



SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec

BILAN DU 14 AOÛT 2011 AU 3 DÉCEMBRE 2011

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Rapport trimestriel de surveillance

Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec

BILAN DU 14 AOÛT 2011 AU 3 DÉCEMBRE 2011

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Mai 2012

AUTEUR

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales - *Clostridium difficile* (SPIN-CD)

RÉDACTION

Christophe Garenc, Institut national de santé publique du Québec

Yves Longtin, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Isabelle Rocher, Institut national de santé publique du Québec

Mélissa Trudeau, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Christophe Garenc, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Lise-Andrée Galarnéau, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Josée Vachon, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Vivian Loo, Centre universitaire de santé McGill

Louise Valiquette, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

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

Simon Lévesque, Institut national de santé publique du Québec

Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec

Anne Fortin, Institut national de santé publique du Québec

Membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

MISE EN PAGES

Lyne Théorêt, 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 – 3^e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1913-4533 (VERSION IMPRIMÉE)
ISSN : 1913-4541 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	V
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODES	3
2.1 Méthodes d'analyse	3
2.1.1 Stratification temporelle	3
3 RÉSULTATS	5
3.1 Participation	5
3.2 Ensemble des cas de DACD et origine de l'acquisition	5
3.3 Évolution temporelle des DACD d'origine nosocomiale	7
3.4 Évolution géographique des DACD d'origine nosocomiale.....	7
3.5 Variations des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale dans les installations	7
3.6 Variations des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale dans les installations par strate de risque.....	11
3.6.1 Analyse selon les strates de risque	11
3.6.2 Analyses univariées	11
4 CONCLUSION	15
RÉFÉRENCES	17
ANNEXE 1 TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE PAR INSTALLATION, PÉRIODES 6 À 9, 2004-2005 À 2011-2012	19
ANNEXE 2 STRATIFICATION DES RISQUES	27
ANNEXE 3 TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE PAR STRATE DE RISQUE POUR CHAQUE INSTALLATION	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des cas de DACD selon l'origine de l'acquisition dans les 95 installations, périodes 6 à 9, 2011-2012.....	5
Tableau 2	Évolution des DACD et des taux d'incidence pendant les périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012	6
Tableau 3	Nombre moyen de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale sur les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012.....	9
Tableau 4	Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par région sociosanitaire, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012	10
Tableau 5	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale, rapports de taux bruts (analyses univariées) selon les caractéristiques des installations, périodes 6 à 9, 2011-2012	13
Tableau 6	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale, rapports de taux bruts (analyses univariées) selon les strates de risques, périodes 6 à 9, 2011-2012	14
Tableau 7	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale par installation, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012	21
Tableau 8	Description des différentes strates de risque selon la taille (nombre de lits), la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus et le type d'installation.....	29

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution par période des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale [IC 95 %], dans les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance.....	8
Figure 2	Taux d'incidence global des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par strate de risque, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012	11
Figure 3	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les installations de moins de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012	33
Figure 4	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les installations de moins de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012	34
Figure 5	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012.....	34
Figure 6	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012.....	35
Figure 7	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012	35
Figure 8	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012	36
Figure 9	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres de réadaptation, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012	36
Figure 10	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres pédiatriques, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012	37

1 INTRODUCTION

La surveillance provinciale obligatoire des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) se poursuit pour la huitième année. Des bilans périodiques de 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 entre les périodes administratives¹ 6 à 9 de la huitième année de surveillance, soit du 14 août 2011 au 3 décembre 2011.

¹ Année financière 2011-2012 :

- période 6 : du 14 août 2011 au 10 septembre 2011;
- période 7 : du 11 septembre 2011 au 8 octobre 2011;
- période 8 : du 9 octobre 2011 au 5 novembre 2011;
- période 9 : du 6 novembre 2011 au 3 décembre 2011.

2 MÉTHODES

2.1 MÉTHODES D'ANALYSE

Les méthodes et les définitions utilisées sont décrites dans les bilans annuels précédents[1;2]. L'analyse porte sur l'ensemble des cas déclarés dans le système de surveillance au cours des périodes 6 à 9, soit du 14 août 2011 au 3 décembre 2011. Les données ont été extraites de la base de données le 20 février 2012.

La notion d'augmentation persistante des taux d'incidence des DACD sur 3 périodes consécutives dans une installation ou une région a été de nouveau introduite au rapport. Nous avons testé si les taux d'incidence observés aux périodes 4 à 9 de l'année 2011-2012 sont différents de la moyenne mobile des taux d'incidence attendus des trois périodes chevauchantes de l'année de surveillance 2010-2011. Si les taux d'incidence observés de trois périodes consécutives se terminant aux périodes 6 à 9 de l'année 2011-2012 présentent une augmentation significative par rapport aux taux d'incidence attendus, alors une notification d'augmentation persistante et consécutive sur 3 périodes est mentionnée (par exemple, une région aura une notification à la période 6 si les taux d'incidence des périodes 4, 5 et 6 de l'année 2011-2012 sont respectivement supérieurs à la moyenne des taux d'incidence attendus des périodes 3 à 5, 4 à 6 et 5 à 7 de l'année de surveillance 2010-2011. Cette notion est présentée aux tableaux 4 et 7.

2.1.1 Stratification temporelle

Depuis la septième année de surveillance, une nouvelle stratification temporelle, basée sur l'évolution des taux d'incidence de DACD des 6 premières années de surveillance, est proposée selon les regroupements annuels suivants :

- pic épidémique : taux d'incidence très élevés (2004-2005);
- première 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);
- seconde période épidémique tardive : taux d'incidence à la hausse (2010-2011).

3 RÉSULTATS

3.1 PARTICIPATION

Au cours des périodes à l'étude, 6 à 9 de l'année 2011-2012, la surveillance a concerné 1 579 906 jours-présence (j-p) et 194 614 admissions (adm.) dans l'ensemble des 95 installations participantes (tableau 2). Le nombre de DACD d'origine nosocomiale (catégorie 1) dépasse les nombres observés pendant la période post-épidémique 2007-2010 et la seconde période épidémique tardive de 2010-2011 (tableau 2) et est inférieur au nombre de la période épidémique tardive.

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

Un total de 1 499 cas de DACD a été déclaré par toutes les installations participantes pendant les périodes étudiées (tableau 1). Parmi ceux-ci, 1 057 (70,5 %) étaient d'origine nosocomiale liée à l'installation déclarante, 166 (11,1 %) étaient d'une autre origine nosocomiale (liée à une autre installation ou encore à des soins ambulatoires ou à des unités exclues de la surveillance), 163 (10,9 %) étaient d'origine présumée communautaire et 113 (7,5 %) étaient d'origine indéterminée (tableau 1).

Tableau 1 Répartition des cas de DACD selon l'origine de l'acquisition dans les 95 installations, périodes 6 à 9, 2011-2012

Catégorie	Origine de l'acquisition	Périodes 6 à 9 de 2011-2012	
		N	%
Cas déclarés			
Cat. 1	Nosocomiale liée à l'installation déclarante	1 057	70,5
Cat. 2a	Nosocomiale liée à une autre installation	74	4,9
Cat. 2b	Nosocomiale liée à des soins ambulatoires	92	6,1
Cat. 3	Communautaire	163	10,9
Cat. 4	Inconnue	113	7,5
	Total	1 499	100,0

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

Tableau 2 Évolution des DACD et des taux d'incidence pendant les périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012

Indicateurs	Pic épidémique	Première période épidémique tardive	Période post-épidémique	Seconde période épidémique tardive	Périodes à l'étude
	2004-2005	2005-2007*	2007-2010*	2010-2011	2011-2012
Nombre d'installations participantes	88	91 – 93	94 – 95	95	95
Jours-présence	1 587 139	1 546 578 – 1 555 097	1 543 185 – 1 569 176	1 593 464	1 579 906
Admissions	188 309	188 889 – 192 028	188 041 – 190 542	191 217	194 614
DACD déclarés	2 640	1 551 – 1 749	1 241 – 1 285	1 436	1 499
DACD nosocomiales (cat. 1)	1 897	1 119 – 1 258	871 – 940	982	1 057
Taux d'incidence (cat. 1)/10 000 j-p	11,95	7,24 – 8,09	5,57 – 6,09	6,16	6,69
Taux d'incidence (cat. 1)/1 000 adm.	10,07	5,92 – 6,55	4,63 – 4,99	5,14	5,43

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.

3.3 ÉVOLUTION TEMPORELLE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE

Les 1 057 cas de DACD d'origine nosocomiale liée aux unités de soins de courte durée des installations déclarantes représentent un taux d'incidence global de 6,69/10 000 jours-présence.

Au niveau provincial, le taux d'incidence des DACD pour la période administrative 6 de 2011-2012, calculé sur les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance, est significativement plus élevé que le taux d'incidence observé pendant la même période de la seconde période épidémique tardive 2010-2011. Les taux d'incidence des périodes 7 et 8 sont significativement plus élevés que les taux d'incidence observés pendant la période post-épidémique 2007-2010. Enfin, les taux d'incidence des périodes 6 à 9 sont significativement inférieurs aux taux d'incidence observés pendant le pic épidémique 2004-2005 (figure 1 et tableau 3).

3.4 ÉVOLUTION GEOGRAPHIQUE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE

Au cours des quatre périodes de surveillance, les taux d'incidence des DACD des régions varient de 0 (Nord-du-Québec) à 12,9 (Laurentides) par 10 000 jours-présence (tableau 4).

Les taux d'incidence ont significativement augmenté par rapport aux taux d'incidence observés pendant la seconde période épidémique tardive 2010-2011 pour 3 régions sociosanitaires (Mauricie et Centre-du-Québec, Côte-Nord et Laurentides). Des diminutions significatives des taux d'incidence sont observées dans les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de Lanaudière par rapport à la seconde période épidémique tardive 2010-2011 (tableau 4).

Par ailleurs, la région de la Mauricie et Centre-du-Québec a eu une augmentation persistante de ses taux d'incidence pendant trois périodes consécutives se terminant aux périodes 6 et 7 de l'année de surveillance 2011-2012.

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

Au niveau local, le taux d'incidence annuel des DACD d'origine nosocomiale a varié de 0 à 26,0/10 000 jours-présence durant les périodes à l'étude (tableau 7 de l'annexe 1).

En résumé, 14 installations (15 %) ont connu une augmentation significative alors que 9 installations (9 %) ont connu une diminution significative de leur taux d'incidence des DACD par rapport à la seconde période épidémique tardive 2010-2011.

Par ailleurs, six installations ont connu une augmentation persistante et consécutive de leur taux d'incidence pendant trois périodes consécutives se terminant entre les périodes 6 ou 7 de 2011-2012.

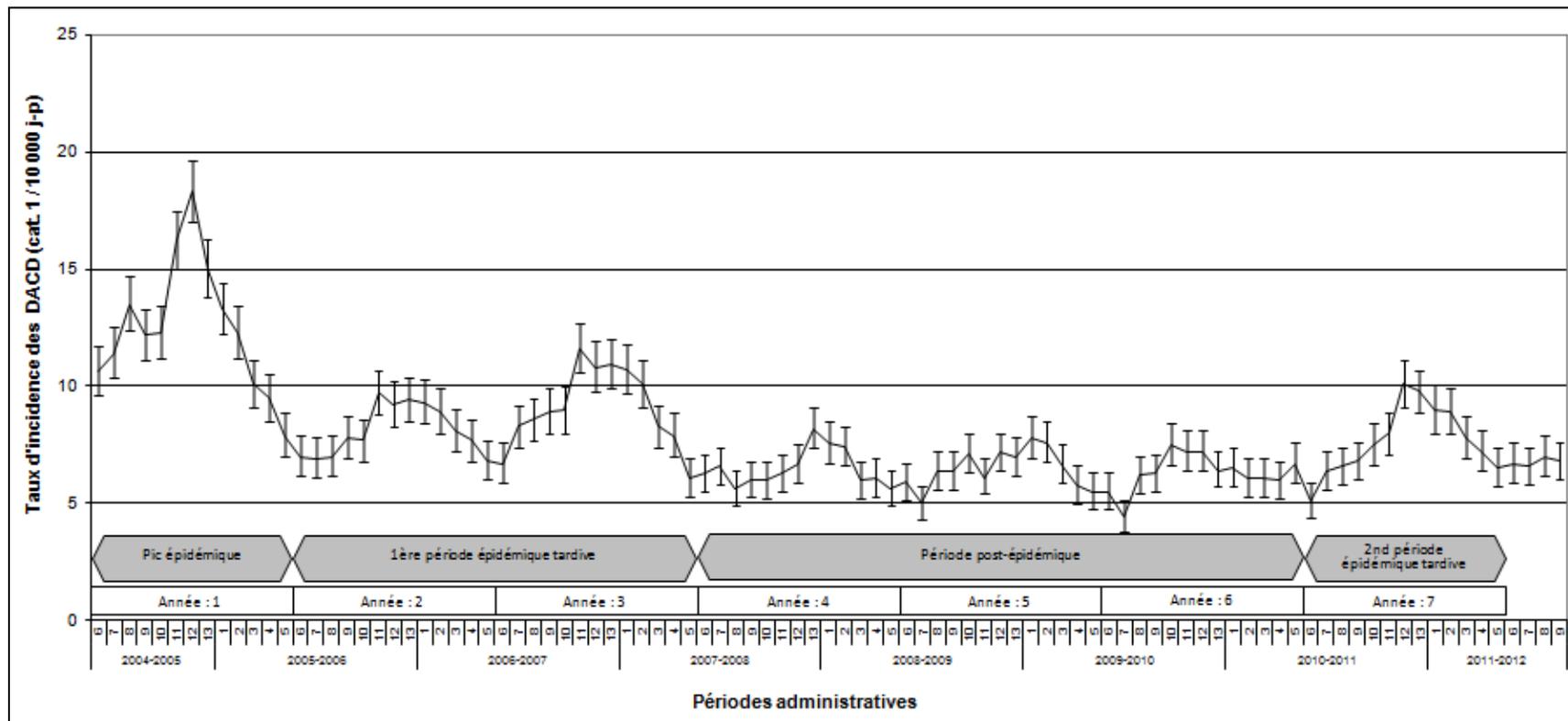


Figure 1 Évolution par période des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale [IC 95 %], dans les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance

Tableau 3 Nombre moyen de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale sur les 87 installations ayant participé à toutes les années de surveillance, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012

Période	Pic épidémique 2004-2005		Première période épidémique tardive 2005-2007		Période post-épidémique 2007-2010		Seconde période épidémique tardive 2010-2011		Période à l'étude 2011-2012	
	Nombre de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nombre de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nombre de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nombre de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]	Nombre de DACD	Taux d'incidence [IC 95 %]
6	403	10,6 [9,6 ; 11,7]	500	6,8 [6,2 ; 7,4]	648	5,9 [5,5 ; 6,4]	188	5,1 [4,4 ; 5,9]	244	6,7 [5,9 ; 7,6] ^{a, d}
7	453	11,4 [10,4 ; 12,5]	585	7,6 [7,0 ; 8,2]	611	5,3 [4,9 ; 5,7]	248	6,4 [5,6 ; 7,2]	254	6,6 [5,8 ; 7,4] ^{b, d}
8	547	13,5 [12,4 ; 14,7]	609	7,8 [7,2 ; 8,4]	709	6,1 [5,7 ; 6,6]	259	6,6 [5,8 ; 7,4]	276	7,0 [6,2 ; 7,9] ^{b, d}
9	494	12,2 [11,1 ; 13,3]	654	8,4 [7,8 ; 9,1]	723	6,2 [5,8 ; 6,7]	271	6,8 [6,0 ; 7,6]	268	6,8 [6,0 ; 7,6] ^{c, d}
Total	1897	12,0 [11,4 ; 12,5]	2348	7,7 [7,4 ; 8,0]	2691	5,9 [5,7 ; 6,1]	966	6,2 [5,9 ; 6,6]	1042	6,8 [6,4 ; 7,2]^{b, c, d}

^a Significativement plus élevé par rapport à la seconde période épidémique tardive.

^b Significativement plus élevé par rapport à la période post-épidémique.

^c Significativement inférieur à la première période épidémique tardive.

^d Significativement inférieur au pic épidémique.

Tableau 4 Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par région sociosanitaire, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012*

Région sociosanitaire	Pic épidémique 2004-2005		Première période épidémique tardive 2005-2007		Période post- épidémique 2007-2010		Seconde période épidémique tardive 2010-2011		Période à l'étude 2011-2012		Variation significative	Augmentation persistante
	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 %]	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]	33	8,3 [5,7 ; 11,4]	42	10,9 [7,8 ; 14,5]		
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]	23	3,4 [2,1 ; 4,9]	dim	
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	6,3 [5,2 ; 7,5]	121	6,8 [5,6 ; 8,1]		
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]	86	10,0 [8,0 ; 12,2]	aug	cons
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]	17	2,8 [1,6 ; 4,3]		
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]	430	7,7 [7,0 ; 8,4]		
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]	21	3,7 [2,3 ; 5,4]		
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]	13	4,8 [2,6 ; 7,8]		
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]	11	7,1 [3,5 ; 11,9]	aug	
NORD-DU-QUÉBEC (10)	0	-	0	-	0	-	1	4,9 [0,0 ; 19,2]	0	-		
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]	8	4,6 [2,0 ; 8,3]		
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]	41	7,7 [5,5 ; 10,2]		
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]	27	4,2 [2,8 ; 5,9]		
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]	29	5,1 [3,4 ; 7,1]	dim	
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]	85	12,9 [10,3 ; 15,8]	aug	
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]	88	4,6 [3,7 ; 5,6]		

* Le tableau comprend seulement les installations ayant participé à toutes les années de surveillance.

En gras : différence significative entre la seconde période épidémique tardive 2010-2011 et la période à l'étude (2011-2012) pour les taux d'incidence (test exact utilisé).

aug : augmentation.

dim : diminution.

Cons : présente une augmentation persistante du taux d'incidence périodique pendant au moins trois périodes consécutives comparativement à la moyenne des mêmes taux d'incidence périodiques de la seconde période épidémique tardive 2010-2011.

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

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

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

3.6.1 Analyse selon les strates de risque

La figure 2 présente la comparaison, selon les strates de risque, des taux d'incidence de DACD pour les périodes 6 à 9 de 2011-2012 avec les taux d'incidence de DACD pour les mêmes périodes de 2010-2011 (voir l'annexe 2 pour plus de détails).

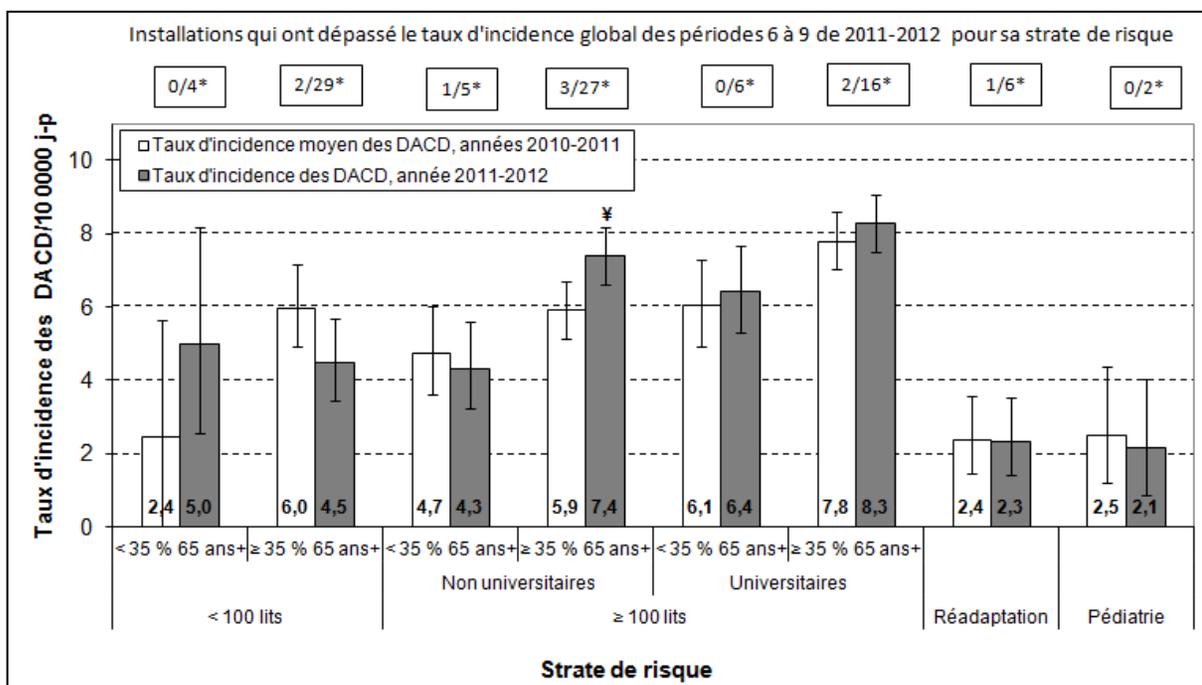


Figure 2 Taux d'incidence global des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence par strate de risque, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

* Proportion du nombre d'installations dont le taux d'incidence dépasse de façon significative le taux d'incidence global de sa strate de risque sur le nombre total d'installations dans sa strate de risque.

¥ Différence significative par rapport au taux d'incidence global des périodes 6 à 9 de l'année 2010-2011.

p65 : proportion de personnes âgées de 65 ans et plus.

Les strates de risque d'installations < 100 lits contiennent chacune une installation universitaire.

Globalement, l'augmentation des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale dans les strates de risque peut être imputée à 9 installations. Une analyse plus détaillée des taux d'incidence des DACD par strate de risque pour chaque installation est présentée à l'annexe 3.

3.6.2 Analyses univariées

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

Les analyses univariées ont été réalisées dans un premier temps selon les caractéristiques de taille (nombre de lits), de clientèle (proportion de personnes âgées de 65 ans et plus) et de mission (vocation de l'installation).

Ces analyses nous démontrent que les installations ayant de 100 à 250 lits et celles ayant plus de 250 lits présentent respectivement des taux d'incidence 1,4 et 1,7 fois plus élevés que celles ayant moins de 100 lits (tableau 5).

Les installations ayant une proportion supérieure à 35 % de personnes âgées de 65 ans et plus présentent un taux d'incidence 1,3 fois plus élevé que celles ayant une proportion inférieure à 35 % de personnes âgées de 65 ans et plus. Les centres pédiatriques ont un taux d'incidence inférieur par rapport à la référence (RT : 0,4).

Les centres universitaires ont un taux d'incidence 1,2 fois plus élevé que les centres non universitaires. Les centres de réadaptations ont un taux d'incidence inférieur par rapport à la référence (RT : 0,4).

Dans un second temps, les analyses univariées ont été réalisées selon les strates de risques.

Ces analyses démontrent que seule la strate de risque des centres de réadaptation est inférieure à la strate de risque de référence (tableau 6).

Tableau 5 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale, rapports de taux bruts (analyses univariées) selon les caractéristiques des installations, périodes 6 à 9, 2011-2012

Caractéristique	CH (N)	Indicateur de distribution						Taux d'incidence [IC 95 %]	RT brut [¥] [IC 95 %]
		Min	25 %	50 %	75 %	90 %	Max		
Selon le nombre de lits									
< 100 lits	33		1,5	3,2	6,4	9,2	26,0	4,6 [3,6 ; 5,7]	(Réf.)
100-249 lits	30	0,7	2,6	4,6	9,1	12,7	20,8	6,3 [5,6 ; 7,0]	1,4 [1,1 ; 1,8]
≥ 250 lits	26	2,1	5,3	6,7	9,8	12,8	16,4	7,7 [7,2 ; 8,3]	1,7 [1,3 ; 2,2]
Selon la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus									
< 35 %	15		2,6	4,9	9,2	10,0	13,8	2,1 [0,9 ; 4,0]	(Réf.)
≥ 35 %	72		2,6	5,5	9,0	11,6	26,0	7,4 [7,0 ; 8,0]	1,3 [1,1 ; 1,6]
Centre pédiatrique	2	1,1	1,1	1,9	2,6	2,6	2,6	2,1 [0,9 ; 4,0]	0,4 [0,2 ; 0,8]
Selon la vocation de l'installation									
Centre non universitaire	63		2,0	4,6	8,2	11,5	26,0	6,4 [5,8 ; 7,0]	(Réf.)
Centre universitaire	26	1,1	4,3	6,2	9,6	11,6	13,6	7,5 [6,8 ; 8,1]	1,2 [1,0 ; 1,3]
Centre de réadaptation	6		0,5	1,5	2,8	10,0	10,0	2,3 [1,4 ; 3,5]	0,4 [0,2 ; 0,6]

[¥] 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 la taille de l'installation, la clientèle et la mission.

Chaque variable est ainsi ajustée pour les autres variables que celle d'intérêt.

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

Tableau 6 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale, rapports de taux bruts (analyses univariées) selon les strates de risques, périodes 6 à 9, 2011-2012

Strate de risque	CH (N)	Indicateur de distribution						Taux d'incidence [IC 95 %]	RT brut [¶] [IC 95 %]
		Min	25 %	50 %	75 %	90 %	Max		
Installations < 100 lits et p65 < 35 %	4		1,3	4,0	7,3	9,2	9,2	5,0 [2,6 ; 8,2]	(Réf.)
Installations < 100 lits et p65 ≥ 35 %	29		1,5	3,2	6,4	10,8	26,0	4,5 [3,4 ; 5,7]	0,9 [0,5 ; 1,7]
Non universitaire ≥ 100 lits et p65 < 35 %	5	0,7	4,5	4,7	4,9	13,8	13,8	4,3 [3,2 ; 5,6]	0,9 [0,5 ; 1,6]
Non universitaire ≥ 100 lits et p65 ≥ 35 %	27	1,1	3,0	5,8	10,0	13,8	20,8	7,4 [6,6 ; 8,2]	1,5 [0,8 ; 2,6]
Universitaire ≥ 100 lits et p65 < 35 %	6	2,1	4,3	6,2	9,3	10,0	10,0	6,4 [5,3 ; 7,7]	1,3 [0,7 ; 2,3]
Universitaire ≥ 100 lits et p65 ≥ 35 %	16	2,4	5,7	7,6	10,0	12,8	13,6	8,3 [7,5 ; 9,1]	1,7 [0,9 ; 3,0]
Réadaptation	6		0,5	1,5	2,8	10,0	10,0	2,3 [1,4 ; 3,5]	0,5 [0,2 ; 1,0]
Pédiatrique	2	1,1	1,1	1,9	2,6	2,6	2,6	2,1 [0,9 ; 4,0]	0,4 [0,2 ; 1,1]

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

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

Les six centres de réadaptation ne sont pas inclus dans l'analyse selon le nombre de lits et selon la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans.

Les strates de risque d'installation < 100 lits contiennent chacune une installation universitaire.

4 CONCLUSION

L'augmentation des taux d'incidence provinciaux de la DACD observée lors de la seconde période épidémique tardive 2010-2011 semble se maintenir élevée pendant les quatre premières périodes. En effet, le creux estival observé lors de la période post-épidémique (2007-2010) ne semble pas aussi accentué en début de cette huitième année de surveillance. Par ailleurs, une augmentation statistiquement significative des taux d'incidence est observée dans les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec, de la Côte-Nord et des Laurentides par rapport aux mêmes périodes de la seconde période épidémique tardive 2010-2011.

Pendant ces quatre premières périodes de la huitième année de surveillance, seule la strate de risque des centres de réadaptation est inférieure à la strate de risque de référence (installations < 100 lits et p65 < 35 %).

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, PÉRIODES 6 À 9, 2004-2005 À 2011-2012**

Tableau 7 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale par installation, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012

RSS	Installation	Taux d'incidence des DACD/10 000 j-p [IC 95 %]					Variation significative	Augm. persistante
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011	2011-2012		
01	HÔPITAL RÉGIONAL 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]	20,8 [14,4 ; 28,4]		cons
	CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU GRAND-PORTAGE	2,7 [0,5 ; 6,6]	7,9 [4,5 ; 12,3]	6,8 [4,2 ; 10,0]	3,9 [1,0 ; 8,6]	3,1 [0,6 ; 7,6]		
	HÔPITAL NOTRE-DAME-DE-FATIMA	0	1,6 [0,0 ; 6,2]	1,0 [0,0 ; 3,9]	3,5 [0,0 ; 13,8]	3,4 [0,0 ; 13,3]		
	HÔPITAL DE MATANE	2,4 [0,0 ; 9,3]	5,9 [1,9 ; 12,2]	4,9 [1,8 ; 9,6]	4,9 [0,5 ; 14,1]	0	dim	
	HÔPITAL D'AMQUI	0	14,4 [6,5 ; 25,4]	4,5 [1,2 ; 10,0]	7,1 [0,7 ; 20,3]	10,8 [2,0 ; 26,5]		
	HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DU-LAC	0	5,4 [1,0 ; 13,2]	3,4 [0,6 ; 8,3]	0	3,8 [0,0 ; 15,0]		
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]	2,4 [0,9 ; 4,5]		
	HÔPITAL ET CENTRE DE RÉADAPTATION 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]	3,2 [0,8 ; 7,1]		
	HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI	0	1,7 [0,2 ; 4,9]	4,0 [1,6 ; 7,5]	0	1,5 [0,0 ; 5,9]		
	HÔPITAL, CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT 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]	1,9 [0,2 ; 5,4]		
	HÔPITAL D'ALMA	0	3,2 [1,4 ; 5,8]	1,0 [0,2 ; 2,4]	18,2 [10,8 ; 27,6]	10,0 [4,5 ; 17,6]		
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]	5,8 [3,7 ; 8,3]		
	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]	9,5 [6,1 ; 13,6]		cons
	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]	4,7 [2,0 ; 8,5]		
	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]	5,3 [3,0 ; 8,2]		
	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]	7,1 [4,3 ; 10,6]		
	INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC	5,4 [3,1 ; 8,4]	12,2 [9,5 ; 15,2]	5,2 [3,8 ; 6,8]	4,6 [2,5 ; 7,3]	6,1 [3,6 ; 9,2]		
	HÔPITAL DE BAIE-SAINT-PAUL ^c	0	0	1,3 [0,0 ; 5,2]	0	0		
	HÔPITAL DE LA MALBAIE	0	6,0 [1,5 ; 13,4]	1,0 [0,0 ; 3,9]	14,6 [5,3 ; 28,6]	26,0 [11,8 ; 45,7]		
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]	8,9 [4,8 ; 14,2]		
	PAVILLON SAINT-JOSEPH	23,3 [18,8 ; 28,3]	13,6 [11,1 ; 16,4]	7,7 [6,1 ; 9,4]	4,9 [2,9 ; 7,4]	10,1 [7,1 ; 13,6]	aug	cons
	HÔPITAL DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE	2,8 [0,7 ; 6,2]	2,0 [0,6 ; 4,1]	9,7 [6,9 ; 13,0]	6,5 [3,0 ; 11,4]	6,4 [2,9 ; 11,3]		
	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]	13,8 [8,9 ; 19,7]	aug	cons
	CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE ^a	0	0	1,4 [0,0 ; 5,5]	4,1 [0,0 ; 16,0]	4,6 [0,0 ; 18,1]		

Tableau 7 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale par installation, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012 (suite)

RSS	Installation	Taux d'incidence des DACD/10 000 j-p [IC 95 %]					Variation significative	Augm. persistante
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011	2011-2012		
05	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]	2,1 [0,8 ; 3,9]		
	HOTEL-DIEU DE SHERBROOKE	16,9 [11,6 ; 23,3]	7,4 [4,9 ; 10,4]	2,2 [1,2 ; 3,5]	2,9 [1,1 ; 5,7]	4,3 [1,9 ; 7,6]		
	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]	3,0 [0,0 ; 11,8]		
	CSSS DU GRANIT	0	2,0 [0,0 ; 7,9]	2,7 [0,3 ; 7,8]	3,9 [0,0 ; 15,3]	0		
06	HÔPITAL ROYAL VICTORIA	13,9 [10,3 ; 18,0]	11,0 [8,7 ; 13,5]	7,3 [5,8 ; 9,0]	8,2 [5,4 ; 11,5]	9,3 [6,4 ; 12,7]		
	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]	5,5 [3,4 ; 8,2]		
	HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	19,3 [15,7 ; 23,2]	7,7 [6,0 ; 9,6]	11,8 [10,1 ; 13,6]	13,4 [10,4 ; 16,7]	13,6 [10,6 ; 17,0]		cons
	L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	0,9 [0,0 ; 3,5]	2,6 [0,8 ; 5,4]	2,6 [1,0 ; 4,9]	2,1 [0,2 ; 6,1]	1,1 [0,0 ; 4,3]		
	PAV. MAISONNEUVE/PAV. MARCEL-LAMOUREUX	18,5 [15,3 ; 22,0]	16,9 [14,5 ; 19,5]	13,6 [11,8 ; 15,5]	14,2 [11,2 ; 17,6]	9,6 [7,1 ; 12,4]		dim
	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE 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]	2,6 [0,9 ; 5,1]		
	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]	7,3 [3,3 ; 12,8]		
	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]	10,0 [6,8 ; 13,8]		aug
	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]	11,6 [7,7 ; 16,3]		
	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]	6,2 [4,2 ; 8,6]		
	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]	8,2 [4,9 ; 12,3]		
	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]	12,8 [9,3 ; 16,9]		cons
	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]	8,1 [5,2 ; 11,7]		aug
	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]	2,0 [0,5 ; 4,4]		dim
	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]	5,2 [2,4 ; 9,2]		
	CENTRE HOSPITALIER 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]	4,3 [2,0 ; 7,4]		
HÔPITAL DE LACHINE	0	2,9 [0,8 ; 6,4]	1,8 [0,5 ; 4,0]	7,8 [2,5 ; 16,2]	4,6 [0,9 ; 11,3]			
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]	11,4 [6,4 ; 17,9]		aug	

Tableau 7 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale par installation, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012 (suite)

RSS	Installation	Taux d'incidence des DACD/10 000 j-p [IC 95 %]					Variation significative	Augm. persistante
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011	2011-2012		
06	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]	13,8 [6,6 ; 23,7]		
	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]	1,5 [0,1 ; 4,3]		
	INSTITUT THORACIQUE DE MONTRÉAL ^a	0	4,5 [1,8 ; 8,5]	3,2 [1,3 ; 6,0]	2,9 [0,3 ; 8,3]	1,5 [0,0 ; 5,9]		
	HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL	2,7 [0,2 ; 7,8]	5,1 [2,2 ; 9,3]	0,9 [0,1 ; 2,6]	0	2,6 [0,2 ; 7,4]	aug	
	HÔPITAL RICHARDSON	1,6 [0,0 ; 6,3]	0	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]	10,0 [4,5 ; 17,6]		
	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]	0,5 [0,0 ; 1,9]		
	INSTITUT DE RÉADAPTATION GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL ^e	0	0	1,4 [0,3 ; 3,5]	1,0 [0,1 ; 2,9]	2,8 [0,9 ; 5,8]		
07	HÔPITAL 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]	4,7 [2,1 ; 8,3]		
	HÔPITAL DE HULL	5,0 [2,6 ; 8,2]	12,4 [9,4 ; 15,8]	8,6 [6,5 ; 11,0]	0,5 [0,0 ; 1,9]	3,9 [1,8 ; 6,9]	aug	
	HÔPITAL DE MANIWAKI	4,8 [0,5 ; 13,7]	4,3 [1,1 ; 9,6]	0,9 [0,0 ; 3,4]	31,8 [16,9 ; 51,4]	4,4 [0,4 ; 12,7]	dim	
	HÔPITAL DU PONTIAC	3,0 [0,0 ; 11,8]	13,0 [6,2 ; 22,3]	4,2 [1,3 ; 8,7]	0	0		
	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]	1,7 [0,0 ; 6,7]		
08	HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA	8,9 [3,2 ; 17,4]	11,0 [5,8 ; 17,8]	7,0 [3,9 ; 11,0]	1,7 [0,0 ; 6,7]	2,6 [0,2 ; 7,5]		
	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]	5,4 [1,4 ; 12,0]		
	HÔPITAL ET CLSC 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]	4,5 [1,2 ; 10,0]		
	CENTRE DE SOINS DE COURTE DURÉE LA SARRE	13,9 [3,6 ; 30,9]	5,2 [1,0 ; 12,8]	6,3 [2,0 ; 13,1]	0	8,9 [1,7 ; 21,8]	aug	
	PAVILLON SAINTE-FAMILLE ^b	0	0	0	6,9 [0,7 ; 19,8]	0		
09	HÔPITAL LE ROYER	2,2 [0,2 ; 6,3]	0,6 [0,0 ; 2,3]	2,6 [1,0 ; 4,9]	0	5,5 [1,7 ; 11,4]	aug	
	HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SEPT-ÎLES	0	1,3 [0,1 ; 3,8]	1,8 [0,5 ; 4,0]	4,2 [0,8 ; 10,3]	9,2 [3,3 ; 18,0]		
10	CENTRE DE SANTÉ DE CHIBOUGAMAU	0	0	0	4,9 [0,0 ; 19,2]	0		
11	HÔPITAL DE CHANDLER	1,9 [0,0 ; 7,5]	6,9 [2,7 ; 12,9]	5,9 [2,5 ; 10,7]	2,1 [0,0 ; 8,2]	6,4 [1,2 ; 15,6]		
	HÔPITAL HÔTEL-DIEU DE GASPÉ	1,9 [0,0 ; 7,4]	4,2 [1,1 ; 9,3]	4,0 [1,3 ; 8,2]	19,5 [7,7 ; 36,6]	5,4 [0,5 ; 15,5]		
	HÔPITAL DE MARIA	3,4 [0,3 ; 9,8]	3,6 [0,9 ; 8,0]	5,3 [2,4 ; 9,3]	1,6 [0,0 ; 6,2]	1,6 [0,0 ; 6,3]		

Tableau 7 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale par installation, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012 (suite)

RSS	Installation	Taux d'incidence des DACD/10 000 j-p [IC 95 %]					Variation significative	Augm. persistante
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011	2011-2012		
11	HÔPITAL DE L'ARCHIPEL ^d	0	0	6,1 [1,1 ; 15,0]	15,2 [4,0 ; 33,7]	0		dim
	HÔPITAL DE SAINTE-ANNE-DES-MONTS	11,9 [2,3 ; 29,1]	5,4 [1,0 ; 13,2]	1,2 [0,0 ; 4,7]	0	7,5 [0,7 ; 21,5]		aug
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]	9,8 [6,3 ; 14,1]		
	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]	9,1 [4,8 ; 14,7]		aug
	HÔPITAL DE MONTMAGNY	1,4 [0,0 ; 5,4]	3,0 [0,8 ; 6,6]	6,4 [3,4 ; 10,3]	16,2 [8,0 ; 27,2]	1,5 [0,0 ; 5,8]		dim
	HÔPITAL DE THETFORD MINES	5,7 [1,5 ; 12,6]	0	5,4 [2,8 ; 8,9]	5,9 [1,9 ; 12,2]	3,7 [0,7 ; 9,1]		
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]	4,9 [3,2 ; 7,0]		
	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]	1,5 [0,1 ; 4,3]		
14	HÔPITAL 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]	0,7 [0,1 ; 2,0]		dim
	CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL 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]	10,1 [6,7 ; 14,3]		
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]	11,5 [7,4 ; 16,4]		aug
	CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX D'ARGENTEUIL ^a	0	19,2 [11,7 ; 28,5]	8,7 [4,7 ; 13,8]	11,5 [3,6 ; 23,8]	14,7 [5,8 ; 27,6]		
	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]	7,5 [1,9 ; 16,7]		
	HÔPITAL RÉGIONAL 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]	16,4 [12,2 ; 21,3]		aug
	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]	7,1 [2,5 ; 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]	7,9 [5,3 ; 11,0]		
	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]	5,8 [3,2 ; 9,1]		
	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]	6,0 [3,6 ; 9,0]		aug
	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]	3,0 [1,1 ; 5,9]		
	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]	2,6 [0,7 ; 5,8]		dim
	HÔPITAL 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]	3,6 [1,5 ; 6,5]		
	HÔPITAL DE GRANBY	6,1 [2,6 ; 11,0]	3,2 [1,4 ; 5,8]	5,3 [3,3 ; 7,8]	0,7 [0,0 ; 2,8]	1,5 [0,1 ; 4,3]		

Tableau 7 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale par installation, périodes 6 à 9, 2004-2005 à 2011-2012 (suite)

RSS	Installation	Taux d'incidence des DACD/10 000 j-p [IC 95 %]					Variation significative	Augm. persistante
		2004-2005	2005-2007	2007-2010	2010-2011	2011-2012		
16	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]	1,1 [0,1 ; 3,2]	dim	
	HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	17,1 [9,8 ; 26,5]	2,6 [0,7 ; 5,8]	7,2 [4,2 ; 11,0]	1,2 [0,0 ; 4,7]	2,4 [0,2 ; 6,9]		
	HÔPITAL BARRIE MEMORIAL ^b	0	5,0 [0,5 ; 14,3]	17,0 [10,2 ; 25,5]	0	2,7 [0,0 ; 10,5]		

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

En gras : différence significative la seconde période épidémique tardive 2010-2011 et l'année de surveillance à l'étude (2011-2012) pour les taux d'incidence (test exact utilisé).
aug : augmentation.

dim : diminution.

Cons : présente une augmentation persistante du taux d'incidence périodique pendant au moins trois périodes consécutives comparativement à la moyenne des mêmes taux d'incidence périodiques de la seconde période épidémique tardive 2010-2011.

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

^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, ceux-ci étaient stratifiés dans les rapports antérieurs selon les caractéristiques suivantes :

- taille de l'établissement (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 8).

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 8 Description des différentes strates de risque selon la taille (nombre de lits), la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus et le type d'installation

	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			Pédiatrique

Les strates de risque d'installation < 100 lits contiennent chacune une installation universitaire.

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 périodes 6 à 9 de la huitième année de surveillance d'une installation donnée est comparé au taux d'incidence global pour ces mêmes périodes pour la seconde période épidémique tardive 2010-2011.

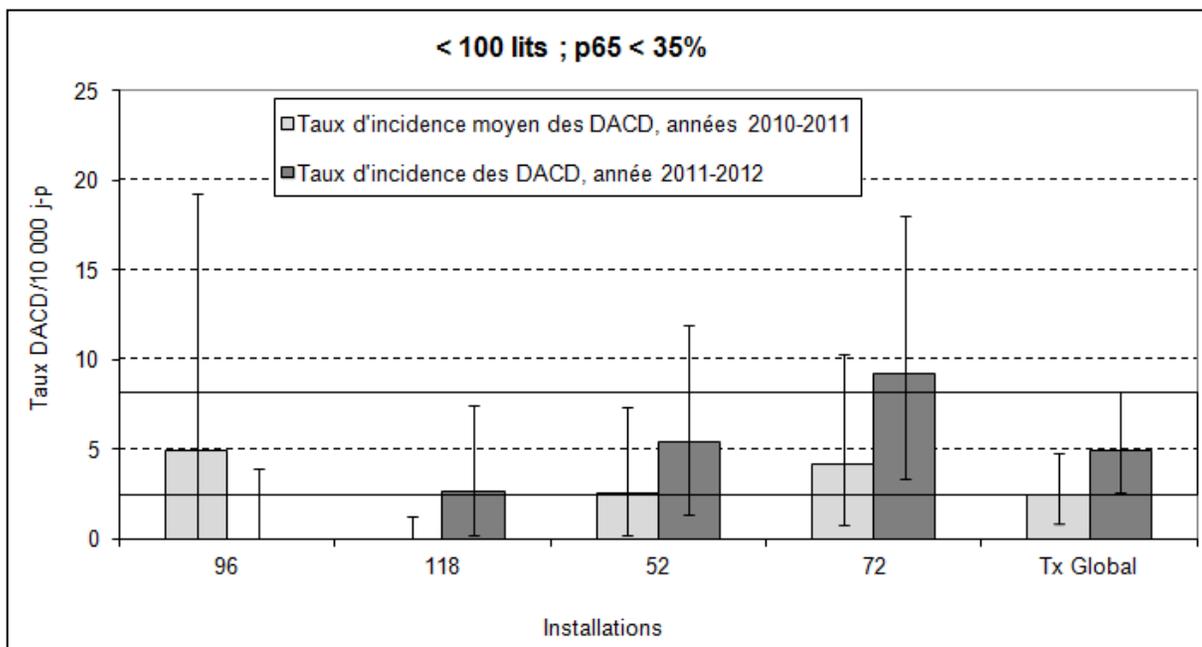


Figure 3 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les installations de moins de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2011-2012.

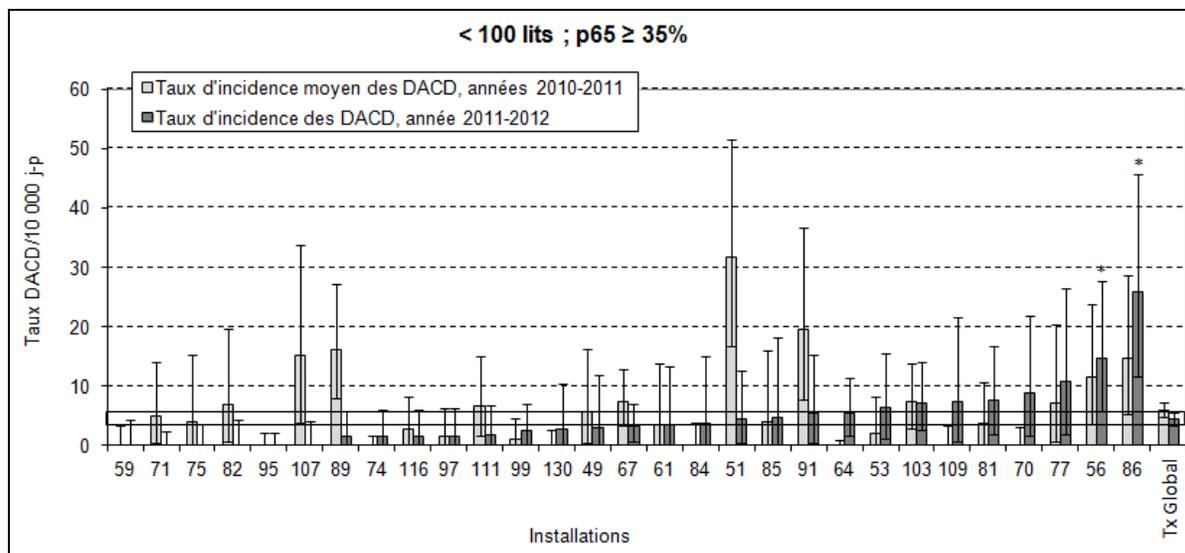


Figure 4 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les installations de moins de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2011-2012.

* Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de l'année de surveillance 2011-2012.

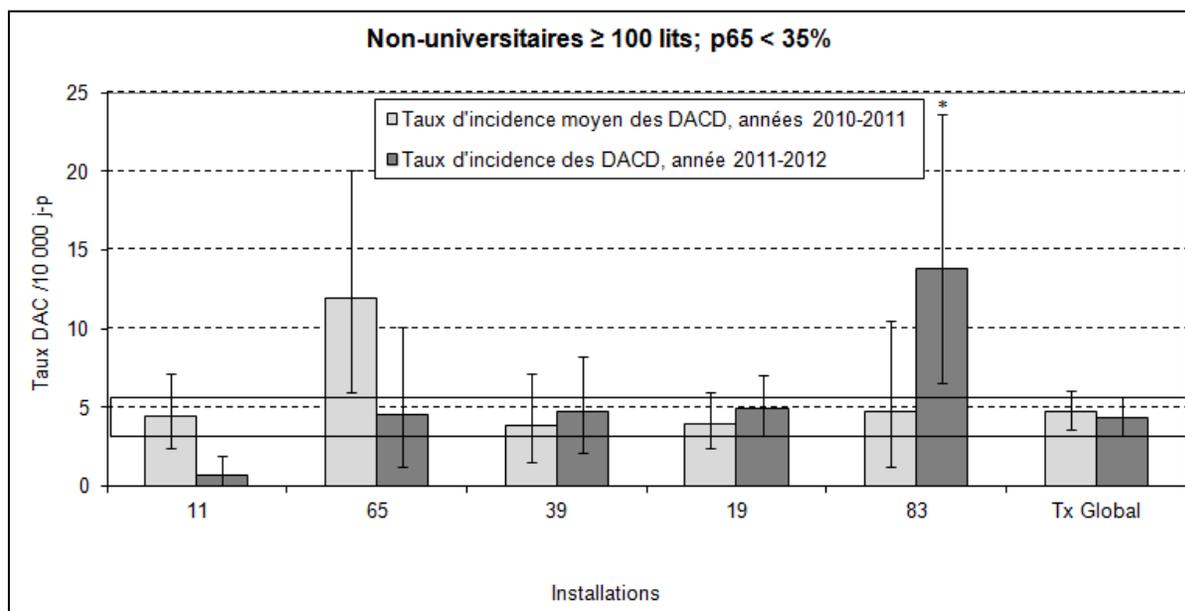


Figure 5 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2011-2012.

* Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de l'année de surveillance 2011-2012.

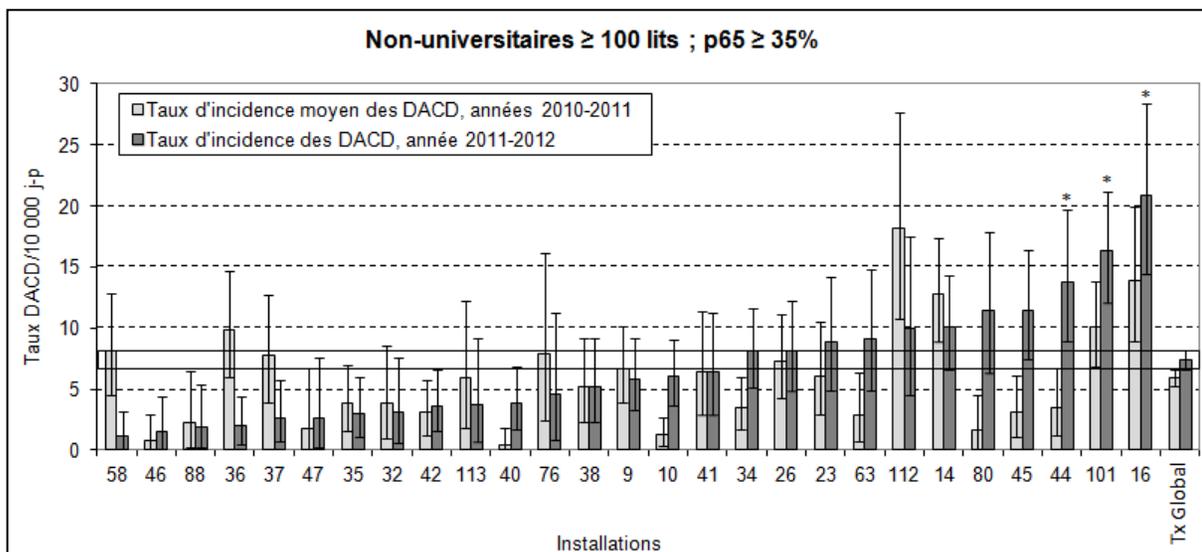


Figure 6 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres hospitaliers non universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2011-2012.

* Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de l'année de surveillance 2011-2012.

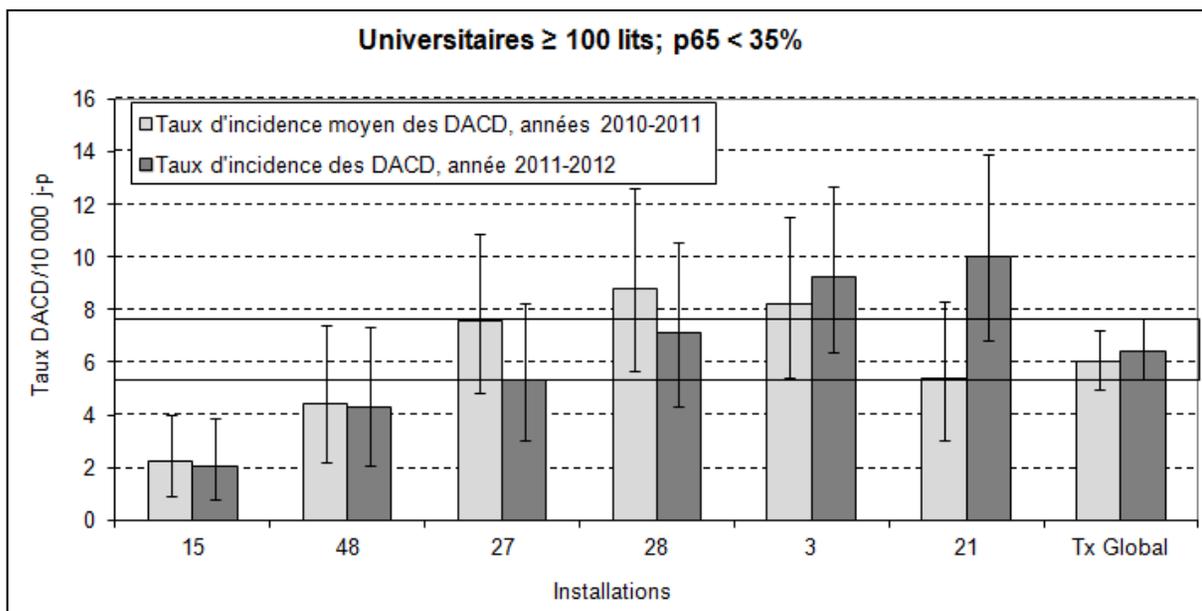


Figure 7 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion inférieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2011-2012.

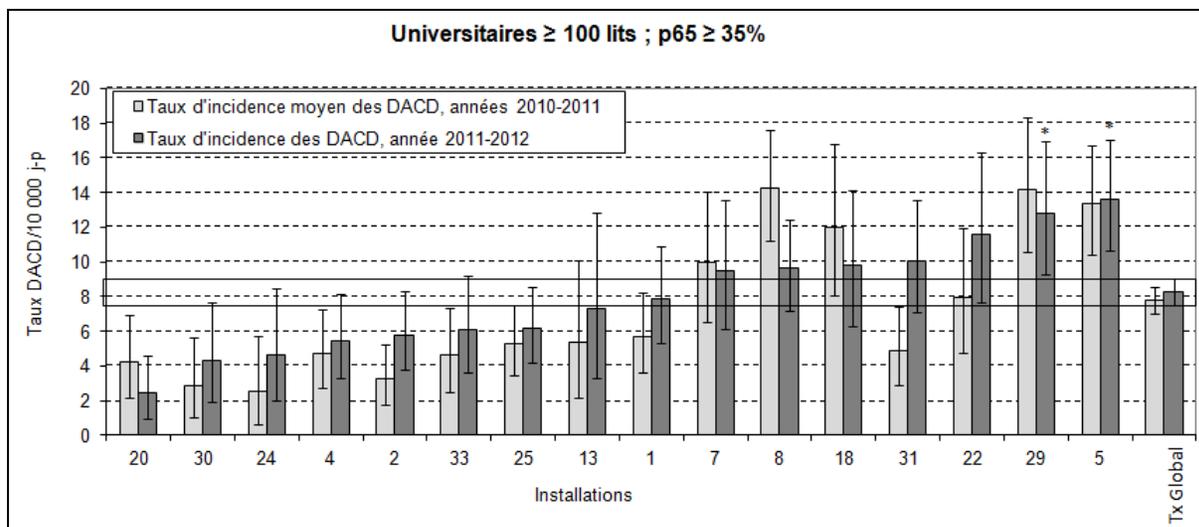


Figure 8 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres hospitaliers universitaires de plus de 100 lits ayant une proportion supérieure à 35 % de patients de 65 ans et plus, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2011-2012.

* Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de l'année de surveillance 2011-2012.

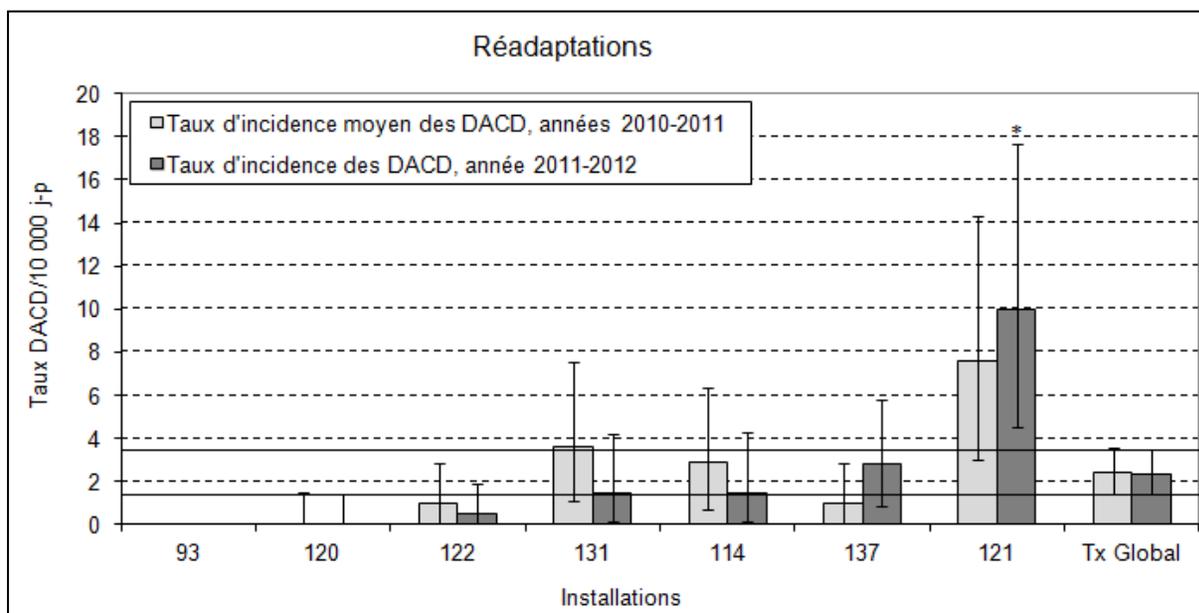


Figure 9 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres de réadaptation, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

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

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2011-2012.

* Significativement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % de l'année de surveillance 2011-2012.

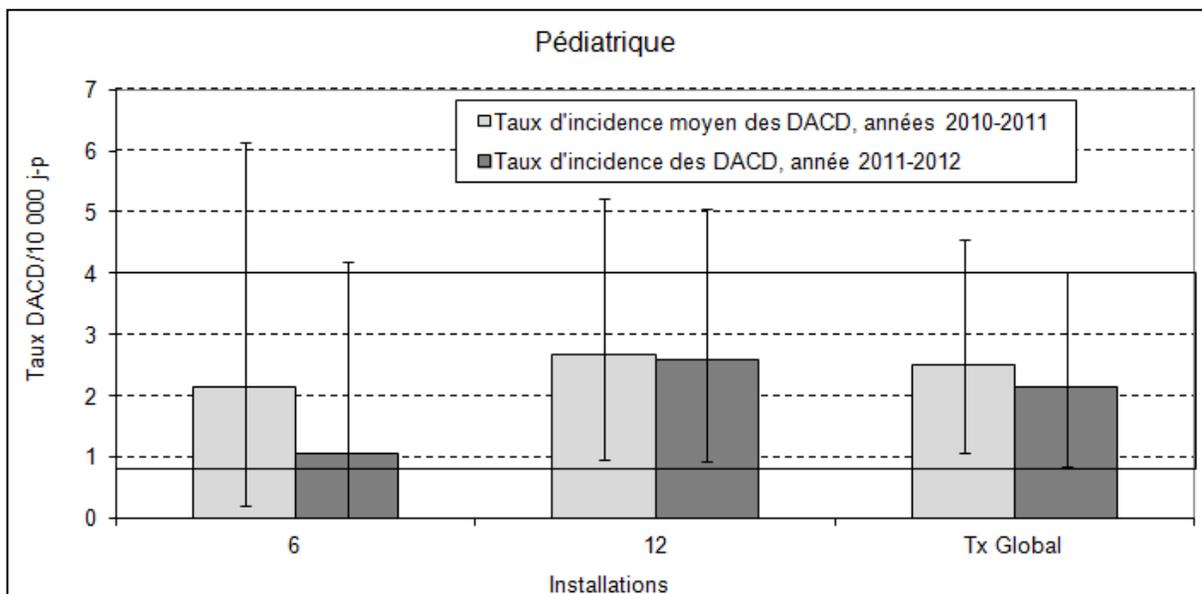


Figure 10 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 jours-présence dans les centres pédiatriques, périodes 6 à 9, 2010-2011 et 2011-2012

La barre horizontale de chaque graphique est la projection de l'IC 95 % du taux d'incidence global de l'année 2011-2012.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

