



**Surveillance provinciale
des bactériémies à
Staphylococcus aureus au
Québec :
protocole de surveillance**

SURVEILLANCE ET VIGIE

MISE À JOUR AVRIL 2024

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

PLAN DE MESURE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

AUTEURS ET AUTRICES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue
Présidente du Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

SOUS LA COORDINATION DE

Dominique Grenier, cheffe d'unité scientifique
Natasha Parisien, cheffe d'équipe vigie et surveillance en milieux de soins
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers
Ruth Bruno, conseillère scientifique
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

Comité de programme SPIN-SARM

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général, affaires publiques, communication et transfert des connaissances

Les auteur(-trice)s ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Judith Degla, agente administrative
Direction des risques biologiques

AUTEURS ET AUTRICES

Première version (2006)

Charles Frenette, Lise-Andrée Galarneau, Richard Bois, Anne-Marie Bourgault, Rodica Gilca, Danielle Goulet, Marie Gourdeau, Louise Jetté, Andrée Larose, Édith Lévesque, Isabelle Rocher

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

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

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-98686-7(PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

MISES À JOUR ET NOUVEAUTÉS

Les mises à jour de ce document sont présentées **en turquoise**.

Chapitre	Section	Sujets – changements -nouveauités
4	4.2	Précisions ajoutées concernant les unités virtuelles
5	5.3.1	Précisions ajoutées pour les catégories d'attribution
	5.4	Précisions ajoutées pour la saisie des données
7		Informations ajoutées concernant la participation au rapport de surveillance
9		Précisions ajoutées concernant la diffusion des résultats

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui a été adapté pour une adéquation plus fine aux besoins de la clientèle cible.

L'INSPQ s'est vu confier par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec le mandat d'élaborer et de maintenir le programme de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). Pour ce faire, l'Institut s'appuie sur un groupe d'experts, le Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN), qui a rédigé ce protocole.

Les objectifs généraux de la surveillance provinciale des infections nosocomiales sont de :

- Suivre l'incidence des infections nosocomiales choisies selon leur fréquence, leur sévérité ou leur importance épidémiologique afin d'identifier précocement les variations de ces infections à l'échelle locale, régionale et nationale;
- Déterminer les principales causes, les facteurs de risques et les principaux agents pathogènes des infections nosocomiales surveillées;
- Offrir une méthodologie commune des outils de surveillance et d'analyse normalisés afin de permettre une juste comparaison entre les établissements, et entre le Québec et les autres provinces et pays;
- Évaluer les mesures actuelles ou nouvelles de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales;
- Planifier les priorités pour les surveillances provinciales des infections nosocomiales.

Le présent protocole porte sur les modalités de déclaration du programme de surveillance provinciale des **bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline**.

Ce document s'adresse aux professionnels des équipes de prévention et de contrôle des infections du réseau de la santé et des services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE	1
2	OBJECTIFS	2
3	INSTALLATIONS PARTICIPANTES	3
4	DÉFINITIONS	4
4.1	Bactériémie à <i>S. aureus</i>	4
4.2	Bactériémie nosocomiale	5
4.3	Bactériémie non nosocomiale ou acquise ailleurs.....	7
4.4	Autres définitions	7
5	DÉCLARATION DES DONNÉES	8
5.1	Modes de déclaration.....	8
5.2	Déclaration périodique cas par cas de bactériémies nosocomiales	8
5.3	Déclaration périodique agrégée de bactériémies à <i>S. aureus</i> non nosocomiales ou acquises ailleurs.....	8
5.3.1	Catégorie d'attribution	8
5.4	Déclaration cas par cas des souches de SARM	12
6	ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE	13
7	TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER	14
8	ANALYSE DES DONNÉES	15
9	DIFFUSION DES RÉSULTATS	16
10	SOUTIEN	17
11	RÉFÉRENCES	18
ANNEXE 1	MEMBRES DU COMITÉ SPIN ET DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN- SARM	19
ANNEXE 2	DÉLAIS REQUIS POUR CONSIDÉRER L'ACQUISITION NOSOCOMIALE	21

1 CONTEXTE

En janvier 2003 débute la surveillance de laboratoire des bactériémies à *Staphylococcus aureus* effectuée par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Cette surveillance est transférée à l'INSPQ en 2006 permettant de recueillir plus de renseignements sur l'origine des bactériémies. En 2007, elle devient un programme obligatoire de surveillance provinciale (SPIN-BAC-SA). Le comité de programme SPIN-BAC-SA (SPIN-SARM), sous la gouverne du comité SPIN de l'INSPQ, a le mandat d'élaborer, de maintenir, d'analyser et d'émettre les recommandations pour cette surveillance.

Depuis les années 90, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) est reconnu comme un agent pathogène nosocomial important dans les établissements de santé du Québec, avec un taux élevé de morbidité et de mortalité. Des mesures de prévention et de contrôle du SARM ont été mises en application dans les diverses installations et la surveillance nous a permis depuis de constater une diminution progressive des bactériémies à SARM.

2 OBJECTIFS

Objectifs généraux de SPIN

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

Objectifs spécifiques du programme SPIN-SARM

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

3 INSTALLATIONS PARTICIPANTES

Certaines installations offrant des soins généraux et spécialisés de courte durée, universitaires ou non doivent participer à la surveillance telle que spécifiée dans la colonne « inclusions » du tableau ci-joint et de saisir les données dans le portail du système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN).

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

Programme de surveillance	Inclusions	Précisions
Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i>	<ul style="list-style-type: none">Installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ET <ul style="list-style-type: none">Avoir environ 1 000 admissions et plus en soins de courte durée par année (selon les dénominateurs, voir section 5.3.1 du protocole de Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec)	L'unité de surveillance est l'installation.

4 DÉFINITIONS

4.1 Bactériémie à *S. aureus*

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

Définition bactériémie à <i>S. aureus</i>	
DOIT RENCONTRER UNE DES DEUX SÉRIES DE CRITÈRES SUIVANTS	
❶	Une hémoculture positive à <i>S. aureus</i>* ET Absence d'infection à un autre site (bactériémie primaire).
OU	
❷	Une hémoculture positive à un <i>S. aureus</i>* ET Infection à un autre site avec culture positive au même germe ou germe habituellement retrouvé dans ce site d'infection (bactériémie secondaire).
*Précisions	
Hémoculture : Une hémoculture désigne un set d'hémoculture soit deux bouteilles d'un seul prélèvement. Une hémoculture positive désigne donc au moins une bouteille positive dans le set d'hémoculture. En pédiatrie, une seule bouteille peut être prélevée pour des raisons de volume.	
Symptômes : La présence de symptômes (fièvre, frissons, hypotension ou hypothermie, apnée ou bradycardie chez l'enfant de < 12 mois) n'est plus retenue pour définir une bactériémie.	

4.2 Bactériémie nosocomiale

	Inclusions	Exclusions
Cas admis en courte durée (1a)	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie à partir du jour 3 de l'admission (le jour 1 est le jour de l'admission) Bactériémie au jour 1 ou 2 de l'admission avec : <ul style="list-style-type: none"> Bactériémie primaire ou secondaire : reliée à une procédure effectuée au jour 1 ou 2 de l'admission Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire avec chirurgie effectuée au jour 1 ou 2 de l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> Deuxième épisode de bactériémie si reliée à la même infection non résolue* Bactériémie secondaire à un site d'infection déjà présent à l'admission* Bactériémie chez les usagers admis en soins prolongés, psychiatrie, pouponnière ou en unité virtuelle de l'installation Bactériémie aux jours 1 ou 2 reliée à une autre installation : <ul style="list-style-type: none"> Installation déclarante : aviser le service de prévention et contrôle des infections Installation non déclarante : exclusion
Cas avec hospitalisation antérieure (1 b)	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie le jour même ou le lendemain du congé Bactériémie au jour 1 ou 2 de l'admission, ou trouvé à l'urgence ou en externe avec : <ul style="list-style-type: none"> Bactériémie primaire ou secondaire : reliée à une procédure effectuée lors d'une hospitalisation antérieure Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire avec chirurgie effectuée lors hospitalisation antérieure 	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie chez les usagers admis en soins prolongés, psychiatrie, pouponnière ou en unité virtuelle de l'installation Bactériémie aux jours 1 ou 2 reliée à une autre installation, ou trouvée à l'urgence ou en externe : <ul style="list-style-type: none"> Installation déclarante : aviser le service de prévention et contrôle des infections Installation non déclarante : exclusion
Cas ambulatoire (1 c)	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie primaire : avec cathéter vasculaire central Bactériémie primaire : avec un accès veineux en hémodialyse Bactériémie primaire ou secondaire : reliée à une procédure effectuée en ambulatoire Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire avec chirurgie effectuée en ambulatoire (chirurgie d'un jour) 	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie acquise en ambulatoire qui ne correspond pas aux quatre inclusions en ambulatoire Bactériémie suite à une hémodialyse aiguë, ou dialyse à domicile (si présence d'un cathéter central est dans les inclusions et à déclarer comme bactériémie primaire : avec cathéter vasculaire central) Bactériémie secondaire à une dialyse péritonéale

***Précisions**

- Une infection survenant à un site ayant déjà fait l'objet d'une déclaration doit être déclarée à nouveau s'il s'agit d'un nouvel épisode non relié à la première infection.
- Toutes les bactériémies à SARM sont à déclarer même chez les porteurs connus SARM.

Exemples :

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

4.3 Bactériémie non nosocomiale ou acquise ailleurs

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

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

4.4 Autres définitions

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

5 DÉCLARATION DES DONNÉES

5.1 Modes de déclaration

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

Dans SI-SPIN, pour chaque installation :

- Déclaration cas par cas des bactériémies **nosocomiales** à SASM ou SARM : voir le protocole de Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec;
- Déclaration agrégée des bactériémies à *Staphylococcus* **non nosocomiales et acquises ailleurs**;
- Déclaration sur une période donnée cas par cas des souches de bactériémies à SARM.

5.2 Déclaration périodique cas par cas de bactériémies nosocomiales

La déclaration des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* des catégories 1a, 1 b et 1 c est effectuée, cas par cas via le programme de surveillance des bactériémies panhospitalières (SPIN-BACTOT).

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

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

5.3.1 Catégorie d'attribution

La **priorisation de catégorisation des cas doit se faire selon la probabilité la plus importante**, c'est-à-dire plus probable en soins aigus qu'en longue durée ou en communautaire ou lors d'une hospitalisation qu'en soins ambulatoires (**par exemple, catégorie 1a > catégorie 1b > hospitalisation catégorie 2 > catégorie 1c > catégorie 1d > catégorie 1e > autre catégorie 2 > catégorie 3**). **À des fins de surveillance, l'attribution ne prend pas en considération la situation épidémiologique.**

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

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

- Délai requis pour l'acquisition nosocomiale ([annexe 2](#))

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

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

Catégorie 1d : Reliée à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante*		
Transfert de l'unité de soins de longue durée	OU	Séjour à l'unité de soins de longue durée
ET		ET
Bactériémie à SASM ou SARM trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission 		Bactériémie à SASM ou SARM trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 3 de l'arrivée à l'unité de soins de longue durée OU • Le jour même ou le lendemain du congé de l'unité de soins de longue durée
*Précision		
Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante : C'est l'unité de soins de longue durée qui est dans la même installation (bâtisse) parmi les autres unités de soins de courte durée.		

Catégorie 2 : Reliée à une installation non déclarante	
<ul style="list-style-type: none"> • Infection le jour même ou le lendemain du congé ou transfert de l'installation non déclarante OU • Infection de site opératoire : jusqu'à 30 à 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée dans une installation non déclarante OU • Infection suite à une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée dans une installation non déclarante OU • Infection à partir du jour 3 de l'admission dans une installation non déclarante si aucun congé ou transfert 	
ET	
Bactériémie à SASM ou SARM trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU • En externe 	
*Précisions	
Inclusions	Exclusions
<ul style="list-style-type: none"> • CHSLD (tout type) • Résidence privée pour personnes en perte d'autonomie • Centre de réadaptation • Centre de soins de courte durée NON déclarant (avec soins) : <ul style="list-style-type: none"> – CHSGS du Québec ne répondant pas aux inclusions de la section 3 – Centre hospitalier hors Québec – Clinique médicale privée au Québec ou ailleurs 	<ul style="list-style-type: none"> • URFI d'un CHSGS (à déclarer dans la catégorie 1a ou 1b) • Centre hospitalier de soins psychiatriques (à déclarer dans la catégorie 3) • Résidence pour personnes autonomes (à déclarer dans la catégorie 3)

Catégorie 3 : Origine communautaire*
Non reliée à la catégorie 1 b (du protocole de surveillance des bactériémies nosocomiales) ou à la catégorie 2
ET
Non reliée à la catégorie 1c (du protocole de surveillance des bactériémies nosocomiales)
ET
Bactériémie à SASM ou SARM trouvée : <ul style="list-style-type: none">• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU• En externe
*Précisions <ul style="list-style-type: none">• Exemple : Un usager est admis et au jour 1 de l'admission, son hémoculture revient positive à <i>S. aureus</i>. Il a été hospitalisé il y a 1 mois mais n'a subi aucune chirurgie ni procédure. Le cas doit être déclaré comme une bactériémie d'origine communautaire (catégorie 3) puisque son hospitalisation antérieure ne correspond pas à la catégorie 1b ni la catégorie 2.• Saisie SI-SPIN : À noter que le nombre de cas de bactériémie à SARM chez des porteurs connus de SARM sera à noter dans le formulaire de déclaration.
Catégorie 4 : Origine inconnue*
Ne répond à aucune autre catégorie
*Précision <p>Cette catégorie devrait être utilisée exceptionnellement. Contacter le soutien SI-SPIN (voir section 10) pour vous aider dans la catégorisation.</p>

5.4 Déclaration cas par cas des souches de SARM

L'INSPQ réalise périodiquement une surveillance en laboratoire des souches de bactériémies à SARM. Cette surveillance constitue un complément à la surveillance provinciale des bactériémies à *Staphylococcus aureus*. Toutes les installations ciblées par la surveillance des bactériémies sont invitées à participer à cette surveillance.

Un devis est envoyé par courriel aux installations avec les différentes informations telles que le nombre de cas à surveiller, les catégories de cas à surveiller, les périodes allouées, etc.

Définition d'une souche de bactériémie à SARM

La surveillance des souches de SARM porte uniquement sur les hémocultures à *Staphylococcus aureus* qui répondent à la définition de SARM des catégories d'attribution précisées dans le devis.

Recueil des données

Le recueil d'informations sur les données cliniques se fait selon les périodes précisées dans le devis. La procédure détaillant la marche à suivre pour la surveillance de laboratoire est acheminée aux laboratoires médicaux par le LSPQ en temps opportun.

Chaque installation doit faire parvenir au LSPQ un nombre donné d'échantillons d'hémoculture provenant d'usagers ayant une bactériémie à SARM des catégories d'attribution ciblées.

Saisie des données

Une fiche d'infection doit être complétée sur le SI-SPIN pour chaque cas dont l'hémoculture à SARM a été envoyée au LSPQ. Voir la fiche d'aide à la saisie [disponible dans le portail SI-SPIN](#) pour les données à saisir.

En résumé, voici quelques précisions sur certaines données à saisir :

Catégories de variables		Données à saisir
Micro-organisme et antibiogramme	Date de prélèvement	Inscrire la date du prélèvement qui est envoyé au LSPQ
	Envoi au LSPQ	Cocher la case « Envoi au LSPQ » <ul style="list-style-type: none"> Inscrire le numéro de requête local
Catégorie d'attribution		Selon la catégorie de surveillance ciblée dans le devis, choisir une catégorie dans le menu déroulant
Co-variables et facteurs de risque	Si catégorie d'attribution communautaire (catégorie 3)	Cocher au moins un choix (obligatoire) : <ul style="list-style-type: none"> Utilisateur de drogue intraveineuse (UDI) Séjour dans un centre d'hébergement de soins de longue durée Aucune co-variable/facteur de risque listée ci-haut

6 ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

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

Définition et catégorisation de cas

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

Lien avec les autres installations

Il est possible que vous deviez contacter une autre installation parmi les installations déclarantes afin que celle-ci déclare un cas.

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

7 TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER

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

	Bactériémies : <i>S. aureus</i> et SARM acquis ailleurs	Souches de SARM
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet déclaration périodique : Déclaration périodique des bactériémies à <i>S. aureus</i> /SARM acquis ailleurs	Onglet infection : Inscription d'une infection
Fiches d'aide à la saisie dans SI-SPIN	Disponibles dans le portail SI-SPIN	
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps	Saisie en tout temps pendant la période de surveillance des souches
Échéancier de validation	Complétée et validée maximum 30 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré	Complétée maximum 60 jours ^A après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré (30 jours après le diagnostic plus 30 jours pour la saisie des complications et la transmission des données). ET, Validée dans l'onglet déclaration périodique : Confirmation de saisie complétée par période
Participation au rapport de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Un minimum de 11 périodes est requis • Les 11 périodes validées des numérateurs doivent être les mêmes que celles des dénominateurs 	

^A Pour le suivi des complications des cas de la période 13, des délais plus courts pourraient être demandés pour permettre de faire l'extraction finale pour la production des rapports. La date officielle de la fin de saisie des données pour l'année financière sera mentionnée dans le bulletin des nouveautés envoyé aux utilisateurs chaque 1^{er} avril.

8 ANALYSE DES DONNÉES

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

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

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

Méthodologie épidémiologique

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

Données

SPIN-BAC-SA

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

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

9 DIFFUSION DES RÉSULTATS

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

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

Le portail de l'Infocentre de santé publique permet au MSSS, à l'INSPQ, à chaque région et à chaque installation de produire en tout temps des analyses automatisées présentées sous forme de tableaux et figures. Il leur permet ainsi d'obtenir des résultats et des comparatifs à l'adresse <https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>.

Les analyses permettant la production des rapports de surveillance de l'INSPQ ainsi que les résultats de surveillance de l'Infocentre sont décrites dans une fiche : [Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales \(SI-SPIN\)](#) disponible à l'Infocentre.

Formats	Lieu de dépôt	Délais de dépôt
Résultats périodiques	Portail SI-SPIN Portail Infocentre	Périodiquement
Résultats annuels de surveillance	Portail SI-SPIN Site Web INSPQ	Annuellement : en automne suivant la fin de l'année financière
Recommandations et pistes d'amélioration	Portail SI-SPIN	Annuellement : en automne suivant la fin de l'année financière
Publications scientifiques	Diverses revues scientifiques	<i>Ad hoc</i>

10 SOUTIEN

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

Soutien SI-SPIN

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

11 RÉFÉRENCES

1. Surveillance provinciale des infections nosocomiales. Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus. Institut national de santé publique du Québec, avril 2024.
2. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). January 2024: CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf
3. Fortin, A., Fortin, E., Garenc, C., Équipe de production des requêtes des indicateurs sur la surveillance des infections nosocomiales à l'Infocentre de santé publique. Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales (Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales – SI-SPIN). 2012, 9 pages.
4. Dudeck, M.A., Horan, T.C., Peterson, K.D., Allen-Bridson, K., Morrell, G., Anttila, A., Pollock, D.A., Edwards, J.R. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2011, device-associated module. *Am J Infect Control* 2013; 41:286-300.
5. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). January 2024: CDC/NHSN Protocole Clarifications : Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Event. http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf
6. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). January 2024 Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Event. <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf>
7. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). January 2024 Surgical Site Infection (SSI) Event. <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscssicurrent.pdf>
8. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). January 2024 Dialysis Event. <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/8pscDialysisEventcurrent.pdf>
9. Dahan, M., O'Donnell, S., Hebert, J., Gonzales, M., Lee, B., Chandran, U., Woolsey, S., Excoredo, S., Chinnery, H., Quach, C. CLABSI Risk Factors in the NICU: Potential for Prevention – A PICNIC Study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2016 37; 1446-52.

ANNEXE 1 MEMBRES DU COMITÉ SPIN ET DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-SARM

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN)

MEMBRES ACTIFS

Danielle Moisan, présidente

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

Fanny Beaulieu

Marie-Claude Roy

Annie Ruest

Maxime-Antoine Tremblay

Pascale Trépanier

CHU de Québec - Université Laval

Ruth Bruno

Natasha Parisien

Jasmin Villeneuve

Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Desrosiers

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre

Florence Doualla-Bell

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

Caroline Labrecque

Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Yves Longtin

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Xavier Marchand-Sénécal

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Sarah Masson-Roy

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Marc-André Smith

Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

MEMBRES DE LIAISON

Annick Des Cormiers

Michelle Dugas

Représentantes de la Direction de la vigie sanitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

Nathalie Deshaies

Représentante de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses

Zeke McMurray

Représentant de la Direction de la prévention et du contrôle des infections pour les milieux de vie, hébergement et réadaptation, ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Judith Fafard

Dominique Grenier

Patricia Hudson

Institut national de santé publique du Québec

INVITÉS PERMANENTS INSPQ

Annick Boulais

Fanny Desjardins

Valérie Labbé

Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-SARM

MEMBRES ACTIFS

Xavier Marchand-Sénécal, président du comité

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Annick Boulais

Ruth Bruno

Natasha Parisien

Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Nathalie Deshaies

Centre intégré de santé et services sociaux Abitibi-Témiscamingue

Florence Doualla-Bell

Laboratoire de santé publique du Québec

Michelle Dugas

Direction de la vigie sanitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mirabelle Kelly

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – CHU de Sherbrooke

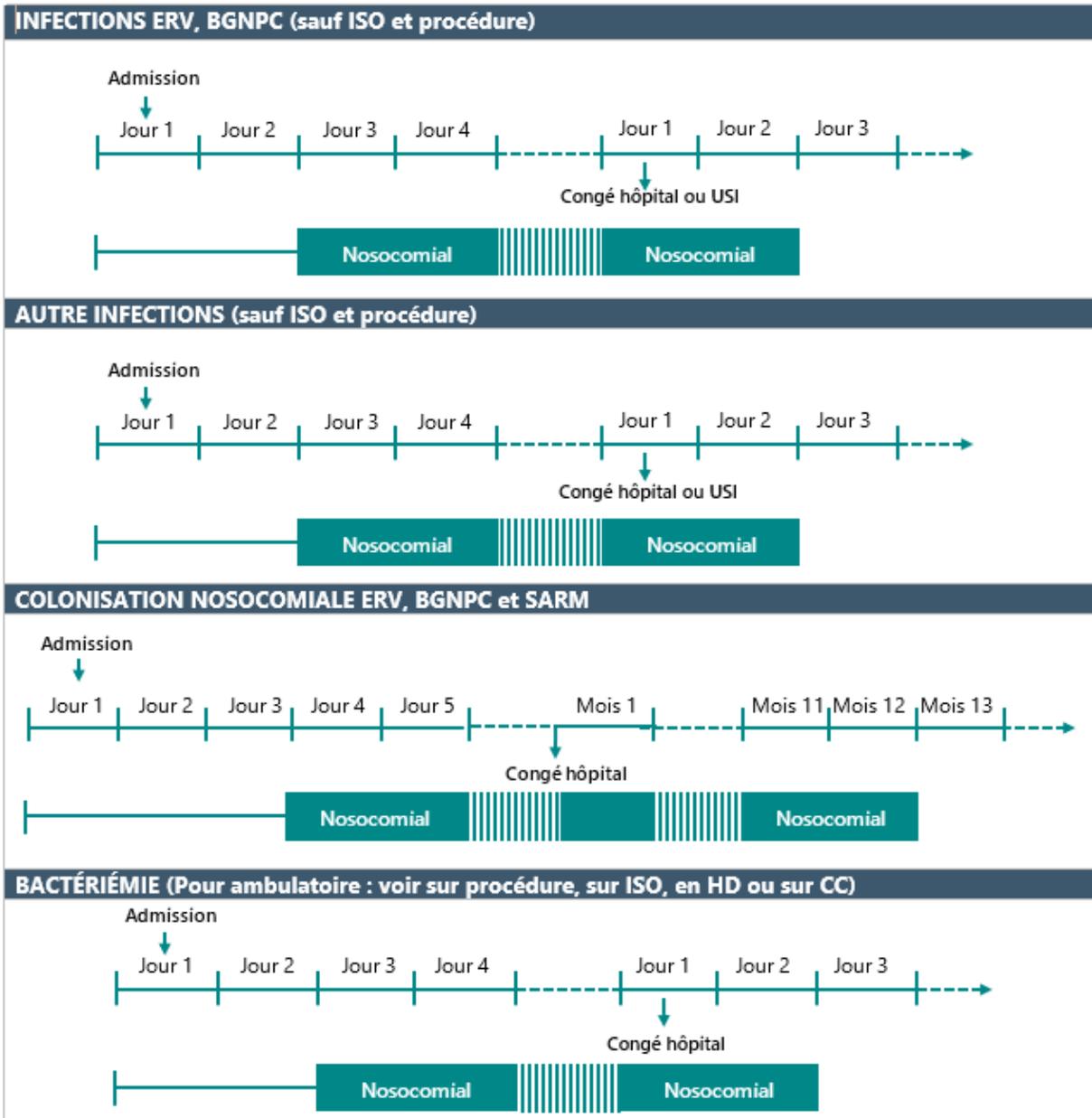
Danielle Moisan

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

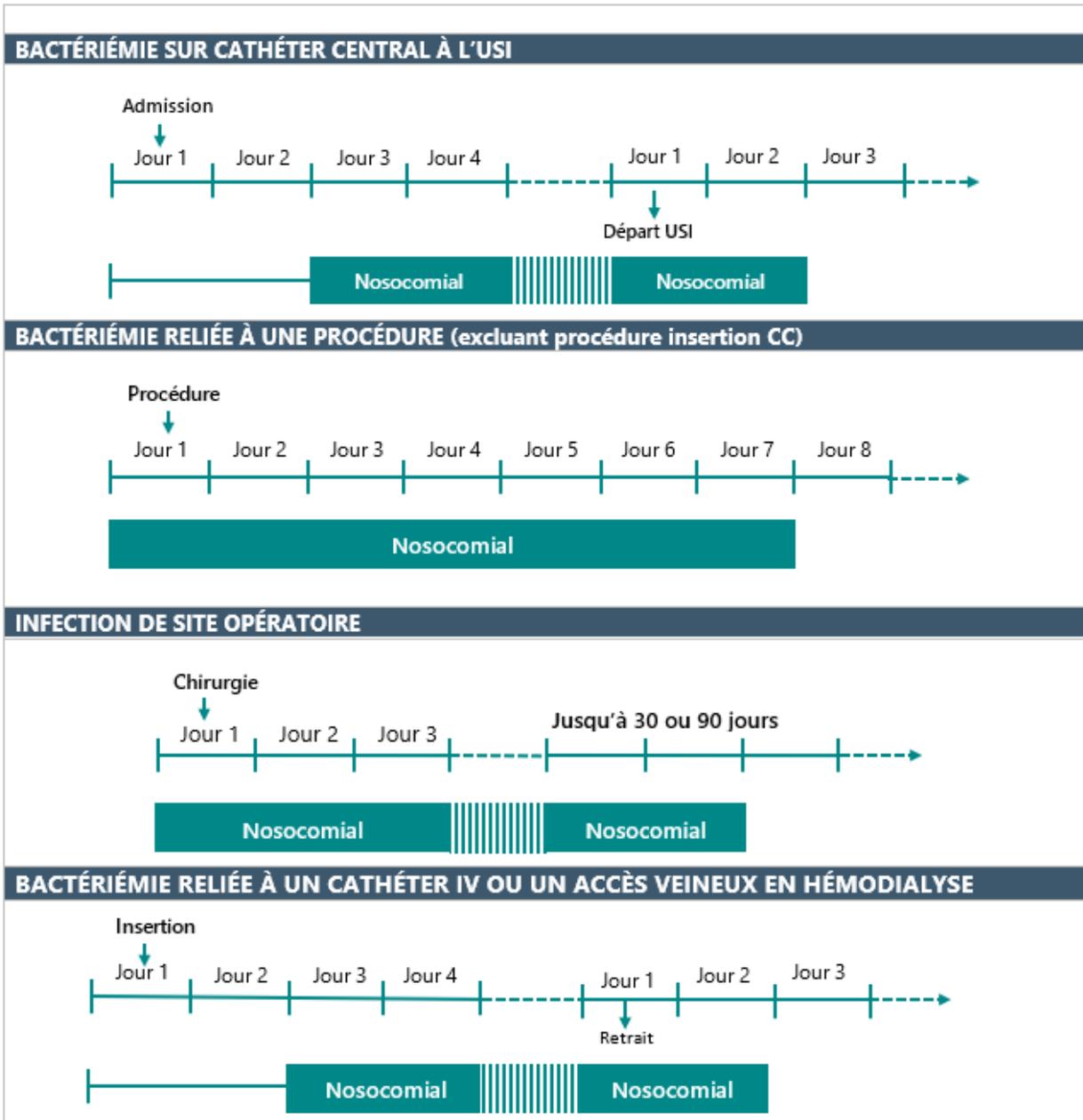
ANNEXE 2 DÉLAIS REQUIS POUR CONSIDÉRER L'ACQUISITION NOSOCOMIALE

Infection ou colonisation nosocomiale	Délai requis pour acquisition nosocomiale		
	Après l'admission (admission = J1)	Après le congé de l'hôpital ou de l'USI	En ambulatoire
DACD	À partir du jour 4 de l'admission	4 semaines après le congé	Soins en ambulatoire (inclusions) dans les 4 dernières semaines Séjour urgence 3 jours avant le diagnostic
Infection ERV, BGNPC	À partir du jour 3 de l'admission	Jour même ou lendemain du congé	ISO : jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires (selon chirurgie) Infection suite à une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure
Autres infections (sauf ISO et reliées à une procédure)	À partir du jour 3 de l'admission	Jour même ou lendemain du congé	Exclues de la surveillance
Colonisation ERV, BGNPC et nouveaux porteurs de SARM	À partir du jour 4 de l'admission	1 an après le congé	Soins en ambulatoire (inclusions) dans les 12 derniers mois Séjour urgence 3 jours avant prélèvement
Bactériémie	À partir du jour 3 de l'admission	Jour même ou lendemain du congé	Voir détails plus bas : Infection de site opératoire Procédures Cathéter central Hémodialyse
Bactériémie sur cathéter central acquise à l'USI	Si admis directement USI : à partir du jour 3 de l'admission Si transfert d'une autre unité à l'USI : à partir du lendemain du transfert	Jour même ou lendemain du départ de l'USI	Non applicable
Bactériémie reliée à une procédure	Jusqu'à 7 jours après la procédure (excluant la procédure d'insertion d'un cathéter central, voir plus bas)		
Infection de site opératoire (ISO)	Jusqu'à 30 ou 90 jours après la chirurgie (selon la chirurgie)		
	Après l'insertion (insertion = J1)	Après le retrait	En ambulatoire
Bactériémie reliée à un cathéter iv ou une voie d'accès en hémodialyse	À partir du jour 3 de l'insertion	Jour même ou lendemain du retrait	Jusqu'au lendemain du retrait
Bactériémie reliée à la procédure d'insertion du cathéter central	Jour 1 ou 2 de l'insertion	Jour 1 ou 2 de l'insertion	Jour 1 ou 2 de l'insertion

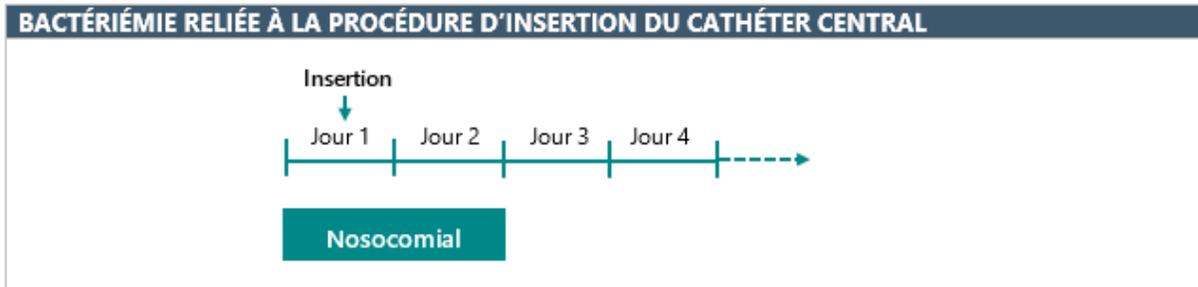
Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



Mise à jour 21 mars 2019

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca