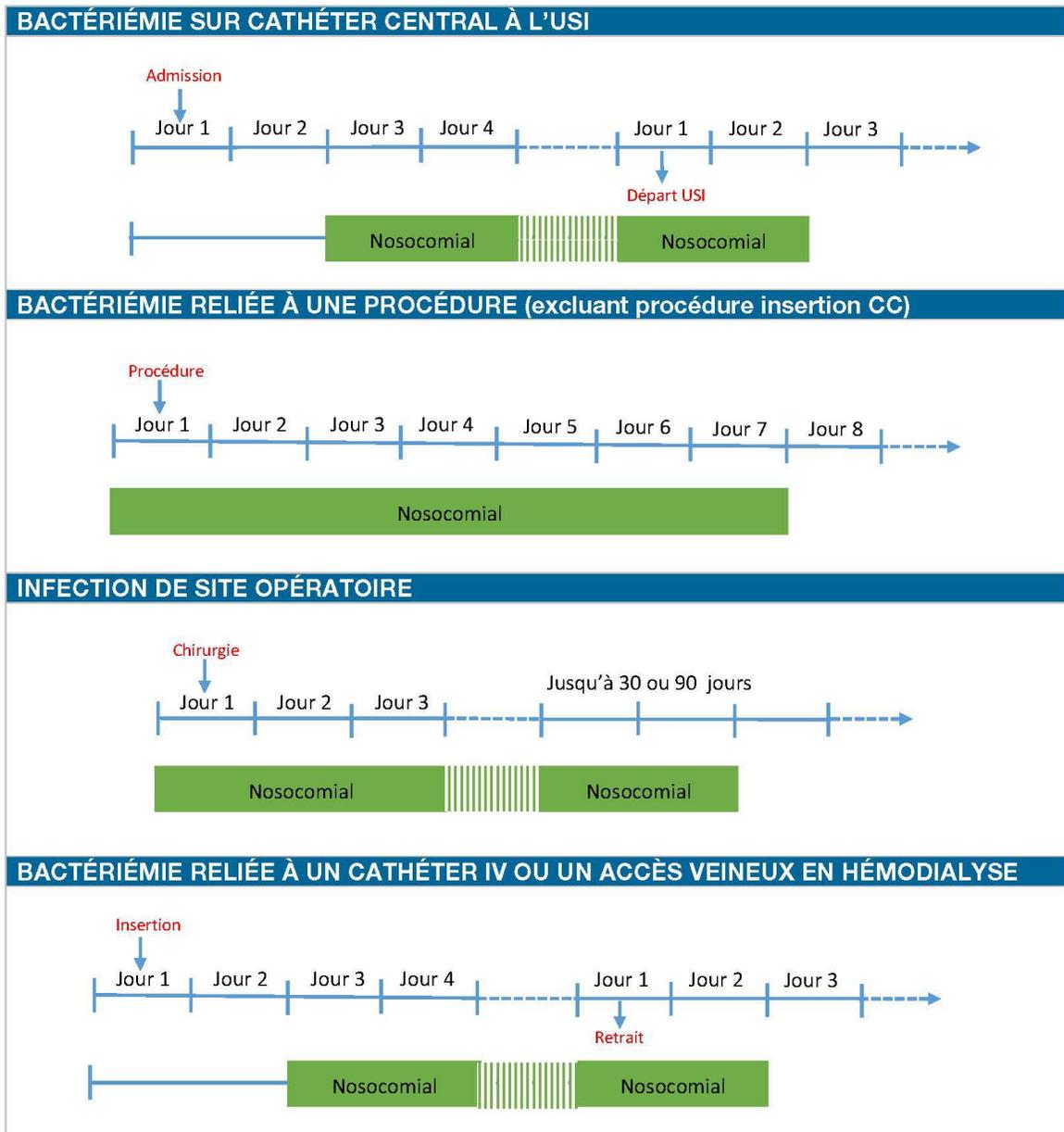
Infection ou colonisation nosocomiale	Délai requis pour acquisition nosocomiale		
	Après l'admission (admission = J1)	Après le congé de l'hôpital ou de l'USI	En ambulatoire
DACD	<ul style="list-style-type: none"> À partir du jour 4 de l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> 4 semaines après le congé 	<ul style="list-style-type: none"> Soins en ambulatoire (inclusions) dans les 4 dernières semaines Séjour urgence 3 jours avant le diagnostic
Infection ERV, BGNPC	<ul style="list-style-type: none"> À partir du jour 3 de l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> Jour même ou lendemain du congé 	<ul style="list-style-type: none"> ISO : jusqu'à 30 ou 90 jours post-opératoire (selon la chirurgie) Infection suite à une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure
Autres infections (sauf ISO et reliées à une procédure)	<ul style="list-style-type: none"> À partir du jour 3 de l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> Jour même ou lendemain du congé 	Excluses de la surveillance
Colonisation ERV, BGNPC et SARM	<ul style="list-style-type: none"> À partir du jour 4 de l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> 1 an après le congé 	<ul style="list-style-type: none"> Soins en ambulatoire (inclusions) dans les 12 derniers mois Séjour urgence 3 jours avant prélèvement
Bactériémie	<ul style="list-style-type: none"> À partir du jour 3 de l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> Jour même ou lendemain du congé 	Voir détails plus bas : <ul style="list-style-type: none"> Infection de site opératoire Procédures Cathéter central Hémodialyse
Bactériémie sur cathéter central acquise à l'USI	<ul style="list-style-type: none"> Si admis directement USI : à partir du jour 3 de l'admission Si transfert d'une autre unité à l'USI : à partir du lendemain du transfert 	<ul style="list-style-type: none"> Jour même ou lendemain du départ de l'USI 	Non applicable
Bactériémie reliée à une procédure	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 7 jours après la procédure (excluant la procédure d'insertion d'un cathéter central, voir plus bas) 		
Infection de site opératoire (ISO)	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 30 ou 90 jours après la chirurgie (selon la chirurgie) 		
	Après l'insertion (insertion = J1)	Après le retrait	En ambulatoire
Bactériémie reliée à un cathéter iv ou une voie d'accès en hémodialyse	<ul style="list-style-type: none"> À partir du jour 3 de l'insertion 	<ul style="list-style-type: none"> Jour même ou lendemain du retrait 	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'au lendemain du retrait
Bactériémie reliée à la procédure d'insertion du cathéter central	<ul style="list-style-type: none"> Jour 1 ou 2 de l'insertion 	<ul style="list-style-type: none"> Jour 1 ou 2 de l'insertion 	<ul style="list-style-type: none"> Jour 1 ou 2 de l'insertion

Mise à jour 21 mai 2019

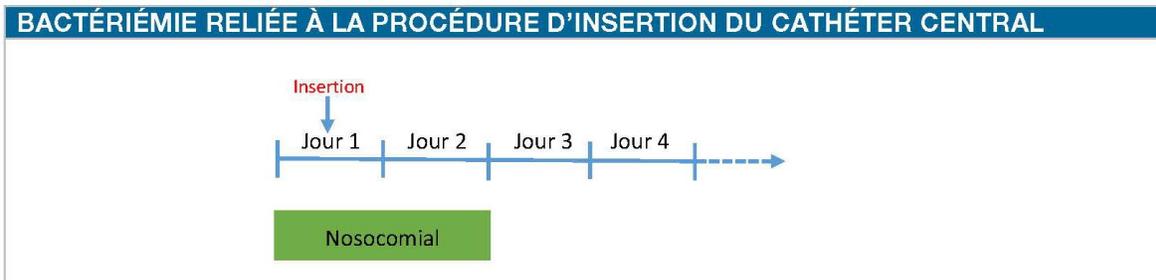
Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



Annexe 2

Algorithme de catégorie d'attribution des BAC-SA

À venir

Annexe 3

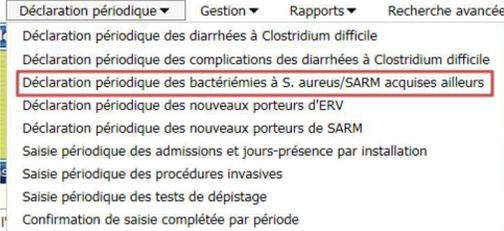
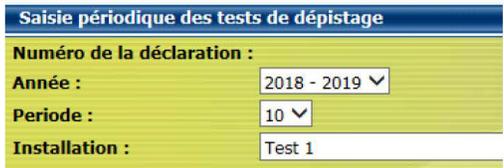
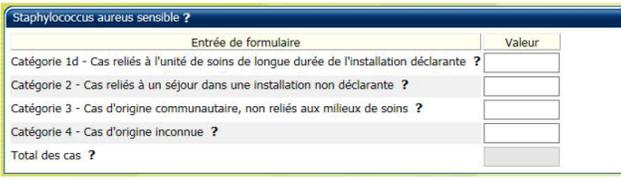
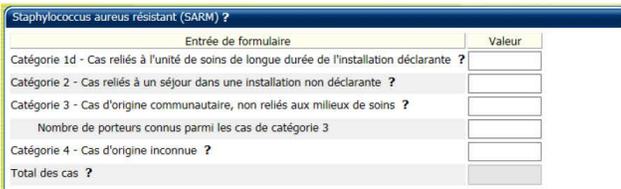
Formulaire de déclaration des BAC-SA

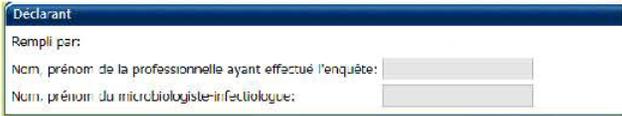
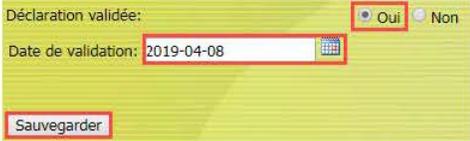
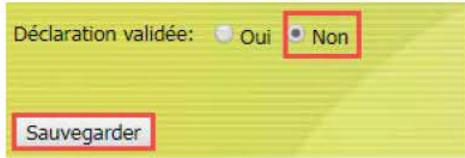
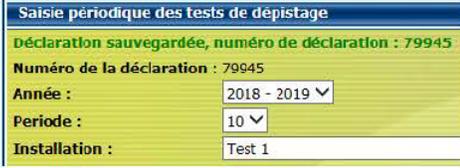
À venir

Annexe 4

Fiche d'aide à la saisie des BAC-SA

Fiche d'aide à la saisie

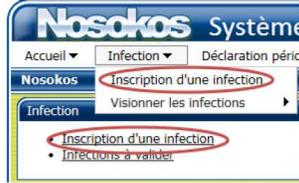
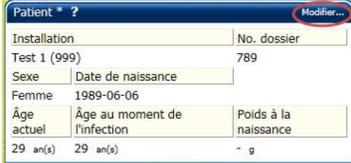
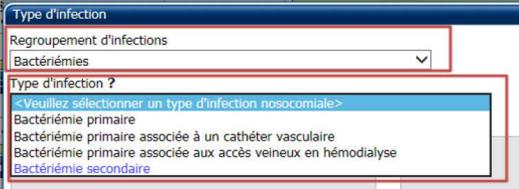
Déclaration agrégée des bactériémies à <i>Staphylococcus</i> acquises ailleurs	
	<p>Pour la déclaration des bactériémies nosocomiales à SASM ou SARM, voir le protocole de surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales.</p> <p>Il est important de remplir tous les champs. Si une donnée ne s'applique pas, inscrivez la valeur 0 (zéro) dans le champ.</p>
Étape 1 – Déclaration périodique	
<p>Sélectionnez «Déclaration périodique des bactériémies à <i>S. aureus</i>/SARM acquises ailleurs» dans le menu « Déclaration périodique ».</p>	
Étape 2 – Année / période / installation	
<p>Assurez-vous de bien choisir l'année, la période et l'installation pour saisir vos données.</p>	
Étape 3 – Nombre de cas par catégorie d'attribution - SASM	
<p>Inscrivez dans les 4 premières cases le nombre de cas de « <i>Staphylococcus aureus</i> sensible » (SASM) selon la catégorie d'attribution.</p> <p>Le nombre total des cas est calculé par le système.</p>	 <p> Référez-vous au protocole de surveillance provinciale des bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i>, section 5.2.1 pour la définition de chaque catégorie.</p>
Étape 4 – Nombre de cas par catégorie d'attribution - SARM	
<p>Inscrivez dans les 5 premières cases le nombre de cas de « <i>Staphylococcus aureus</i> résistant (SARM) », selon la catégorie d'attribution.</p> <p>Le nombre total des cas est calculé par le système.</p>	 <p> Référez-vous au protocole de surveillance provinciale des bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i>, section 5.2.1 pour la définition de chaque catégorie.</p>

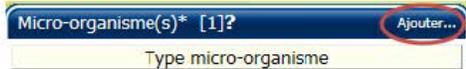
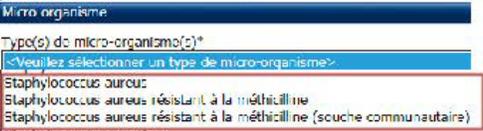
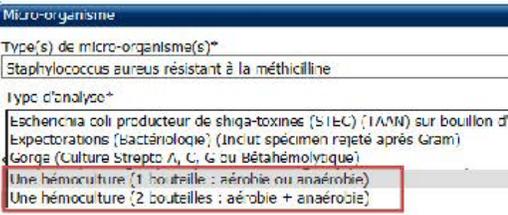
Étape 5	
Inscrivez le nom de la professionnelle ayant effectué l'enquête et le nom du microbiologiste-infectiologue. (Optionnel)	
Si votre saisie est complétée, cliquez « Oui » à « Déclaration validée », inscrivez la date et cliquez le bouton « Sauvegarder ».	
Si vous n'avez qu'une partie des données et désirez compléter plus tard, cliquez sur « Non » et cliquez le bouton « Sauvegarder ».	
Dans les deux situations le système vous indique un numéro de déclaration.	
Vous pouvez modifier la déclaration en la sélectionnant et en cliquant le bouton « Modifier » à droite au bas de la page.	

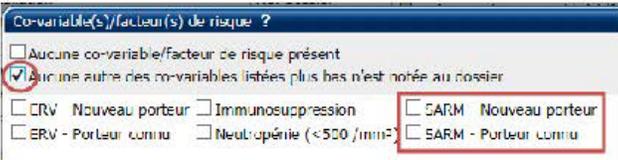
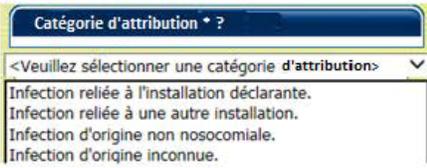
Annexe 5

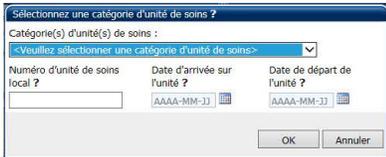
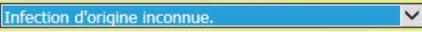
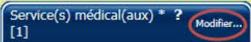
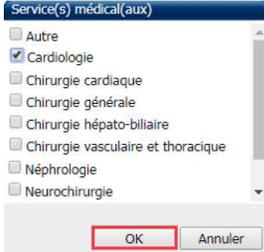
Fiche d'aide à la saisie des souches de SARM

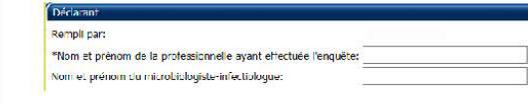
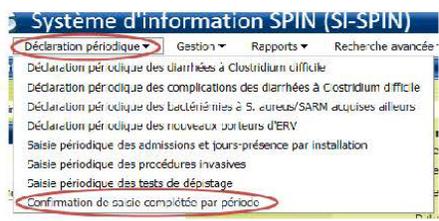
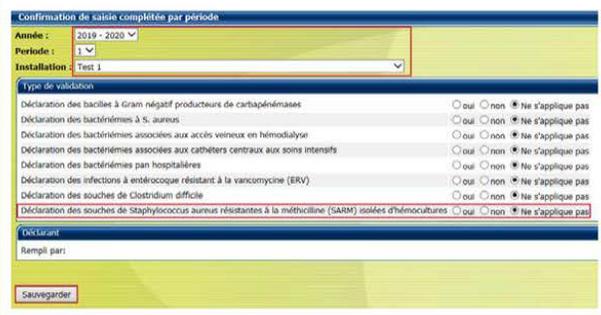
Fiche d'aide à la saisie

Surveillance des souches de <i>Staphylocoque aureus</i> résistant à la méthicilline isolées d'hémoculture 2019	
<p>Cette saisie de données doit être faite dans SI-SPIN pour tous les <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline isolées d'hémoculture, toutes catégories confondues, à compter du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 (P1 à P13 2019-2020).</p>	
Étape 1 – Inscription d'une infection	
<p>Cliquez « Inscription d'une infection » dans la page d'accueil ou dans le menu déroulant.</p>	
Étape 2 – Identification de l'utilisateur	
<p>Remplissez les informations dans la boîte « Patient » en cliquant sur « Modifier ».</p>	 <p>⚠ Le poids à la naissance est obligatoire si l'utilisateur est hospitalisé aux soins intensifs –néonatalogie.</p>
Étape 3 – Type d'infection	
<p>Cliquez « Modifier ».</p>	
<p>Sélectionnez « Bactériémies » dans la section « Regroupement d'infections ».</p> <p>Sélectionnez le type de bactériémie dans la section « Type d'infection ».</p>	

Étape 4 – Micro-organisme(s)	
<p>Cliquez sur « Ajouter ».</p>	
<p>Sélectionnez le type de micro-organisme «<i>Staphylococcus aureus</i>», «<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline » ou «<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (souche communautaire)».</p>	 <p>⚠ Pour le choix « <i>Staphylococcus aureus</i> », vous devez compléter l'antibiogramme obligatoire.</p>
<p>Sélectionnez le type d'analyse fait par votre laboratoire.</p>	
<p>Inscrivez la date du prélèvement.</p>	<p>Date de prélèvement* 2018-11-26</p>
<p>Cochez la case « Envoi du spécimen au LSPQ », le numéro de requête LSPQ et le numéro de requête local doivent être inscrit.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Envoi du spécimen au LSPQ</p> <p>Número de requête - LSPQ : A480000</p> <p>Número de requête - local : 222222</p> <p>⚠ Il est essentiel d'inscrire ces numéros pour permettre le couplage des données saisies dans SI-SPIN et les résultats d'analyses des souches réalisées par le LSPQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le « Numéro de requête – LSPQ » est obligatoire. Vous devez vous procurer ce numéro auprès de votre laboratoire local. Le « Numéro de requête-local » est obligatoire, il s'agit du numéro de requête de votre laboratoire local. Vous devez vous procurer ce numéro auprès de votre laboratoire local.
<p>Cliquez «Ajouter» pour inscrire l'antibiogramme.</p>	
<p>Sélectionnez les tests de réactions aux antibiotiques.</p>	

<p> Cliquez le bouton « OK ».</p>	
<p> Cliquez le bouton « OK » de la boîte « Micro-organisme ».</p>	
<p>Étape 5 – Co-variable(s) / facteur(s) de risque</p>	
<p> Cliquez sur « Modifier ».</p>	
<p> Sélectionnez un des deux facteurs de risque obligatoire qui s'appliquent dans le menu. Cochez la case « Aucune autre des co-variables listées plus bas n'est notée au dossier » pour compléter la saisie.</p>	
<p> Cliquez le bouton « OK ».</p>	
<p>Étape 6 – Dates</p>	
<p> Inscrivez la date de diagnostic. Elle correspond à la date de prélèvement.</p>	<p>Date de diagnostic * ? AAAA-MM-JJ </p> <p> Vous ne pouvez pas inscrire une date de diagnostic qui précède la date de naissance ou qui dépasse la date du jour ou qui dépasse la date de décès.</p>
<p> Inscrivez la date de début d'infection.</p>	<p>Date de début d'infection ? AAAA-MM-JJ </p> <p> Vous ne pouvez pas inscrire une date de début d'infection qui dépasse la date de diagnostic ou qui précède la date de naissance ou qui dépasse la date du jour.</p>
<p> Inscrivez la date d'admission si le cas est admis.</p>	<p>Date d'admission à l'hôpital ? AAAA-MM-JJ </p> <p> Vous ne pouvez pas inscrire une date d'admission qui précède la date de naissance ou qui dépasse la date du jour ou qui dépasse la date de décès.</p>
<p>Étape 7 – Catégorie d'attribution</p>	
<p> Sélectionnez un choix dans le menu déroulant.</p>	

Option : Infection reliée à l'installation déclarante	
<p>Complétez les informations obligatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Catégories d'unité de soins ■ Numéro d'unité de soins local ■ Date d'arrivée sur l'unité ■ Date de départ de l'unité est obligatoire si l'attribution est lors d'une hospitalisation antérieure (1b). 	
Option : Infection reliée à une autre installation	
<p>Sélectionnez la région, l'établissement et l'installation</p>	 <p>⚠ Cette option ne s'applique que pour les installations non déclarantes.</p>
Option : Infection d'origine non nosocomiale	
<p>Sélectionnez une région.</p>	
Option : Infection d'origine inconnue	
<p>Il n'y a pas de choix supplémentaires à faire.</p>	
<p>Cliquez le bouton « OK ».</p>	
Étape 8 – Service(s) médical(aux)	
<p>Cliquez sur « Modifier ».</p>	
<p>Choisissez le service médical sous lequel l'usager a été admis au moment du diagnostic pour pouvoir enregistrer la fiche.</p> <p>Cliquez le bouton « OK ».</p>	
Étape 9 - Évolution	
<p>Cochez les données obligatoires parmi les complications survenues au cours des 30 jours suivant la date de diagnostic.</p>	

Étape 10 - Validation	
Inscrivez le nom de la personne ayant effectué l'enquête et le nom du microbiologiste-infectiologue.	
Option : Fiche incomplète	
Cochez « Fiche incomplète » si vous voulez compléter la fiche plus tard. Cliquez le bouton « Inscrire ».	 <p>⚠ Ne pas oublier de compléter les fiches incomplètes à la fin de la période.</p>
Option : Fiche complète	
Cochez « Oui » à « Déclaration validée » si votre fiche est complète et inscrire la date du jour. Cliquez le bouton « Inscrire ».	
Modifiez au besoin la fiche en cliquant le bouton « Modifier ».	
Étape 11 – Confirmation de saisie complétée par période	
<p>⚠ Ne pas oublier de compléter les fiches incomplètes à la fin de la période avant de confirmer la saisie du programme en question.</p>	
Sélectionnez « Confirmation de saisie complétée par période » sous la rubrique « Déclaration périodique ».	
Sélectionnez l'année, la période et l'installation. Cliquez « Oui » à « Déclaration des souches de <i>Staphylococcus aureus</i> résistantes à la méthicilline (SARM) isolées d'hémocultures» lorsque toutes les fiches de la période en cours de ce programme sont complétées.	

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca