

SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec

BILAN DU 15 AOÛT 2010 AU 4 DÉCEMBRE 2010

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Rapport trimestriel de surveillance

Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec

BILAN DU 15 AOÛT 2010 AU 4 DÉCEMBRE 2010

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Avril 2011

AUTEUR

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

RÉDACTION

Christophe Garenc, épidémiologiste

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

Yves Longtin, microbiologiste-infectiologue

Département de microbiologie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Charles Frenette, microbiologiste-infectiologue

Service de prévention et contrôle des infections, Centre universitaire de santé McGill-Hôpital général de Montréal

Isabelle Rocher, conseillère en soins infirmiers

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

Mélissa Trudeau, technicienne en recherche

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

SOUS LA COORDINATION DE

Christophe Garenc, épidémiologiste

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

AVEC LA COLLABORATION DE

Lise-Andrée Galarneau, microbiologiste- infectiologue

Département de microbiologie, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Josée Vachon, conseillère en contrôle et prévention des infections

Centre de santé et de services sociaux de Thetford

Vivian Loo, microbiologiste-infectiologue

Département de microbiologie et immunologie, Centre universitaire de santé McGill

Louise Valiquette, médecin-conseil

Département de vigie et protection, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Caroline Duchesne, conseillère cadre en prévention et contrôle des infections

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuñtsic et Montréal-Nord

Simon Lévesque, spécialiste en sciences biologiques et physiques sanitaires

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

Marc Dionne, directeur scientifique

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

Anne Fortin, chef d'unité scientifique

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

Rodica Gilca, médecin spécialiste

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

Élise Fortin, agente de planification, de programmation et de recherche

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

Membres du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ)

SECRÉTARIAT

Sofia El Mouftaquir, agente administrative

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

REMERCIEMENTS

Remerciements et félicitations à toutes les équipes de prévention et contrôle des infections dans les installations participantes pour leur travail.

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 – 4^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1913-4533 (VERSION IMPRIMÉE)
ISSN : 1913-4541 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	V
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODES.....	3
1.1 Méthodes d'analyse	3
1.1.1 Stratification régionale	3
1.1.2 Stratification temporelle	3
2 RÉSULTATS	5
2.1 Participation	5
2.2 Ensemble des cas de DACD et origine de l'acquisition	5
2.3 Évolution temporelle des DACD d'origine nosocomiale	6
2.4 Évolution géographique des DACD d'origine nosocomiale.....	6
2.5 Variations des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale dans les installations	6
2.6 Variations des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale dans les installations par strate de risque.....	10
2.6.1 Analyse selon les strates de risque	10
2.6.2 Analyses univariées et multivariées.....	11
CONCLUSION.....	13
RÉFÉRENCES.....	15
ANNEXE 1 TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE PAR INSTALLATION	17
ANNEXE 2 STRATIFICATION DES RISQUES.....	23
ANNEXE 3 TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE PAR STRATE DE RISQUE POUR CHAQUE INSTALLATION	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Évolution des DACD et des taux d'incidence pendant les périodes 6 à 9 des 7 années de surveillance	5
Tableau 2	Répartition des cas de DACD selon l'origine de l'acquisition (périodes 6 à 9 de 2010-2011) dans les 95 installations	5
Tableau 3	Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence sur les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance (périodes 6 de 2004-2005 à 9 de 2010-2011)	8
Tableau 4	Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par région sociosanitaire et regroupement régional, périodes 6 à 9 de toutes les années de surveillance	9
Tableau 5	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale, rapports de taux bruts (analyses univariées) et rapports de taux ajustés (analyses multivariées) selon les catégories des installations pendant les quatre premières périodes (6 à 9) de la 7 ^e année de surveillance	12
Tableau 6	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par installation (périodes 6 à 9)	19
Tableau 7	Description des différentes strates de risques selon la taille (nombre de lits), la proportion de personnes de plus de 65 ans et le type d'installations	25

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution périodique des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale [IC 95 %] dans les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance.....	7
Figure 2	Taux d'incidence global des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par strate de risque, périodes 6 à 9 de 2010-2011	10
Figure 3	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les installations de moins de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus	29
Figure 4	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les installations de moins de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus	30
Figure 5	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus	30
Figure 6	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus	31
Figure 7	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus	32
Figure 8	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus	33
Figure 9	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres de réadaptation	34
Figure 10	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres de pédiatrie.....	34

INTRODUCTION

La surveillance provinciale obligatoire des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) se poursuit pour la septième année. Des bilans périodiques avec l'analyse des données sont publiés trois fois par année et rendus publics sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Ce document présente un résumé des données recueillies pendant les quatre premières périodes administratives¹ de la 7^e année de surveillance, soit du 15 août 2010 au 4 décembre 2010.

¹ Année financière 2010-2011 :
- période 6 : 15 août au 11 septembre 2010;
- période 7 : 12 septembre au 9 octobre 2010;
- période 8 : 10 octobre au 6 novembre 2010;
- période 9 : 7 novembre au 4 décembre 2010.

1 MÉTHODES

1.1 MÉTHODES D'ANALYSE

Les méthodes et les définitions utilisées sont décrites dans les bilans précédents[1;2]. L'analyse a porté sur l'ensemble des cas déclarés dans le système de surveillance au cours des quatre premières périodes de la 7^e année de surveillance (période 6 de 2010-2011 à la période 9 de 2010-2011, soit du 15 août 2010 au 4 décembre 2010). Les données ont été extraites de la base de données aux fins d'analyse en date du 8 février 2010.

1.1.1 Stratification régionale

Depuis la 6^e année de surveillance, de nouveaux regroupements régionaux ont été utilisés pour l'élaboration de la nouvelle stratification régionale afin de mieux expliquer l'observation de taux d'incidence des DACD élevés dans le regroupement B. Pour cette raison, cette région a été scindée en trois.

Les nouveaux regroupements régionaux utilisés dans ce rapport sont les suivants :

- regroupement A (régions sociosanitaires 01, 02, 08, 09, 10, 11);
- regroupement B1 (régions sociosanitaires 03, 12);
- regroupement B2 (régions sociosanitaires 04, 14);
- regroupement B3 (régions sociosanitaires 07, 15);
- regroupement C (régions sociosanitaires 05, 06, 13, 16).

Ainsi, les 95 installations qui participent au programme de surveillance seront assignées dans un regroupement régional au sein duquel elles pourront se comparer.

1.1.2 Stratification temporelle

Depuis la 7^e année de surveillance, une nouvelle stratification temporelle, basée sur l'évolution des taux d'incidence de DACD des 6 premières années de surveillance, est utilisée afin de comparer les années selon leur stade épidémique.

La stratification temporelle utilisée dans ce rapport est la suivante :

- pic épidémique : taux d'incidence très élevés (2004-2005);
- période épidémique tardive : taux d'incidence à la baisse mais non stables (2005-2007);
- période post-épidémique : taux d'incidence bas et stables (2007-2010).

2 RÉSULTATS

2.1 PARTICIPATION

Au cours des quatre premières périodes de cette 7^e année de surveillance des DACD, la surveillance a concerné 191 993 admissions et 1 592 960 jours-présence dans l'ensemble des 95 installations participantes (tableau 1). Le nombre de DACD d'origine nosocomiale (catégorie 1) dépasse les nombres observés pendant les années 2007 à 2010 qui correspondent à la période post-épidémique (tableau 1).

Tableau 1 Évolution des DACD et des taux d'incidence pendant les périodes 6 à 9 des 7 années de surveillance

Indicateurs	Pic épidémique 2004-2005	Période épidémique tardive 2005-2007	Période post-épidémique 2007-2010	Périodes à l'étude 2010-2011
Nombre d'installations participantes	88	91-93	94-95	95
Admissions	188 309	188 889-192 028	188 041-190 542	191 993
Jours-présence	1 587 139	1 546 578-1 555 097	1 543 185-1 569 176	1 592 960
DACD hospitalisés	2 640	1 551-1 749	1 241-1 285	1 433
DACD d'origine nosocomiale (cat. 1)	1 897	1 119-1 258	871-940	981
Taux d'incidence/10 000 j-p	11,95	7,24-8,09	5,57-6,09	6,16
Taux d'incidence/1000 admissions	10,07	5,92-6,55	4,63-4,99	5,11

Note : Les années de surveillance ont été regroupées en fonction du portrait épidémique provincial.

* Les données représentent l'étendue des valeurs durant les périodes données.

2.2 ENSEMBLE DES CAS DE DACD ET ORIGINE DE L'ACQUISITION

Un total de 1 433 cas de DACD a été déclaré par toutes les installations participantes pendant les quatre premières périodes de la 7^e année de surveillance (tableau 1). Parmi ces cas, 981 (68,5 %) étaient d'origine nosocomiale liée à l'installation déclarante, 170 (11,9 %) étaient d'une autre origine nosocomiale (liée à une autre installation ou à des soins ambulatoires), 192 (13,4 %) étaient d'origine présumée communautaire et 90 (6,3 %) étaient d'origine non précisée (tableau 2).

Tableau 2 Répartition des cas de DACD selon l'origine de l'acquisition (périodes 6 à 9 de 2010-2011) dans les 95 installations

Catégories	Origine de l'acquisition	Périodes 6 à 9 2010-2011	
		N	%
Cas hospitalisés			
Cat. 1	Nosocomiale liée à l'installation déclarante	981	68,5
Cat. 2a	Nosocomiale liée à une autre installation	74	5,2
Cat. 2b	Nosocomiale liée à des soins ambulatoires	96	6,7
Cat. 3	Communautaire	192	13,4
Cat. 4	Inconnue	90	6,3
Total		1 433	100

Pour la définition des catégories 1 à 4, se référer au bilan de surveillance 2008-2009[2].

2.3 ÉVOLUTION TEMPORELLE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE

Au cours des quatre périodes de surveillance, les installations ont rapporté 981 cas de DACD d'origine nosocomiale liée à leur installation pour un taux global de 6,16/10 000 jours-présence.

Au niveau provincial, les taux d'incidence par période administrative pour les périodes 6 à 9 de 2010-2011 calculés sur les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance sont comparables aux taux d'incidence observés pendant la période post-épidémique (2007-2010) (tableau 3 et figure 1). Ces taux d'incidence sont significativement plus bas que les taux d'incidence observés pendant le pic épidémique (2004-2005) et la période épidémique tardive (2005-2007).

2.4 ÉVOLUTION GÉOGRAPHIQUE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE

Au cours des quatre périodes de surveillance, les taux d'incidence des DACD des régions varient de 1,8 (Côte-Nord) à 9,2 (Chaudière-Appalaches) par 10 000 jours-présence (tableau 4).

Les taux d'incidence moyens se sont améliorés par rapport aux taux d'incidence observés pendant la période post-épidémique (2007-2010) pour les régions de la Capitale-Nationale, de la Mauricie et Centre-du-Québec et de l'Outaouais. Par ailleurs, une augmentation significative des taux d'incidence est observée dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Chaudière-Appalaches et de Lanaudière par rapport à la période post-épidémique (tableau 4).

2.5 VARIATIONS DES TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE DANS LES INSTALLATIONS

Au niveau local, le taux d'incidence moyen des DACD d'origine nosocomiale a varié de 0 à 31,8/10 000 jours-présence (médiane : 4,3/10 000 jours-présence) lors des quatre premières périodes de la 7^e année de surveillance des DACD (tableau 6 de l'annexe 1).

En résumé, 14 installations (14,7 %) ont connu une augmentation significative alors que 13 installations (13,7 %) ont connu une diminution significative de leur taux d'incidence des DACD par rapport à la période post-épidémique (2007-2010).

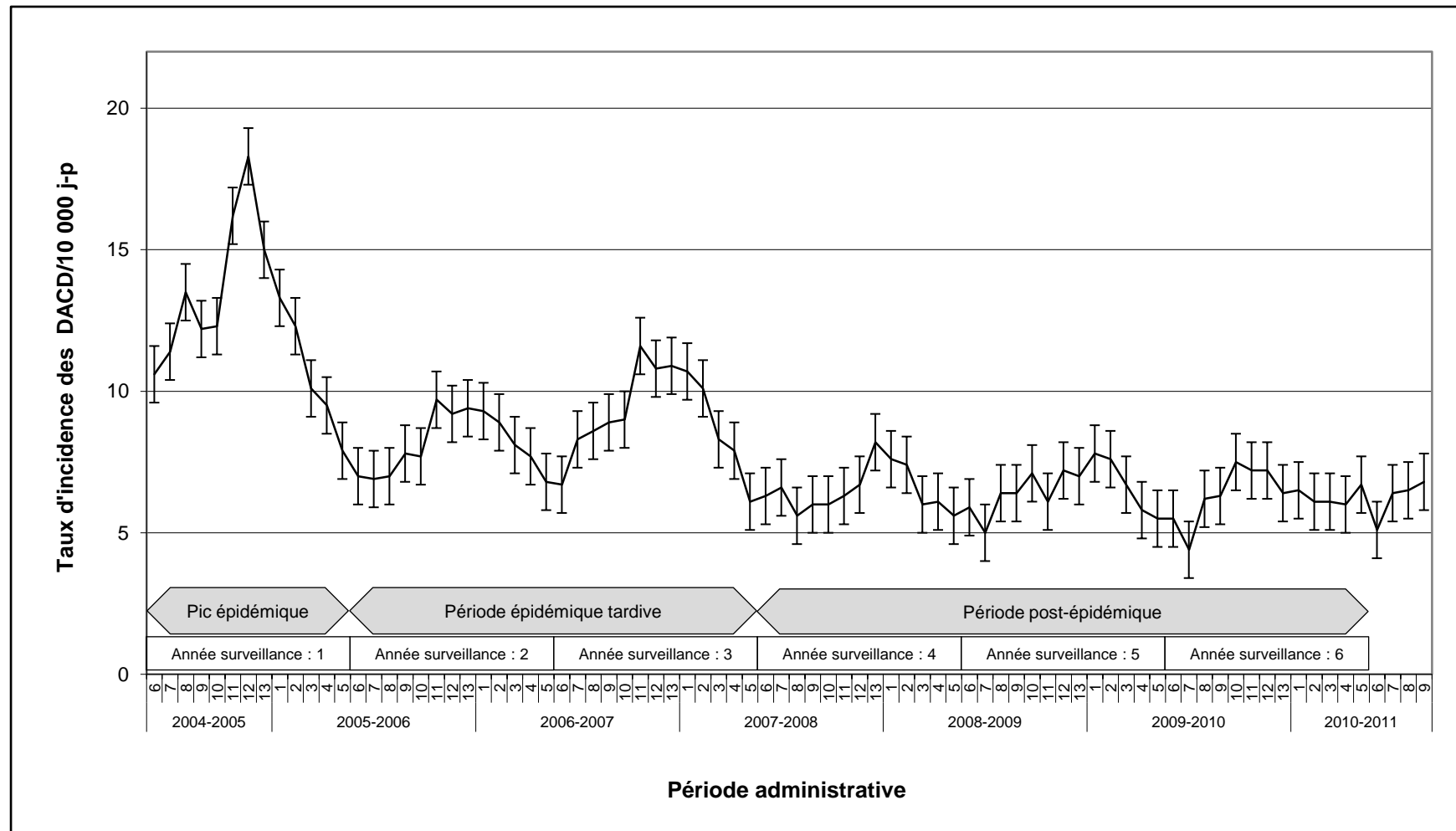


Figure 1 Évolution périodique des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale [IC 95 %] dans les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance

Tableau 3 Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence sur les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance (périodes 6 de 2004-2005 à 9 de 2010-2011)

Périodes	Pic épidémique 2004-2005		Période épidémique tardive 2005-2007		Période post-épidémique 2007-2010		Périodes à l'étude 2010-2011	
	Nombre annuel de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nombre moyen annuel de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nombre moyen annuel de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nombre annuel de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]
6	403	10,6 [9,6; 11,7]	324	6,8 [9,6; 11,7]	216	5,9 [5,5; 6,4]	188	5,1 [4,4; 5,9]
7	453	11,4 [10,4; 12,5]	305	7,6 [10,4; 12,5]	204	5,3 [4,9; 5,7]	247	6,4 [5,6; 7,2]
8	547	13,5 [12,4; 14,7]	354	7,8 [12,4; 14,7]	236	6,1 [5,7; 6,6]	259	6,6 [5,8; 7,4]
9	494	12,2 [11,1; 13,3]	361	8,4 [11,1; 13,3]	241	6,2 [5,8; 6,7]	271	6,8 [6,0; 7,6]
Total	1897	12,0 [11,5; 12,5]	1174	7,7 [7,4; 8,0]	897	5,9 [5,7; 6,1]	965	6,2 [5,8; 6,6]

Tableau 4 Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par région sociosanitaire et regroupement régional, périodes 6 à 9 de toutes les années de surveillance*

Régions sociosanitaires	Pic épidémique Année 2004-2005		Période épidémique tardive Années 2005-2007		Période post- épidémique Années 2007-2010		Périodes à l'étude Année 2010-2011		Variations significatives
	Nb cas	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nb cas	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nb cas	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nb cas	Taux d'incidence [IC 95 %]	
BAS-SAINT-LAURENT (01)	29	6,7 [4,5; 9,3]	69	8,4 [6,5; 10,5]	74	5,9 [4,6; 7,3]	32	8,0 [5,5; 11,0]	
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (02)	17	2,2 [1,3; 3,4]	41	3,0 [2,2; 4,0]	50	2,5 [1,9; 3,2]	41	6,3 [4,5; 8,4]	aug¹, aug², aug³
CAPITALE-NATIONALE (03)	171	9,8 [8,4; 11,3]	346	10,2 [9,2; 11,3]	412	7,9 [7,2; 8,7]	114	6,4 [5,3; 7,6]	dim¹, dim², dim³
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC (04)	130	15,0 [12,5; 17,7]	172	10,0 [8,6; 11,6]	192	7,5 [6,5; 8,6]	43	5,1 [3,7; 6,7]	dim¹, dim², dim³
ESTRIE (05)	64	10,5 [8,1; 13,2]	50	4,1 [3,0; 5,3]	39	2,1 [1,5; 2,8]	17	2,7 [1,6; 4,1]	dim¹
MONTRÉAL (06)	840	14,2 [13,3; 15,2]	930	8,2 [7,7; 8,7]	1099	6,6 [6,2; 7,0]	409	7,3 [6,6; 8,0]	dim¹
OUTAOUAIS (07)	21	3,5 [2,2; 5,1]	105	9,1 [7,4; 10,9]	128	7,9 [6,6; 9,3]	25	4,6 [3,0; 6,6]	dim², dim³
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (08)	27	10,4 [6,8; 14,7]	24	4,9 [3,1; 7,1]	40	5,1 [3,6; 6,8]	14	5,4 [2,9; 8,6]	dim¹
CÔTE-NORD (09)	2	1,2 [0,1; 3,4]	3	0,9 [0,2; 2,2]	11	2,3 [1,1; 3,9]	3	1,8 [0,3; 4,4]	
NORD-DU-QUÉBEC (10)	-	-	-	-	-	-	1	4,9 [0; 19,2]	
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE (11)	7	3,7 [1,5; 7,0]	18	4,9 [2,9; 7,4]	23	4,5 [2,9; 6,5]	9	5,1 [2,3; 9,0]	
CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)	32	6,0 [4,1; 8,2]	43	4,2 [3,0; 5,5]	85	5,7 [4,6; 7,0]	49	9,2 [6,8; 12,0]	aug², aug³
LAVAL (13)	103	17,1 [14,0; 20,6]	74	6,4 [5,0; 7,9]	71	3,9 [3,0; 4,9]	24	3,9 [2,5; 5,6]	dim¹, dim²
LANAUDIÈRE (14)	68	12,4 [9,6; 15,5]	113	10,1 [8,3; 12,1]	51	3,0 [2,2; 3,9]	49	8,3 [6,1; 10,8]	dim¹, aug³
LAURENTIDES (15)	119	16,4 [13,6; 19,5]	176	12,6 [10,8; 14,5]	142	7,3 [6,1; 8,5]	47	7,1 [5,2; 9,3]	dim¹, dim²
MONTÉRÉGIE (16)	267	14,3 [12,6; 16,1]	184	5,0 [4,3; 5,8]	274	4,8 [4,3; 5,4]	88	4,4 [3,5; 5,4]	dim¹

* Les installations ayant participé à toutes les années de surveillance sont incluses.

En gras : Différence significative entre les taux d'incidence (test exact utilisé).

aug : Augmentation.

dim : Diminution.

¹ Différence significative avec 2004-2005.

² Différence significative avec 2005-2007.

³ Différence significative avec 2007-2010.

Les intervalles de confiance à 95 % [IC 95 %] sont calculés en approximation normale en utilisant la transformation racine carrée.

2.6 VARIATIONS DES TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE DANS LES INSTALLATIONS PAR STRATE DE RISQUE

2.6.1 Analyse selon les strates de risque

La figure 2 représente les taux d'incidence par strate de risque (voir l'annexe 2 pour plus de détails) et démontre dans les strates de risque < 100 lits, non-universitaire ≥ 100 lits et universitaire ≥ 100 lits, que les taux d'incidence ne diffèrent pas selon la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans. Globalement, seules 14 installations dépassent le taux d'incidence moyen des périodes 6 à 9 pour les strates de risques.

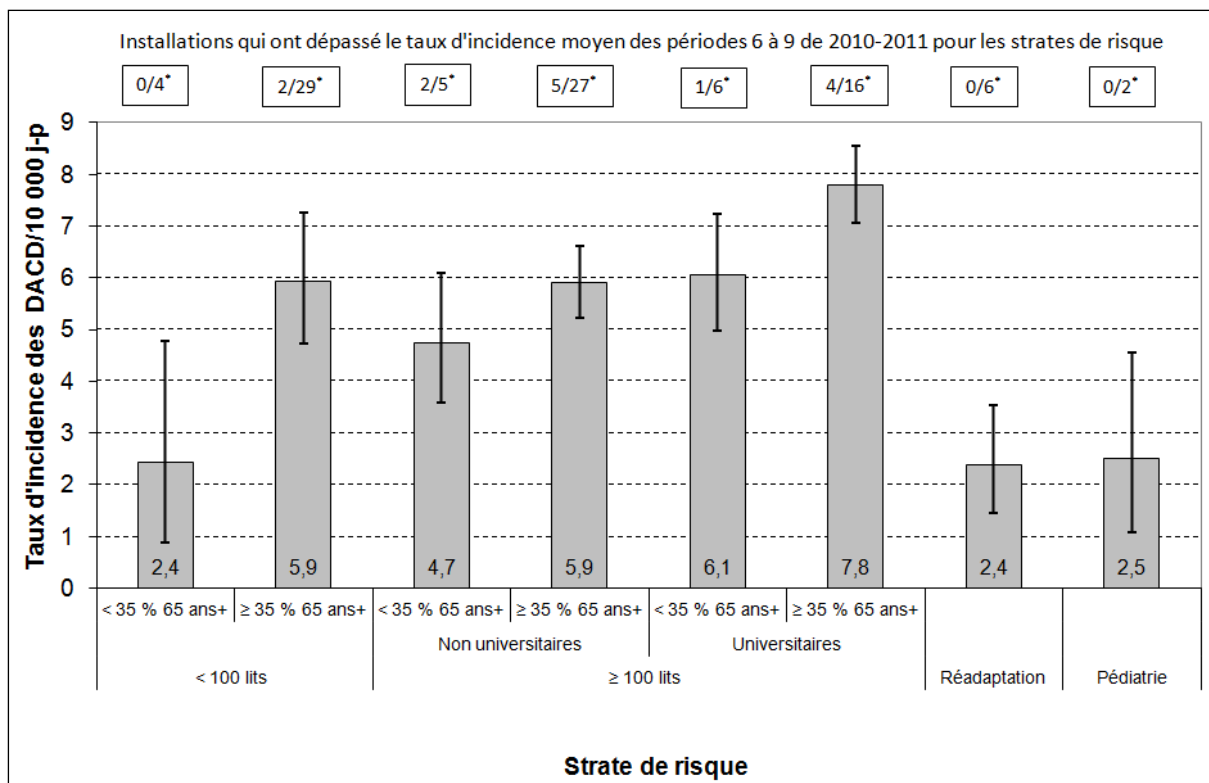


Figure 2 Taux d'incidence global des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par strate de risque, périodes 6 à 9 de 2010-2011

* Nombre d'installations dont le taux d'incidence dépasse de façon significative le taux d'incidence moyen de sa strate de risque/nombre total d'installations dans sa strate de risque.

Une analyse plus détaillée des taux d'incidence des DACD par strate de risque pour chaque installation est présentée à l'annexe 3.

2.6.2 Analyses univariées et multivariées

Les analyses suivantes sont réalisées selon les strates de risque définies à l'annexe 2 de ce rapport.

Les analyses univariées nous démontrent que les installations de moins de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de personnes de 65 ans et plus présentent des taux d'incidence 2,4 fois plus élevés que ceux ayant une proportion inférieure à 35 % de personnes de 65 ans et plus (tableau 5). Un ajustement pour les autres strates de risque dans une analyse multivariée incluant le nombre de lits, la proportion de personnes de 65 ans et plus, la vocation de l'installation et sa localisation géographique résulte d'un taux d'incidence également 2,4 fois plus élevé.

Les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ne présentent pas de différence dans leur taux d'incidence même après ajustement pour les autres variables (analyse multivariée).

Par contre, les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ont un taux d'incidence 1,3 fois plus élevé pour ceux qui ont une proportion supérieure à 35 % de 65 ans et plus, comparés à ceux qui ont une proportion inférieure à 35 % de personnes de 65 ans et plus. Cette différence reste stable (RT ajusté de 1,27) après un ajustement pour les autres variables dans une analyse multivariée.

Pendant ces quatre premières périodes de la 7^e année de surveillance, les caractéristiques associées de façon indépendante à une incidence plus élevée de DACD sont : les installations de moins de 100 lits avec une proportion supérieure à 35 % de personnes de 65 ans et plus et, les installations universitaires de plus de 100 lits avec une proportion supérieure à 35 % de personnes de plus de 65 ans et plus (tableau 5).

Tableau 5 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale, rapports de taux bruts (analyses univariées) et rapports de taux ajustés (analyses multivariées) selon les catégories des installations pendant les quatre premières périodes (6 à 9) de la 7^e année de surveillance

	CH (N)	Indicateurs de distribution						Taux d'incidence/10 000 j-p		RT brut [‡]	RT ajusté [IC 95 %] [*]
		Min	25 %	50 %	75 %	90 %	Max	Taux moyen	[IC 95 %]		
Selon l'indicateur : < 100 lits											
< 35 % 65 ans+	4	0	1,3	3,4	4,55	4,9	4,9	2,4	[0,9; 4,8]	Réf.	Réf.
≥ 35 % 65 ans+	29	0	0	3,7	7,3	16,6	31,8	5,9	[4,7; 7,3]	2,4	2,4 [1,1; 5,5]
Selon l'indicateur : ≥ 100 lits											
Non universitaire											
< 35 % 65 ans+	5	3,8	3,9	4,4	4,7	11,9	11,9	4,7	[3,6; 6,1]	Réf.	Réf.
≥ 35 % 65 ans+	27	0,5	2,9	5,2	7,8	12,8	18,2	5,9	[5,2; 6,6]	1,2	1,2 [0,9; 1,7]
Universitaire											
< 35 % 65 ans+	6	2,2	4,4	6,5	8,2	8,8	8,8	6,1	[5,0; 7,2]	Réf.	Réf.
≥ 35 % 65 ans+	16	2,6	4,4	5,35	11,0	14,2	14,2	7,8	[7,1; 8,6]	1,3	1,3 [1,0; 1,6]
Réadaptation	6	0	1,0	1,9	3,6	7,6	7,6	2,4	[1,5; 3,5]		
Pédiatrique	2	2,1	2,1	2,4	2,7	2,7	2,7	2,5	[1,1; 4,5]		
Selon le regroupement en 5 régions											
Regroupement régional A	24	0	1,6	3,7	7,2	15,2	19,5	6,1	[5,0; 7,3]	Réf.	Réf.
Regroupement régional B1	12	0	3,1	6,75	11,0	16,2	16,6	6,9	[5,9; 8,0]	1,1	0,9 [0,7; 1,2]
Regroupement régional B2	7	3,4	4,1	4,9	6,5	12,8	12,8	6,4	[5,1; 7,7]	1,0	1,0 [0,7; 1,3]
Regroupement régional B3	10	0	3,1	5,3	10,0	21,6	31,8	6,2	[4,9; 7,6]	1,0	1,0 [0,8; 1,4]
Regroupement régional C	34	0	2,9	4,9	7,7	9,9	14,2	6,4	[5,9; 7,0]	1,1	0,9 [0,7; 1,1]

[‡] Rapport de taux brut obtenu dans une analyse univariée.

^{*} Rapport de taux obtenu dans une régression de Poisson ajustée pour les strates de risque telles que le nombre de lits, la proportion de personnes de 65 ans et plus, la vocation et la localisation géographique de l'installation. Chaque variable est ainsi ajustée pour les autres variables que celle d'intérêt.

En gras : Rapport de taux significatif (p < 0,05).

Regroupement régional A (RSS : 01, 02, 08, 09, 10, 11); regroupement régional B1 (RSS : 03, 12); regroupement régional B2 (RSS : 04, 14); regroupement régional B3 (RSS : 07, 15) et regroupement régional C (RSS : 05, 06, 13, 16).

CONCLUSION

Pendant les quatre premières périodes de la 7^e année de surveillance, les taux d'incidence des DACD au niveau provincial se maintiennent stables, avec une tendance vers une stabilisation par rapport à l'année précédente. Les taux d'incidence des DACD dans les 5 regroupements régionaux sont comparables. Par contre, une augmentation statistiquement significative des taux d'incidence est observée dans les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de Chaudière-Appalaches et de Lanaudière par rapport aux mêmes périodes des années antérieures.

Pendant ces quatre premières périodes de la 7^e année de surveillance, les caractéristiques associées de façon indépendante à une incidence des DACD plus élevée sont : les installations de moins de 100 lits avec une proportion supérieure à 35 % de personnes de 65 ans et plus et, les installations universitaires de plus de 100 lits avec une proportion supérieure à 35 % de personnes de plus de 65 ans et plus.

RÉFÉRENCES

- [1] Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec : bilan du 16 août 2009 au 14 août 2010. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2011.
- [2] Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec : bilan du 17 août 2008 au 15 août 2009. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2010.

ANNEXE 1

TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE PAR INSTALLATION

Tableau 6 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par installation (périodes 6 à 9)

RSS	Installations	Taux d'incidence/10 000 j-p; périodes 6 à 9 [IC à 95 %]				Variations significatives	
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011		
01	CHR DE RIMOUSKI	14,0 [9,0; 20,0]	9,8 [6,8; 13,3]	7,1 [5,0; 9,5]	13,9 [8,9; 20,0]	aug ³	
	CH DE RIVIÈRE-DU-LOUP	2,7 [0,5; 6,6]	7,9 [4,5; 12,3]	6,8 [4,2; 10,0]	3,9 [1,0; 8,6]		
	CENTRE NOTRE-DAME-DE-FATIMA	0	1,6 [0; 6,2]	1,0 [0; 3,9]	3,5 [0; 13,8]		
	CH DE MATANE	2,4 [0; 9,3]	5,9 [1,9; 12,2]	4,9 [1,8; 9,6]	2,5 [0; 9,7]		
	CH D'AMQUI	0	14,4 [6,5; 25,4]	4,5 [1,2; 10,0]	7,1 [0,7; 20,3]		aug ¹
	CH NOTRE-DAME-DU-LAC	0	5,4 [1,0; 13,2]	3,4 [0,6; 8,3]	0		
02	HÔPITAL DE CHICOUTIMI	2,1 [0,8; 3,9]	3,9 [2,4; 5,8]	3,7 [2,5; 5,1]	4,2 [2,2; 6,9]	aug ² , aug ³ dim ³	
	CSSS DE JONQUIÈRE	5,0 [2,0; 9,4]	1,5 [0,4; 3,3]	0,8 [0,1; 2,0]	7,3 [3,3; 12,9]		
	CSSS MARIA-CHAPDELAINE	0	1,7 [0,2; 4,9]	4,0 [1,6; 7,5]	0		
	HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL	2,6 [0,5; 6,4]	2,8 [1,0; 5,5]	1,4 [0,4; 3,1]	2,2 [0,2; 6,4]		
	HÔPITAL D'ALMA	0	3,2 [1,4; 5,8]	1,0 [0,2; 2,4]	18,2 [10,8; 27,6]		aug ¹ , aug ² , aug ³
03	HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	11,0 [7,9; 14,6]	10,7 [8,5; 13,1]	8,8 [7,2; 10,5]	3,3 [1,8; 5,2]	dim ¹ , dim ² , dim ³ dim ¹	
	PAVILLON L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC	23,5 [18,1; 29,7]	13,5 [10,6; 16,8]	10,1 [8,0; 12,4]	10,0 [6,6; 14,1]		
	HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT	3,6 [1,3; 7,0]	6,5 [3,8; 9,9]	6,2 [4,2; 8,7]	2,6 [0,7; 5,8]		
	PAVILLON CH DE L'UNIVERSITÉ LAVAL	4,4 [2,5; 6,9]	7,2 [5,2; 9,5]	6,2 [4,7; 7,9]	7,6 [4,9; 10,9]		
	PAVILLON SAINT-FRANCOIS D'ASSISE	11,0 [7,4; 15,3]	9,6 [7,2; 12,4]	10,9 [8,8; 13,3]	8,8 [5,7; 12,6]		
	INST. UNIV. DE CARDIOL. ET DE PNEUMOL. DE QUEBEC	5,4 [3,1; 8,4]	12,2 [9,5; 15,2]	5,2 [3,8; 6,8]	4,6 [2,5; 7,3]		dim ²
	HÔPITAL DE BAIE-SAINT-PAUL ^c	0	0	1,3 [0; 5,2]	0		dim ¹ , dim ²
HÔPITAL DE LA MALBAIE	0	6,0 [1,5; 13,4]	1,0 [0; 3,9]	16,6 [6,0; 32,6]	aug ¹ , aug ³		
04	HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA	9,5 [5,3; 14,9]	3,8 [1,9; 6,3]	5,2 [3,4; 7,4]	6,1 [2,9; 10,5]	dim ¹ , dim ² aug ² dim ¹ , dim ² , dim ³ dim ¹	
	CHR DE TROIS-RIVIÈRES	23,3 [18,8; 28,3]	13,6 [11,1; 16,4]	7,7 [6,1; 9,4]	4,9 [2,9; 7,4]		
	HÔPITAL DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE	2,8 [0,7; 6,2]	2,0 [0,6; 4,1]	9,7 [6,9; 13]	6,5 [3,0; 11,4]		
	HÔPITAL SAINTE-CROIX	11,5 [7,0; 17,1]	13,1 [9,8; 16,9]	7,7 [5,6; 10,1]	3,4 [1,2; 6,7]		
	CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE ^a	0	0	1,4 [0; 5,5]	4,1 [0; 16,0]		
05	CHUS-HÔPITAL FLEURIMONT	7,3 [4,8; 10,3]	2,3 [1,3; 3,5]	1,7 [1,0; 2,6]	2,2 [0,9; 4,0]	dim ¹ dim ¹ , dim ²	
	CHUS-HÔTEL-DIEU	16,9 [11,6; 23,3]	7,4 [4,9; 10,4]	2,2 [1,2; 3,5]	2,9 [1,1; 5,7]		
	CSSS MEMPHRÉMAGOG	17,0 [5,4; 35,2]	5,8 [1,5; 12,9]	4,5 [1,4; 9,3]	5,7 [0,5; 16,3]		
	CSSS DU GRANIT	0	2,0 [0; 7,9]	2,7 [0,3; 7,8]	3,9 [0; 15,3]		

Tableau 6 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par installation (périodes 6 à 9) (suite)

RSS	Installations	Taux d'incidence/10 000 j-p; périodes 6 à 9 [IC à 95 %]				Variations significatives
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011	
06	HÔPITAL ROYAL VICTORIA	13,9 [10,3; 18]	11,0 [8,7; 13,5]	7,3 [5,8; 9,0]	8,2 [5,4; 11,5]	dim ¹
	HÔPITAL NOTRE-DAME DU CHUM	14,9 [11,3; 18,9]	10,7 [8,5; 13,1]	6,0 [4,6; 7,6]	4,7 [2,7; 7,2]	dim ¹ , dim ²
	L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	19,3 [15,7; 23,2]	7,7 [6,0; 9,6]	11,8 [10,1; 13,6]	13,4 [10,4; 16,7]	dim ¹ , aug ²
	L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	0,9 [0; 3,5]	2,6 [0,8; 5,4]	2,6 [1,0; 4,9]	2,1 [0,2; 6,1]	
	PAV. MAISONNEUVE/PAV. MARCEL-LAMOUREUX	18,5 [15,3; 22]	16,9 [14,5; 19,5]	13,6 [11,8; 15,5]	14,2 [11,2; 17,6]	
	CHU SAINTE-JUSTINE	4,0 [1,8; 7,0]	2,6 [1,3; 4,3]	3,3 [2,1; 4,8]	2,7 [1,0; 5,3]	
	INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	5,7 [2,4; 10,4]	7,1 [4,3; 10,5]	4,2 [2,4; 6,5]	5,4 [2,1; 10,1]	
	HÔPITAL SAINT-LUC DU CHUM	12,2 [8,5; 16,5]	6,2 [4,4; 8,3]	6,8 [5,2; 8,7]	5,4 [3,1; 8,4]	dim ¹
	HÔTEL-DIEU DU CHUM	13,8 [9,6; 18,8]	6,3 [4,2; 8,8]	7,3 [5,4; 9,5]	8,0 [4,8; 12,0]	dim ¹
	HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	14,9 [11,6; 18,7]	5,7 [4,3; 7,3]	4,9 [3,8; 6,1]	5,3 [3,5; 7,5]	dim ¹
	HÔPITAL DE VERDUN	13,0 [8,9; 17,9]	8,6 [6,1; 11,5]	9,0 [6,7; 11,6]	7,2 [4,2; 11,0]	dim ¹
	HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	19,5 [15,1; 24,4]	11,6 [9,3; 14,2]	7,2 [5,7; 8,9]	14,2 [10,6; 18,4]	aug ³
	HÔPITAL SANTA CABRINI	26,5 [20,7; 33,0]	12,1 [9,4; 15,2]	5,5 [4,1; 7,2]	3,5 [1,7; 6,0]	dim ¹ , dim ²
	HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE	11,3 [7,4; 16,1]	3,3 [1,6; 5,5]	7,0 [5,0; 9,3]	9,9 [6,0; 14,7]	aug ²
	HÔPITAL JEAN-TALON	9,2 [5,7; 13,6]	4,3 [2,6; 6,5]	4,9 [3,4; 6,7]	5,2 [2,4; 9,2]	
	CH DE ST. MARY	15,4 [11,2; 20,3]	7,8 [5,6; 10,4]	5,0 [3,5; 6,8]	4,4 [2,2; 7,4]	dim ¹
	HÔPITAL DE LACHINE	0	2,9 [0,8; 6,4]	1,8 [0,5; 4,0]	7,8 [2,5; 16,2]	aug ¹ , aug ³
	HÔPITAL FLEURY	42,9 [31,8; 55,6]	16,6 [11,7; 22,4]	4,2 [2,3; 6,7]	1,6 [0,2; 4,6]	dim ¹ , dim ²
	HÔPITAL DE LASALLE	12,9 [4,6; 25,3]	11,0 [6,5; 16,7]	7,1 [4,3; 10,7]	4,7 [1,2; 10,5]	
	VILLA MÉDICA	5,6 [2,2; 10,5]	2,8 [1,1; 5,3]	1,9 [0,8; 3,5]	2,9 [0,8; 6,4]	
INSTITUT THORACIQUE DE MONTRÉAL ^a	0	4,5 [1,8; 8,5]	3,2 [1,3; 6,0]	2,9 [0,3; 8,3]	dim ¹	
HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL	2,7 [0,2; 7,8]	5,1 [2,2; 9,3]	0,9 [0,1; 2,6]	0	dim ¹ , dim ²	
CH RICHARDSON	1,6 [0; 6,3]	0	0	0		
HÔPITAL CATHERINE BOOTH DE L'ARMÉE DU SALUT	5,7 [1,8; 11,8]	0	2,6 [1,0; 4,9]	7,6 [3,0; 14,3]	aug ²	
HÔPITAL MARIE CLARAC	9,7 [6,0; 14,3]	6,2 [4,0; 8,8]	2,2 [1,2; 3,5]	1,0 [0,1; 2,8]	dim ¹ , dim ²	
INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL ^e	0	0	1,4 [0,3; 3,5]	1,0 [0,1; 2,9]	dim ¹ , dim ²	

Tableau 6 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par installation (périodes 6 à 9) (suite)

RSS	Installations	Taux d'incidence/10 000 j-p; périodes 6 à 9 [IC à 95 %]				Variations significatives
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011	
07	PAVILLON DE GATINEAU	1,3 [0,2; 3,2]	7,0 [4,6; 9,9]	11,5 [8,9; 14,5]	3,8 [1,5; 7,1]	dim ³
	PAVILLON DE HULL	5,0 [2,6; 8,2]	12,4 [9,4; 15,8]	8,6 [6,5; 11,0]	0,5 [0; 1,9]	dim ¹ , dim ² , dim ³
	HÔPITAL DE MANIWAKI	4,8 [0,5; 13,7]	4,3 [1,1; 9,6]	0,9 [0; 3,4]	31,8 [16,9; 51,4]	aug ¹ , aug ² , aug ³
	CH DU PONTIAC	3,0 [0; 11,8]	13,0 [6,2; 22,3]	4,2 [1,3; 8,7]	0	dim ² , dim ³
	HÔPITAL DE PAPINEAU	5,0 [0,9; 12,3]	4,9 [1,8; 9,6]	2,1 [0,6; 4,7]	6,8 [1,8; 15,1]	
08	CH ROUYN-NORANDA	8,9 [3,2; 17,4]	11,0 [5,8; 17,8]	7,0 [3,9; 11,0]	1,7 [0; 6,7]	dim ²
	CH HÔTEL-DIEU D'AMOS	2,6 [0,3; 7,4]	2,8 [0,7; 6,2]	2,6 [0,9; 5,1]	2,6 [0,3; 7,4]	
	HÔPITAL DE VAL-D'OR	17,6 [9,8; 27,6]	2,4 [0,6; 5,3]	5,3 [2,9; 8,4]	11,9 [5,9; 20,0]	aug ²
	CH LA SARRE	13,9 [3,6; 30,9]	5,2 [1,0; 12,8]	6,3 [2,0; 13,1]	0	dim ¹ , dim ² , dim ³
	PAVILLON SAINTE-FAMILLE ^b	0	0	0	6,9 [0,7; 19,8]	dim ¹ , aug ³
09	CHR BAIE-COMEAU	2,2 [0,2; 6,3]	0,6 [0; 2,3]	2,6 [1,0; 4,9]	0	dim ¹ , dim ³
	CSSS DE SEPT-ÎLES	0	1,3 [0,1; 3,8]	1,8 [0,5; 4,0]	4,2 [0,8; 10,3]	aug ¹
10	CS DE CHIBOUGAMAU	0	0	0	4,9 [0; 19,2]	
11	HÔPITAL DE CHANDLER	1,9 [0; 7,5]	6,9 [2,7; 12,9]	5,9 [2,5; 10,7]	2,1 [0; 8,2]	
	CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ–HÔPITAL HÔTEL-DIEU	1,9 [0; 7,4]	4,2 [1,1; 9,3]	4,0 [1,3; 8,2]	19,5 [7,7; 36,6]	aug ¹ , aug ² , aug ³
1	HÔPITAL DE MARIA	3,4 [0,3; 9,8]	3,6 [0,9; 8,0]	5,3 [2,4; 9,3]	1,6 [0; 6,2]	
	CH DE L'ARCHIPEL ^d	0	0	6,1 [1,1; 15,0]	15,2 [4,0; 33,7]	dim ¹ , dim ²
	CSSS DE LA HAUTE GASPÉSIE	11,9 [2,3; 29,1]	5,4 [1,0; 13,2]	1,2 [0; 4,7]	0	dim ¹ , dim ²
12	HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	7,4 [4,4; 11,1]	5,3 [3,4; 7,6]	7,1 [5,2; 9,3]	12,0 [8,0; 16,8]	aug ² , aug ³
	HÔPITAL DE SAINT-GEORGES	5,8 [2,5; 10,5]	5,2 [2,8; 8,3]	3,0 [1,5; 5,0]	2,9 [0,8; 6,4]	
	HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY	1,4 [0; 5,4]	3,0 [0,8; 6,6]	6,4 [3,4; 10,3]	16,2 [8,0; 27,2]	aug ¹ , aug ² , aug ³
	CSSS RÉGION DE THETFORD MINES	5,7 [1,5; 12,6]	0	5,4 [2,8; 8,9]	5,9 [1,9; 12,2]	aug ²
13	HÔPITAL CITÉ DE LA SANTÉ	18,8 [15,1; 22,9]	6,5 [4,9; 8,3]	4,2 [3,2; 5,3]	3,9 [2,3; 5,9]	dim ¹ , dim ²
	HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION	11,0 [6,0; 17,5]	6,2 [3,5; 9,6]	3,2 [1,7; 5,2]	3,6 [1,1; 7,5]	dim ¹
14	CH PIERRE-LE GARDEUR	1,9 [0,6; 3,9]	2,5 [1,4; 4,0]	1,8 [1,0; 2,8]	4,4 [2,4; 7,0]	aug ³
	CHR DE LANAUDIÈRE	22,6 [17,4; 28,5]	17,6 [14,3; 21,2]	4,3 [3,0; 5,8]	12,8 [8,9; 17,4]	dim ¹ , aug ³

Tableau 6 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par installation (périodes 6 à 9) (suite)

RSS	Installations	Taux d'incidence/10 000 j-p; périodes 6 à 9 [IC à 95 %]				Variations significatives
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011	
15	HÔPITAL DE SAINT-EUSTACHE	20,4 [15,0; 26,7]	14,4 [11,0; 18,2]	10,4 [7,9; 13,2]	3,1 [1,1; 6,1]	dim ¹ , dim ² , dim ³
	CSSS D'ARGENTEUIL ^a	0	19,2 [11,7; 28,5]	8,7 [4,7; 13,8]	11,5 [3,6; 23,8]	dim ¹
	HÔPITAL DE MONT-LAURIER	3,3 [0,3; 9,5]	12,6 [7,0; 19,8]	5,7 [2,6; 10,0]	3,7 [0,3; 10,6]	dim ²
	HÔPITAL RÉGIONAL DU CSSS DE SAINT-JÉRÔME	18,4 [14,0; 23,3]	12,3 [9,8; 15,1]	7,1 [5,5; 8,9]	10,0 [6,8; 13,8]	dim ¹
	HÔPITAL LAURENTIEN	9,3 [4,4; 15,9]	9,6 [5,7; 14,5]	2,5 [1,0; 4,7]	7,4 [2,9; 13,9]	
16	HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	8,2 [5,6; 11,3]	4,4 [3,0; 6,1]	9,7 [8,0; 11,6]	5,7 [3,6; 8,3]	dim ³
	HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	22,4 [17,1; 28,4]	7,2 [5,0; 9,7]	3,8 [2,5; 5,3]	6,6 [3,8; 10,1]	dim ¹
	HÔPITAL PIERRE-BOUCHER	6,3 [3,8; 9,4]	2,3 [1,3; 3,7]	1,4 [0,7; 2,3]	1,2 [0,3; 2,7]	dim ¹
	HÔPITAL HONORÉ-MERCIER	6,9 [3,3; 11,8]	10,4 [7,5; 13,8]	4,6 [3,1; 6,4]	3,8 [1,6; 6,9]	dim ²
	HÔTEL-DIEU DE SOREL	13,5 [8,1; 20,3]	4,4 [2,3; 7,2]	4,9 [3,1; 7,1]	7,7 [4,0; 12,7]	
	CH ANNA-LABERGE	27,1 [20,5; 34,7]	7,0 [4,7; 9,8]	3,3 [2,1; 4,8]	3,1 [1,2; 5,8]	dim ¹ , dim ²
	CH DE GRANBY	6,1 [2,6; 11,0]	3,2 [1,4; 5,8]	5,3 [3,3; 7,8]	0,7 [0; 2,8]	dim ¹ , dim ³
	HÔPITAL DU SUROÎT	25,7 [18,7; 33,8]	2,2 [0,9; 4,1]	1,8 [0,8; 3,1]	8,1 [4,5; 12,7]	dim ¹ , aug ² , aug ³
	HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	17,1 [9,8; 26,5]	2,6 [0,7; 5,8]	7,2 [4,2; 11,0]	1,2 [0; 4,7]	dim ¹ , dim ³
	HÔPITAL BARRIE MEMORIAL ^b	0	5,0 [0,5; 14,3]	17,0 [10,2; 25,5]	0	dim ¹ , dim ³

Les intervalles de confiance à 95 % [IC 95 %] sont calculés en approximation normale en utilisant la transformation racine carrée.

En gras : différence significative entre les taux d'incidence (test exact utilisé).

aug : Augmentation.

dim : Diminution.

Lorsque le taux d'incidence est égal à 0, l'intervalle de confiance n'est pas calculé.

¹ Différence significative avec le pic-épidémique (2004-2005).

² Différence significative avec la période épidémique tardive (2005-2007).

³ Différence significative avec la période post-épidémique (2007-2010).

^a Installation participant à la surveillance à compter de la période 6 de 2005-2006.

^b Installation participant à la surveillance à compter de la période 6 de 2006-2007.

^c Installation participant à la surveillance à compter de la période 10 de 2006-2007.

^d Installation participant à la surveillance à compter de la période 6 de 2008-2009.

^e Installation participant à la surveillance à compter de la période 6 de 2009-2010.

ANNEXE 2
STRATIFICATION DES RISQUES

STRATIFICATION DES RISQUES

Afin d'étudier les variations des taux d'incidence selon les caractéristiques des installations, celles-ci étaient stratifiées dans les rapports antérieurs selon les caractéristiques suivantes :

- taille de l'installation (en nombre de lits au permis de soins physiques et de gériatrie);
- proportion de personnes de 65 ans et plus dans la clientèle hospitalisée;
- type d'installation.

Afin de faciliter la comparaison entre les installations, les taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale sont présentés, dans ce bilan, sous six regroupements, stratifiés à partir de facteurs de risque en lien avec trois caractéristiques des installations soit la vocation, la taille et la proportion de patients de 65 ans et plus et, sous deux regroupements distincts pour les centres de réadaptation et de pédiatrie. Cette stratification a servi de base pour l'élaboration des indicateurs du MSSS. Il est important de noter que ces stratifications seront révisées aux deux ans (à moins d'un changement épidémiologique ou l'émergence de nouveaux facteurs) (tableau 7).

Des analyses multivariées dans une régression de Poisson ont produit des rapports de taux ajustés afin de mesurer l'impact d'une des caractéristiques (taille, type des installations, proportion de personnes de 65 ans et plus) sur le taux d'incidence de chaque installation tout en tenant compte des autres caractéristiques. Ceci a permis d'établir les 6 strates de risque suivantes qui tiennent compte de la taille de l'installation, de la proportion de personnes de 65 ans et plus et du type d'installation qui seront utilisés dans ce bilan trimestriel. Les centres de réadaptation et de pédiatrie n'ont pas été inclus dans cette analyse en raison de leur profil de clientèle et d'activités qui est différent des autres installations. Ces deux strates sont analysées séparément.

Tableau 7 Description des différentes strates de risques selon la taille (nombre de lits), la proportion de personnes de plus de 65 ans et le type d'installations

	Nombre de lits	Proportion de personnes ≥ 65 ans	Type d'installation
Strate 1	< 100 lits	< 35 %	
Strate 2	< 100 lits	≥ 35 %	
Strate 3	≥ 100 lits	< 35 %	Non universitaire
Strate 4	≥ 100 lits	≥ 35 %	Non universitaire
Strate 5	≥ 100 lits	< 35 %	Universitaire
Strate 6	≥ 100 lits	≥ 35 %	Universitaire
Strate 7			Réadaptation
Strate 8			Pédiatrie

Ainsi, les 95 installations qui participent au programme de surveillance sont assignées dans une catégorie au sein de laquelle elles peuvent se comparer entre elles.

ANNEXE 3

**TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE
PAR STRATE DE RISQUE POUR CHAQUE INSTALLATION**

TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE PAR STRATE DE RISQUE POUR CHAQUE INSTALLATION

Les figures 3 à 10 représentent les taux d'incidence de chaque installation au sein de la strate de risque qui lui est associée. De plus, le taux d'incidence des DACD des quatre premières périodes de la 7^e année de surveillance d'une installation donnée est comparé au taux d'incidence moyen pour ces mêmes périodes pour les années de surveillance 4 à 6 (2007 à 2010). Cette comparaison est dorénavant possible puisque nous avons maintenant un taux d'incidence très stable depuis la 4^e année de surveillance.

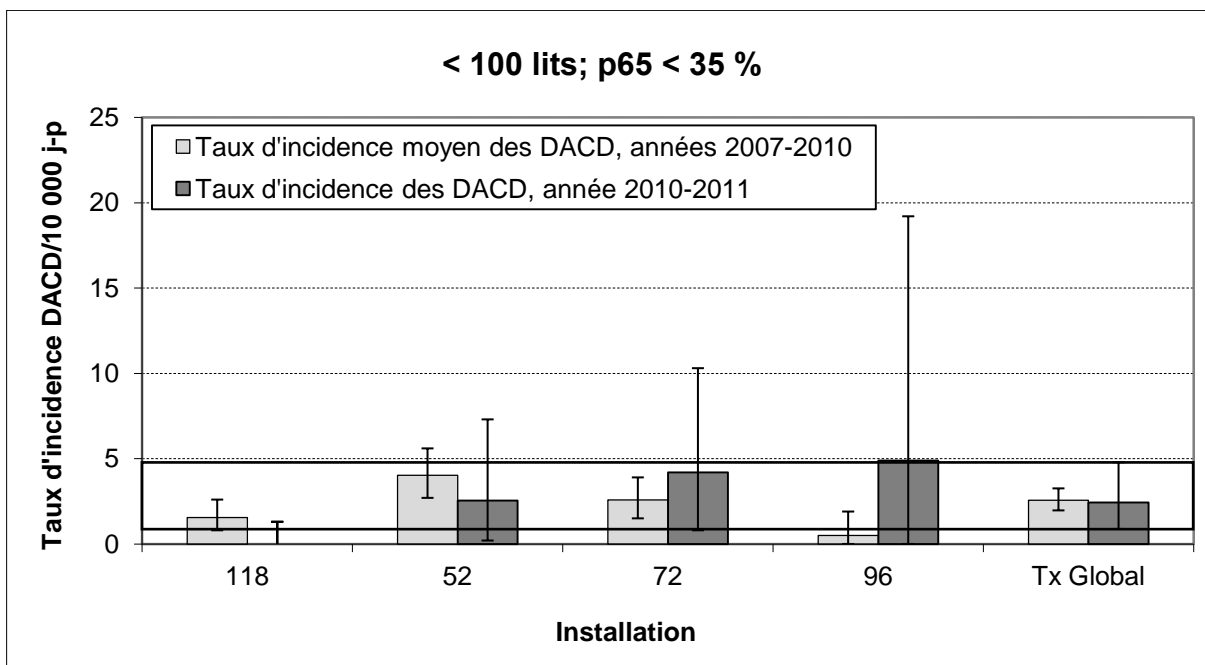


Figure 3 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les installations de moins de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus

Période post-épidémique : années de surveillance 2007 à 2010.

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2010-2011.

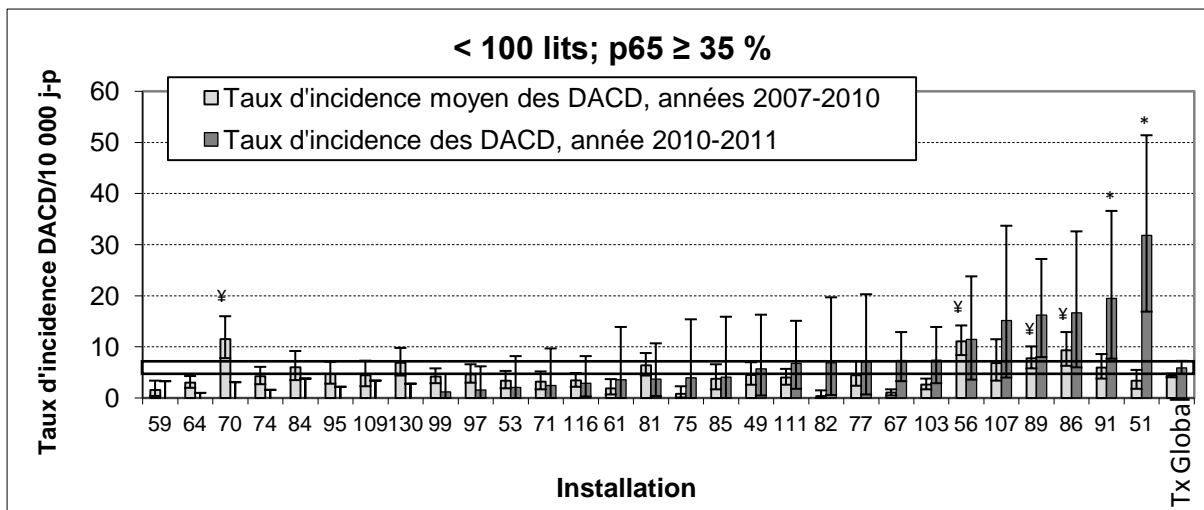


Figure 4 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les installations de moins de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus

Période post-épidémique : années de surveillance 2007 à 2010.

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2010-2011.

* Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de l'année de surveillance 2010-2011.

† Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de la moyenne des années de surveillance 2007 à 2010.

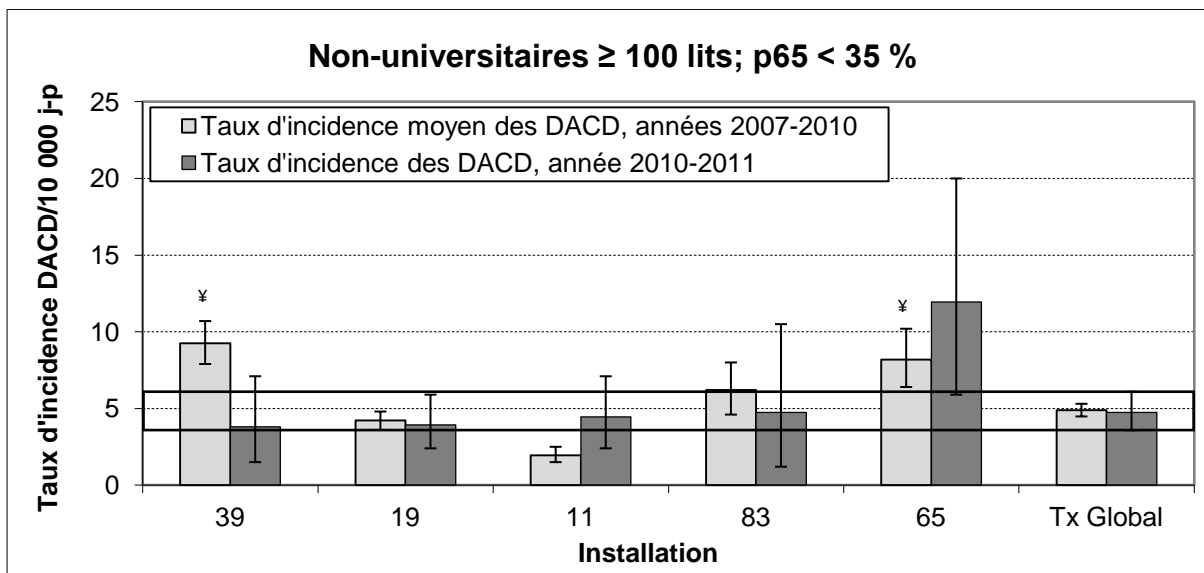


Figure 5 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus

Période post-épidémique : années de surveillance 2007 à 2010.

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2010-2011.

† Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de la moyenne des années de surveillance 2007 à 2010.

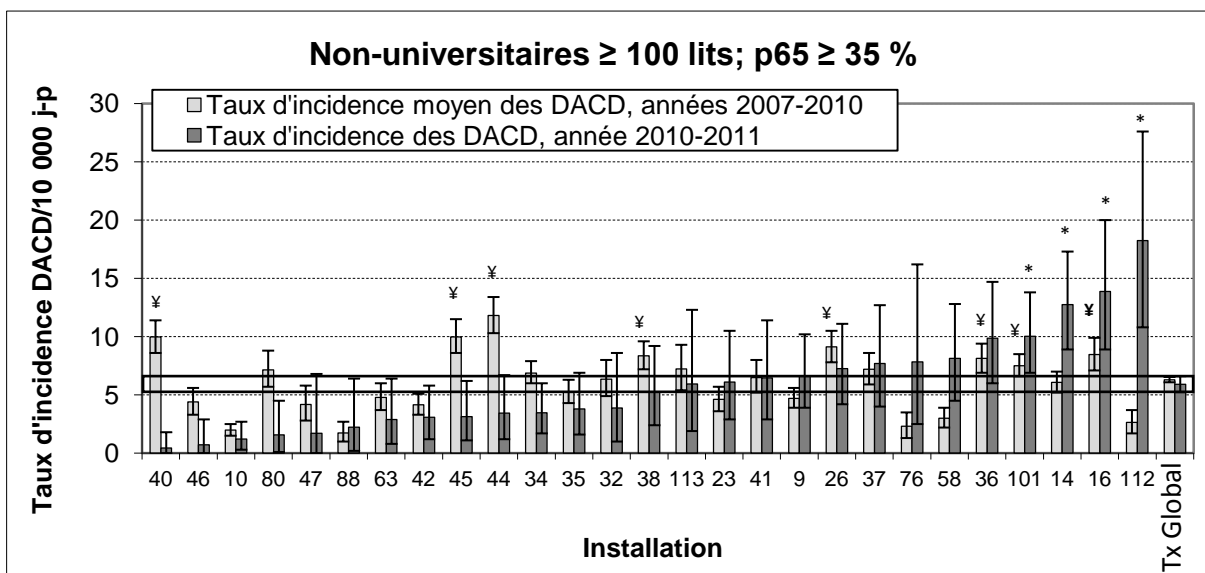


Figure 6 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus

Période post-épidémique : années de surveillance 2007 à 2010.

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2010-2011.

* Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de l'année de surveillance 2010-2011.

† Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de la moyenne des années de surveillance 2007 à 2010.

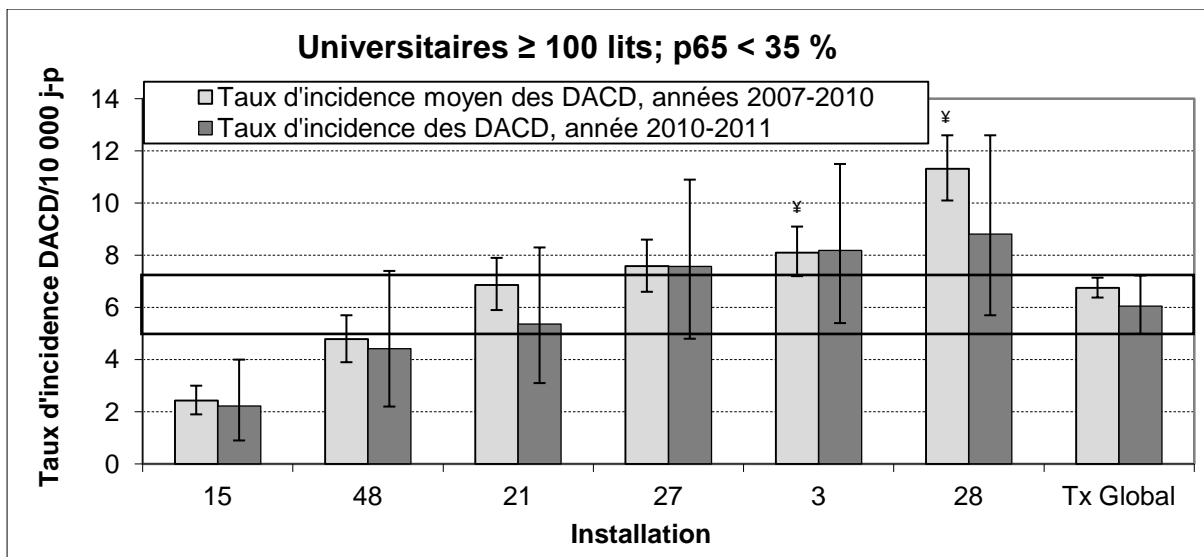


Figure 7 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus

Période post-épidémique : années de surveillance 2007 à 2010.

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2010-2011.

¥ Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de la moyenne des années de surveillance 2007 à 2010.

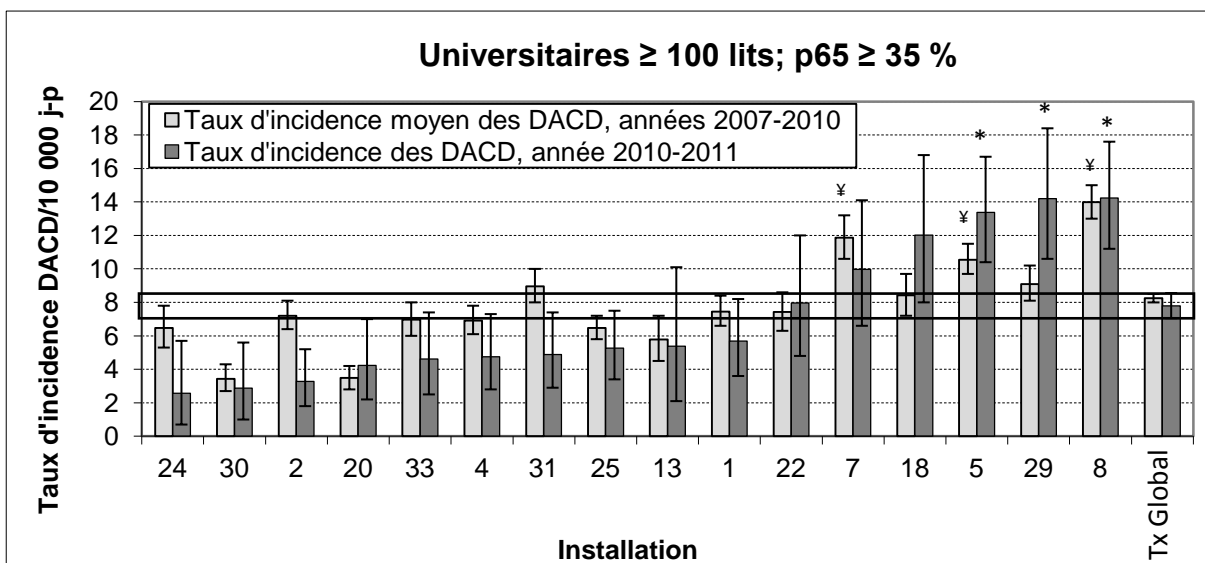


Figure 8 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus

Période post-épidémique : années de surveillance 2007 à 2010.

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2010-2011.

* Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de l'année de surveillance 2010-2011.

† Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de la moyenne des années de surveillance 2007 à 2010.

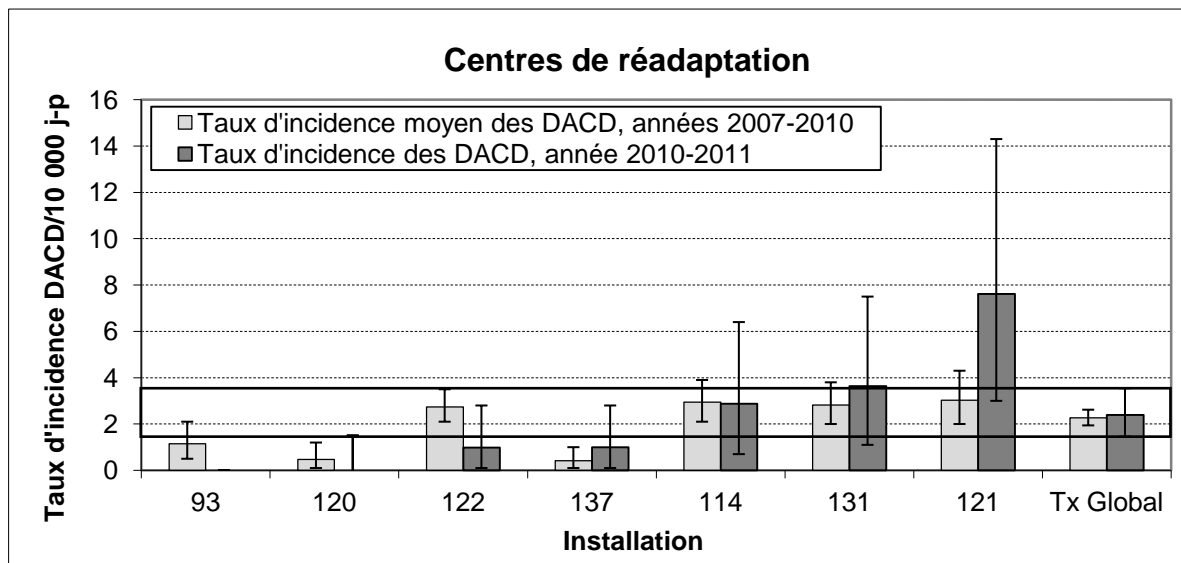


Figure 9 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres de réadaptation

Période post-épidémique : années de surveillance 2007 à 2010.

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2010-2011.

Note : l'installation 93 est devenue l'installation 137 au début de l'année de surveillance 2009-2010.

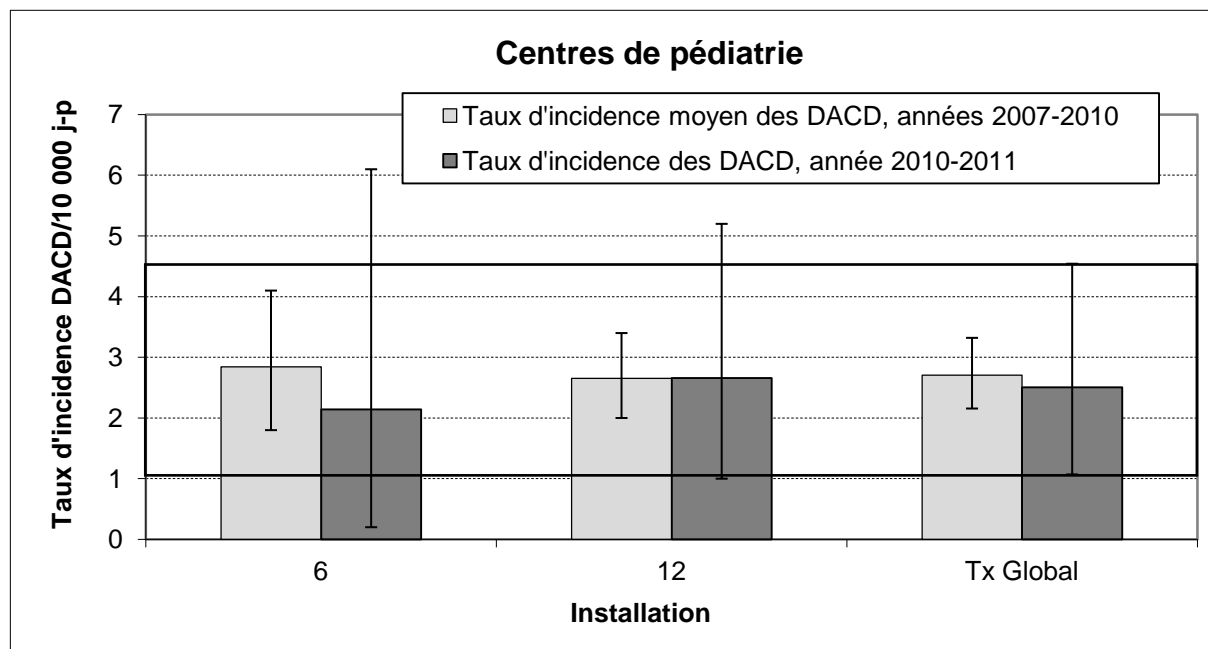


Figure 10 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence (périodes 6 à 9, 2007-2010 et 2010-2011) dans les centres de pédiatrie

Période post-épidémique : années de surveillance 2007 à 2010.

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2010-2011.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

