

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

SEPTEMBRE 2008-AOÛT 2009

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Rapport de surveillance

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

SEPTEMBRE 2008-AOÛT 2009

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Laboratoire de santé publique du Québec

Avril 2010

AUTEUR

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

RÉDACTEURS

Brigitte Lefebvre

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

Patrice Vigeant

Centre de santé et de services sociaux du Suroit

Anne-Marie Bourgault

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

AVEC LA COLLABORATION DE

Isabelle Rocher

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

Charles Frenette

Centre universitaire de santé McGill

Marie Gourdeau

Centre hospitalier Enfant-Jésus

Josiane Létourneau

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

Pauline Laplante

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) Notre-Dame

Daniel Bolduc

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

Et les membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

MISE EN PAGES

Sonia Beaugendre

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 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.

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

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2010

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISSN : 1920-1494 (VERSION IMPRIMÉE)

ISSN : 1920-1508 (PDF)

ISBN : 978-2-550-59766-7 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-59767-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	III
INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE	3
2 MÉTHODES	5
2.1 Clientèle.....	5
2.2 Collecte de données.....	5
3 RÉSULTATS	7
3.1 Répartition par RSS des nouveaux cas d'ERV.....	7
3.2 Répartition mensuelle des nouveaux cas d'ERV.....	7
4 ÉCLOSIONS À ERV.....	9
4.1 Système de communication	9
4.2 Déclaration	9
5 SYNTHÈSE ET DISCUSSION.....	11
CONCLUSION	13
RECOMMANDATIONS.....	15
RÉFÉRENCES.....	17
ANNEXE 1 PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES NOUVEAUX CAS D'ERV (FORMULAIRE).....	19
ANNEXE 2 RÉPARTITION PAR RSS DES NOUVEAUX CAS D'ERV : SEPTEMBRE 2008-AOÛT 2009	23
ANNEXE 3 DONNÉES DE LA PÉRIODE DE SEPTEMBRE 2007 À AOÛT 2008	27
ANNEXE 4 DONNÉES DE LA PÉRIODE DE SEPTEMBRE 2006 À AOÛT 2007	31
ANNEXE 5 RÉPARTITION DES NOUVEAUX CAS D'ERV SELON LA RSS.....	35
ANNEXE 6 DISTRIBUTION MENSUELLE DES NOUVEAUX CAS D'ERV – SEPTEMBRE 2006-AOÛT 2009	39
ANNEXE 7 AVIS SUR LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES APPLICABLES À L'ERV	43
ANNEXE 8 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉCLOSIONS DÉCLARÉES PAR ANNÉE.....	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition par RSS des nouveaux cas d'ERV : septembre 2008-août 2009	25
Tableau 2	Données de la période de septembre 2007 à août 2008	29
Tableau 3	Données de la période de septembre 2006 à août 2007	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Répartition des nouveaux cas d'ERV selon la RSS.....	37
Figure 2.	Distribution mensuelle des nouveaux cas d'ERV – Septembre 2006-août 2009	41
Figure 3.	Évolution du nombre d'éclosions déclarées par année.....	49

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 troisième année de surveillance par les laboratoires des nouveaux cas d'ERV, soit de septembre 2008 à août 2009.

1 OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE

La surveillance des nouveaux cas d'ERV vise à documenter le nombre des cas d'ERV détectés dans les laboratoires hospitaliers de soins aigus du Québec qui participent à la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). Ces informations sont nécessaires pour déterminer l'ampleur de la problématique et guider le Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) dans la mise à jour des nouvelles lignes directrices en prévention et contrôle de l'infection (PCI). L'analyse des données et de leurs limites permettra de proposer un programme de surveillance structuré avec des objectifs définis, précis, pertinents, mesurables et comparables.

2 MÉTHODES

2.1 CLIENTÈLE

Pour la troisième année de surveillance, les 79 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 participé au programme de surveillance des nouveaux cas d'ERV.

2.2 COLLECTE DE DONNÉES

Du 1^{er} septembre 2008 au 31 août 2009, à toutes les fins de mois de calendrier, les laboratoires participants acheminent un questionnaire papier (annexe 1) au LSPQ qui rapporte 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 1 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 la fin de la période 2008-2009, 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.

3 RÉSULTATS

3.1 RÉPARTITION PAR RSS DES NOUVEAUX CAS D'ERV

Durant cette troisième année de surveillance des nouveaux cas d'ERV, un total de 1 154 cas a été déclaré. Le tableau 1 (annexe 2) indique la répartition des cas par région socio-sanitaire (RSS). La majorité des cas se retrouvent dans les régions de Montréal et de la Mauricie et Centre-du-Québec avec 76,6 % et 10,0 % des cas respectivement. De plus, 33 (41,8 %) laboratoires n'ont déclaré aucun nouveau cas d'ERV, 12 (15,2 %) en ont déclaré entre 1 et 2, 16 (20,3 %) entre 3 et 9, 11 (13,9 %) entre 10 et 49, et 7 (8,9 %) 50 cas d'ERV ou plus.

Presque tous les cas (1 125; 97,5 %) ont été détectés par les épreuves de dépistage. Seulement 29 (2,5 %) nouveaux cas ont été détectés par l'analyse des spécimens cliniques autres que selles ou écouvillons péri-rectaux comparativement à 15 en 2007-2008. Le nombre total de nouveaux cas était de 834 en 2006-2007 et de 577 en 2007-2008. L'augmentation de 100 % des cas en 2008-2009 par rapport à l'année précédente est préoccupante mais la nature du programme de surveillance ne permet pas d'identifier les causes. L'augmentation est particulièrement notée dans les régions socio-sanitaires 06, 08, et 16, et surtout dans 5 centres hospitaliers.

Parmi les 29 nouveaux patients identifiés à partir de spécimens cliniques autres que selles et écouvillons péri-rectaux, 16 présentaient une infection clinique : 7 infections urinaires, 3 infections de plaie, 3 bactériémies, 3 isolement à partir des sites divers (bile, hanche, abdomen) et pour un taux global d'infection à ERV de 1,4 %.

Les données de la répartition des nouveaux cas pour les périodes 2007-2008 et 2006-2007 sont présentées aux annexes 3 et 4 pour faciliter la comparaison des trois années de surveillance alors que l'annexe 5 présente les données par RSS pour les trois années de surveillance.

3.2 RÉPARTITION MENSUELLE DES NOUVEAUX CAS D'ERV

La figure 2 (annexe 6) illustre la répartition mensuelle des cas pour les trois 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.

4 ÉCLOSIONS À ERV

4.1 SYSTÈME DE COMMUNICATION

En 1996, la Direction de santé publique (DSP) de Montréal 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 centres hospitaliers (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 7.

Ce système permet de déterminer le nombre d'éclosions déclarées et la durée approximative des éclosions. Le graphique de l'annexe 8 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 41 éclosions déclarées en 2008. Les données de 2009, indique la présence de 30 éclosions en date du 18 septembre 2009.

4.2 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.

5 SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Pour une troisième année, le taux de participation a été de 100 %. Au total, 1 154 nouveaux cas d'ERV ont été rapportés en 2008-2009 comparativement à 577 en 2007-2008, ce qui constitue une augmentation de 100 %. Il est intéressant de constater que 42 % (33/79) des laboratoires n'ont isolé aucun ERV durant cette période et que 35 % (28/79) n'ont isolé que de 1 à 9 souches au cours de l'année. L'ERV représente un problème plus important pour 23 % (18/79) des laboratoires. Ces dernières observations sont similaires à celles observées lors des deux premières années de surveillance.

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 un centre a identifié plus de 50 souches. L'ERV a par ailleurs été détecté dans 13 des 16 régions du Québec représentées dans la surveillance.

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 (2,5 % des cas : 29/1 154), et ne cause que très peu d'infections (1,4 % des cas, 16/1 154). Ce taux d'infection est comparable à celui obtenu en 2007-2008 (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.

La surveillance de l'ERV comporte des limites très importantes. La déclaration des nouveaux cas d'ERV est basée sur la surveillance en laboratoire sans complément d'information épidémiologique. Il est donc toujours impossible de déterminer le lieu d'acquisition (communautaire vs nosocomial), les facteurs de risque, le tableau clinique (infection vs colonisation) et l'évolution temporospatiale. Il est impossible d'établir des taux d'incidence faute de dénominateurs, qu'ils soient le nombre d'admissions, le nombre de jours-présence ou la période administrative du réseau de la santé. 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 98 % 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 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.

Par ailleurs, 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. Le système de déclaration des éclosions, bien qu'il fournisse un état de situation sur les éclosions dans les établissements, 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.

CONCLUSION

Les données de ce rapport SPIN-ERV font état de 1 154 nouveaux cas d'ERV pour l'année de surveillance 2008-2009, ce qui représente une hausse de 100 % par rapport à l'année précédente. Dans sa structure actuelle, le programme ne permet pas de mesurer la contribution de l'intensité du dépistage (accroissement) à cette augmentation. Cet accroissement de l'incidence s'accompagne également d'une augmentation du nombre d'éclosions déclarées en 2008-2009. 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 (98 % des cas). Les infections à ERV demeurent rares au Québec, mais peuvent être sévères chez les hôtes fragiles et difficiles à traiter en raison des options thérapeutiques limitées. De plus, le potentiel de transfert des gènes de résistance de l'ERV vers des espèces virulentes telles le *Staphylococcus aureus* en inquiète plusieurs et supporte les recommandations pour le contrôle de la transmission d'ERV.

RECOMMANDATIONS

Il nous apparaît indiqué de poursuivre le programme de surveillance mais en le modifiant de façon substantielle. Après trois années de surveillance, il est impératif que le programme soit amélioré afin de générer des données fiables, basées sur les pratiques d'autres programmes en vigueur, qui puissent permettre une analyse pertinente de la problématique de l'ERV au Québec. A cette fin, le comité SPIN-ERV réitère à nouveau les recommandations suivantes :

- Valider la qualité de la surveillance en évaluant la faisabilité d'introduire une mesure de la densité de la surveillance;
- Déterminer le nombre d'infections cliniques (pourcentage par 100 isolats d'ERV);
- Déterminer l'origine d'acquisition des souches (nosocomiale vs communautaire);
- Déterminer les taux d'incidence de l'ERV (ex. : /1 000 admissions, /10 000 jours-présence).

Des outils informatiques déjà disponibles pourraient être adaptés pour supporter le programme de surveillance modifié (ex. : portail Web de surveillance d'autres infections nosocomiales).

RÉFÉRENCES

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. Vigeant P, Jetté L, Frenette C, Gourdeau M, Létourneau J. Rapport de la surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) : Septembre 2006 – août 2007 (ISBN 978-2-550-53368-9). Institut national de santé publique du Québec, 2008.
3. Vigeant P, Jetté L, Frenette C, Gourdeau M, Létourneau J. Rapport de la surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) : Septembre 2007 – août 2008 (ISBN 978-2-550-56006-7). Institut national de santé publique du Québec, 2009.

ANNEXE 1

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

PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES NOUVEAUX CAS D'ERV

SEPTEMBRE 2008

Participant : Nom du centre participant

- 1- Pour la période du mois de septembre 2008, 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 2008 à : Louise Jetté,
Laboratoire de santé publique du Québec – Institut national de santé publique du Québec.

LSPQ 2008

ANNEXE 2

**RÉPARTITION PAR RSS DES NOUVEAUX CAS D'ERV :
SEPTEMBRE 2008-AOÛT 2009**

Tableau 1 Répartition par RSS des nouveaux cas d'ERV : septembre 2008-août 2009

RSS (Nombre de laboratoires participants)	Nb total ERV	Nb spécimens cliniques	Nb de lab sans ERV	Nb de lab avec 1-2 ERV	Nb de lab avec 3-9 ERV	Nb de lab avec 10-49 ERV	Nb de lab avec ≥ 50 ERV
01- Bas-St-Laurent (6)	1	0	5	1	0	0	0
02- Saguenay–Lac-Saint-Jean (5)	1	0	4	1	0	0	0
03- Capitale-Nationale (6)	7	0	2	3	1	0	0
04- Mauricie et Centre-du-Québec (5)	115	0	1	1	0	2	1
05- Estrie (3)	1	0	2	1	0	0	0
06- Montréal (18)	884	25	0	2	5	5	6
07- Outaouais (4)	0	0	4	0	0	0	0
08- Abitibi-Témiscamingue (4)	42	0	1	2	0	1	0
09- Côte-Nord (2)	0	0	2	0	0	0	0
10- Nord-du-Québec (1)	3	0	0	0	1	0	0
11- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (4)	4	1	3	0	1	0	0
12- Chaudière-Appalaches (4)	0	0	4	0	0	0	0
13- Laval (1)	3	0	0	0	1	0	0
14- Lanaudière (2)	21	0	0	0	1	1	0
15- Laurentides (5)	15	0	3	0	1	1	0
16- Montérégie (9)	57	3	2	1	5	1	0
Total (79)	1154	29	33	12	16	11	7

* 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 3

DONNÉES DE LA PÉRIODE DE SEPTEMBRE 2007 À AOÛT 2008

Tableau 2 Données de la période de septembre 2007 à août 2008

RSS (Nombre de laboratoires participants)	Nb total ERV	Nb spécimens cliniques	Nb de lab sans ERV	Nb de lab avec 1-2 ERV	Nb de lab avec 3-9 ERV	Nb de lab avec 10-49 ERV	Nb 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
Total (81)	577	15	42	9	16	10	4

* 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

DONNÉES DE LA PÉRIODE DE SEPTEMBRE 2006 À AOÛT 2007

Tableau 3 Données de la période de septembre 2006 à août 2007

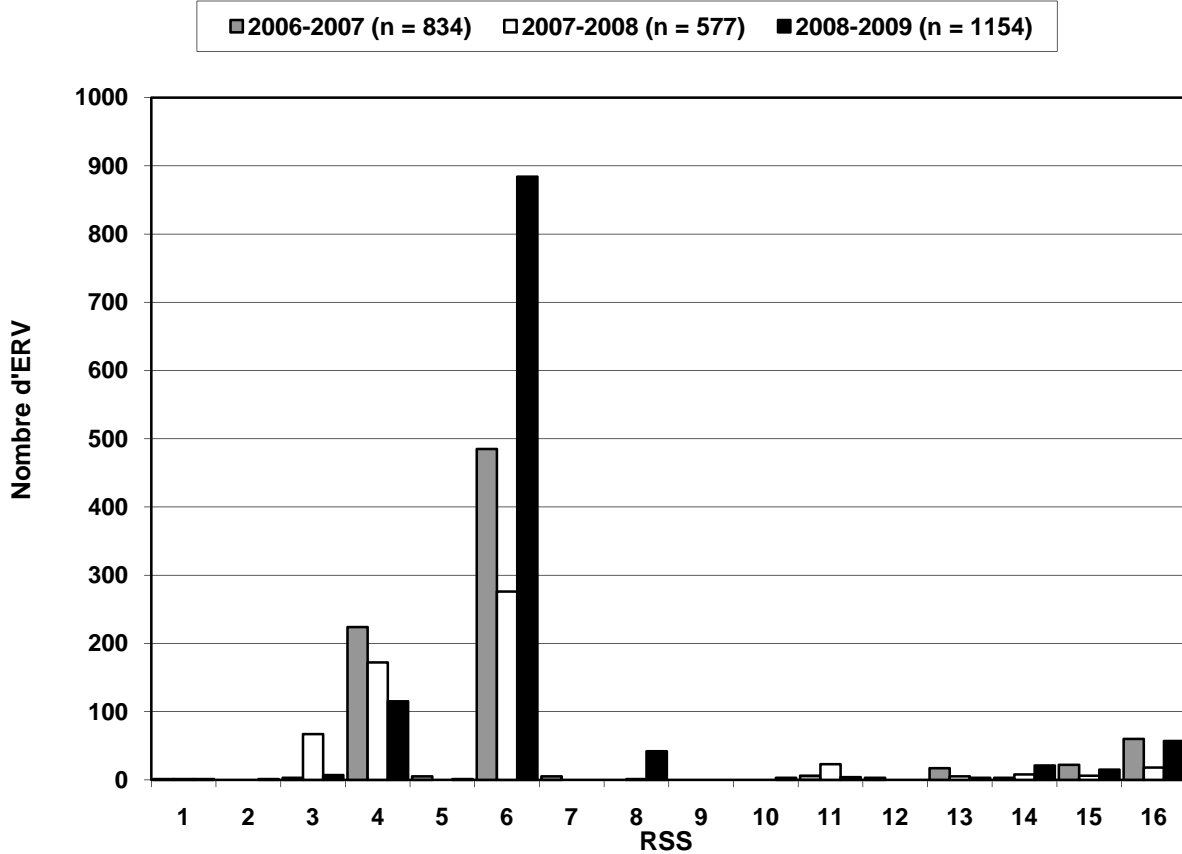
RSS (Nombre de laboratoires participants)	Nb total ERV	Nb spécimens cliniques	Nb de lab sans ERV	Nb de lab avec 1-2 ERV	Nb de lab avec 3-9 ERV	Nb de lab avec 10-49 ERV	Nb de lab avec ≥ 50 ERV
01- Bas-St-Laurent (6)	1	1	5	1	0	0	0
02- Saguenay–Lac-Saint-Jean (5)	0	0	5	0	0	0	0
03- Capitale-Nationale (6)	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
Total (81)	834	25	39	19	8	12	3

* 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 5

RÉPARTITION DES NOUVEAUX CAS D'ERV SELON LA RSS

Figure 1. Répartition des nouveaux cas d'ERV selon la RSS

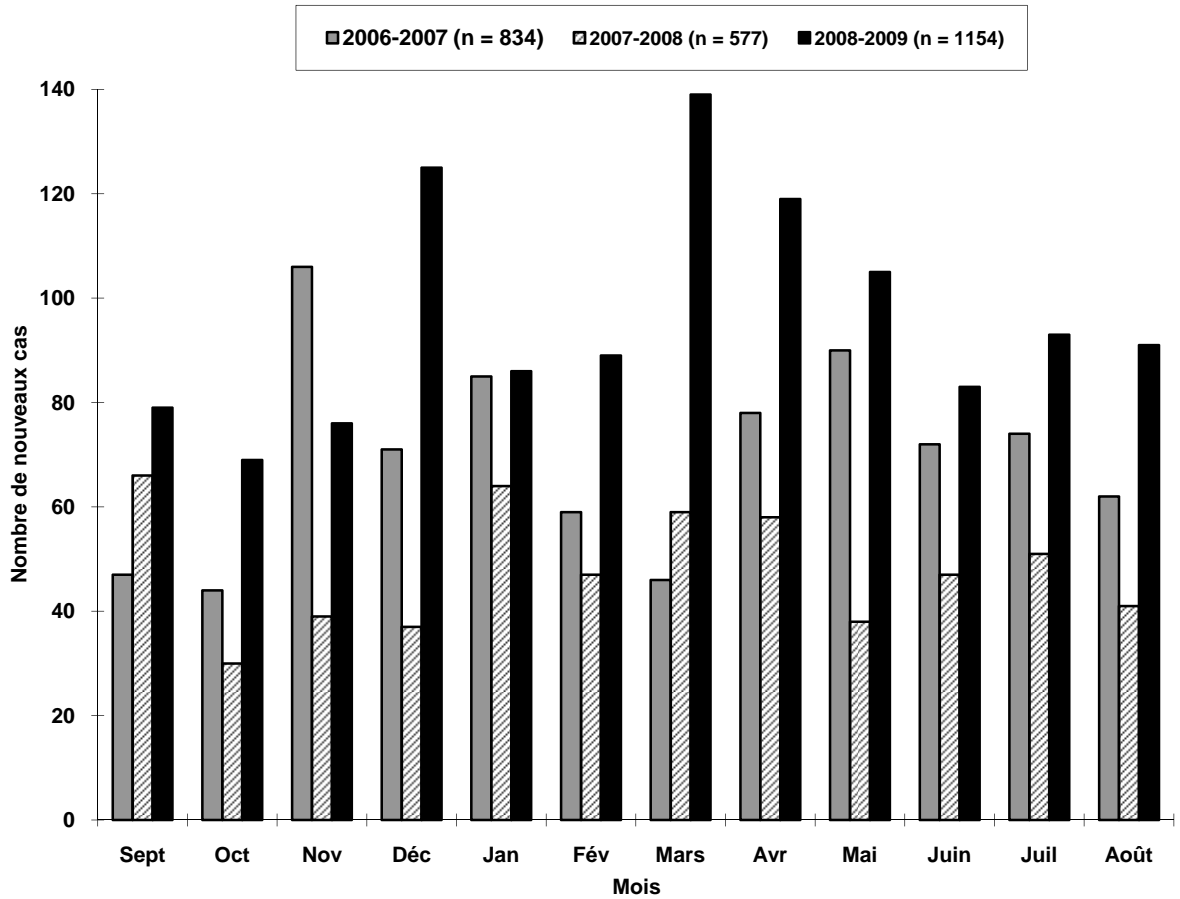


- Légende :
- 01- Bas-St-Laurent
 - 02- Saguenay-Lac-Saint-Jean
 - 03- Capitale-Nationale
 - 04- Mauricie et Centre-du-Québec
 - 05- Estrie
 - 06- Montréal
 - 07- Outaouais
 - 08- Abitibi-Témiscamingue
 - 09- Côte-Nord
 - 10- Nord-du-Québec
 - 11- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
 - 12- Chaudière-Appalaches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

ANNEXE 6

**DISTRIBUTION MENSUELLE DES NOUVEAUX CAS D'ERV –
SEPTEMBRE 2006-AOÛT 2009**

**Figure 2. Distribution mensuelle des nouveaux cas d'ERV –
Septembre 2006-août 2009**



ANNEXE 7

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^{me} 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.

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^{me} 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 8

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉCLOSIONS DÉCLARÉES PAR ANNÉE

Figure 3. Évolution du nombre d'éclotions déclarées par année

