

# Surveillance provinciale des diarrhées à *Clostridioides difficile* 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

Fanny Desjardins, 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**

Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers

Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers

Ruth Bruno, conseillère scientifique

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil

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

Comité de programme SPIN-CD

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 (2004)**

Charles Frenette, Richard Bois, Marc Fiset, Colette Gaulin, Marie Gourdeau, Bruno Hébert, Vivian Loo, Louise Poirier, Isabelle Rocher, Terry-Nan Tannenbaum

*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](mailto: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<sup>e</sup> trimestre 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98696-6 (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	4.1.2	Précisions ajoutées concernant les unités virtuels
5	5.2.1	Précisions ajoutées pour les catégories d'attribution
	5.5	Nouvelles variables à saisir pour la surveillance des souches de CD
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 **diarrhées à *Clostridioides difficile***.

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

<b>1</b>	<b>CONTEXTE</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>INSTALLATIONS PARTICIPANTES</b> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>DÉFINITIONS</b> .....	<b>4</b>
4.1	Cas de DACD inclus dans la surveillance.....	4
4.1.1	Définition de cas de DACD .....	4
4.1.2	Inclusions et exclusions de cas de DACD .....	6
4.2	Tests diagnostiques .....	7
<b>5</b>	<b>DÉCLARATION DES DONNÉES</b> .....	<b>9</b>
5.1	Modes de déclaration.....	9
5.2	Déclaration périodique agrégée des cas de DACD .....	9
5.2.1	Catégorie d'attribution.....	9
5.3	Déclaration périodique agrégée des complications .....	15
5.4	Déclaration périodique des dénominateurs.....	16
5.4.1	Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation .....	16
5.5	Déclaration cas par cas des souches.....	17
<b>6</b>	<b>ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE</b> .....	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER</b> .....	<b>20</b>
<b>8</b>	<b>ANALYSE DES DONNÉES</b> .....	<b>21</b>
<b>9</b>	<b>DIFFUSION DES RÉSULTATS</b> .....	<b>22</b>
<b>10</b>	<b>SOUTIEN</b> .....	<b>23</b>
<b>11</b>	<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>24</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>MEMBRES DU COMITÉ SPIN ET DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-CD</b> .....	<b>25</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>DÉLAI REQUIS ET AXE DE TEMPS POUR CONSIDÉRER L'ACQUISITION NOSOCOMIALE ET COMMUNAUTAIRE</b> .....	<b>27</b>

## 1 CONTEXTE

La diarrhée à *Clostridioides difficile* (DACD) est la première cause de diarrhée infectieuse nosocomiale en Amérique du Nord<sup>1</sup>. Elle est une source de morbidité et de mortalité importante en centre hospitalier. Entre 2000 et 2004, une augmentation du taux d'incidence de la morbidité et de la mortalité associées aux DACD avait été remarquée dans plusieurs installations du Québec. Entre 2000 et 2004, le nombre de cas de DACD a plus que doublé dans la province. Cette augmentation était principalement due à l'apparition d'une souche de *C. difficile* plus virulente (NAP1/ribotype 027)<sup>2</sup>.

La surveillance obligatoire des cas de DACD (SPIN-CD) a été mise en place en août 2004 afin de suivre l'évolution de cette épidémie, et l'efficacité des mesures de prévention et contrôle et d'antibiogouvernance mises en place. Le comité de programme SPIN-CD, 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.

La surveillance provinciale est un outil essentiel pour suivre l'évolution des DACD au Québec. Elle permet aux installations participantes de suivre l'évolution de leurs taux d'incidence d'une année à l'autre, mais également de se comparer au regroupement d'installations ayant des caractéristiques comparables. Depuis le début de la surveillance, les taux d'incidence des DACD au niveau provincial ont diminué de façon importante.

## 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-CD

- Établir les taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale;
- Déterminer la fréquence des complications les plus importantes associées à l'infection;
- Suivre l'évolution temporelle et la diffusion géographique des taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale afin d'identifier précocement une augmentation à l'échelle locale, régionale et nationale;
- Identifier les installations ayant une augmentation du taux d'incidence;
- Déterminer la diversité génétique des souches de *C. difficile* isolées et en préciser la répartition géographique;
- Évaluer l'impact de la prédominance d'un génotype sur le taux d'incidence des DACD.

### 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.

Certaines installations de réadaptation participent également à la surveillance de façon volontaire. Puisque leur participation n'est pas obligatoire et qu'il s'agit d'installations différentes des installations de soins aigus, leurs données ne sont pas intégrées aux rapports annuels de l'INSPQ, mais elles peuvent visualiser leurs données à l'Infocentre.

Programme de surveillance	Inclusions	Précisions
<b>Diarrhées associées au <i>Clostridioides difficile</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ET</li><li>• Avoir environ 1 000 admissions et plus en soins de courte durée par année (selon les dénominateurs, voir section 5.4.1).</li></ul>	L'unité de surveillance est l'installation.



## 4 DÉFINITIONS

### 4.1 Cas de DACD inclus dans la surveillance

#### 4.1.1 Définition de cas de DACD

Un cas de diarrhée à *C. difficile* doit correspondre à **au moins une des trois séries de critères** suivantes afin d'être retenu comme un cas pour ce programme de surveillance. La date de diagnostic correspond à la date de prélèvement (où tous les critères diagnostiques sont remplis).

Définition de cas de DACD
<b>DOIT RENCONTRER UNE DES TROIS SÉRIES DE CRITÈRES SUIVANTS</b>
<p>❶ Présence de <b>diarrhée sans autre cause évidente*</b> : <b>au moins 3 selles liquides ou semi-liquides</b> qui épousent la forme d'un contenant à l'intérieur de <b>24 heures</b></p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p style="text-align: center;">Diarrhée qui dure <b>plus de 24 heures</b></p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p style="text-align: center;">Confirmation de la présence de <b>toxine ou gène de toxine</b> de <i>C. difficile</i></p>
<b>OU</b>
<p>❷ <b>Changement dans les caractéristiques des selles</b> chez un usager ayant des selles molles ou liquides de façon chronique, par rapport à ce qui est habituel chez cet usager, et sans autre cause évidente* : augmentation de la fréquence, de la quantité ou changement de la consistance</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p style="text-align: center;">Confirmation de la présence de <b>toxine ou gène de toxine</b> de <i>C. difficile</i></p>
<b>OU</b>
<p>❸ <b>Diagnostic médical</b> de colite pseudomembraneuse lors d'une sigmoïdoscopie ou d'une coloscopie</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p style="text-align: center;"><b>Diagnostic médical</b> de mégacôlon toxique <b>ET</b> confirmation de la présence de <b>toxine ou gène de toxine</b> de <i>C. difficile</i></p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p style="text-align: center;"><b>Diagnostic médical</b> de colite à <i>C. difficile</i> lors d'une analyse en histopathologie</p>
<b>*Précisions</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autres causes fréquentes de diarrhée</b> : L'absence d'autres causes pouvant expliquer la diarrhée fait partie intégrante de la définition de DACD. La prise de laxatifs est une cause fréquente de diarrhée; d'autres exemples de causes fréquentes de diarrhées se trouvent au tableau 2 à la page 8 du document : <a href="#">Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au Clostridium difficile au Québec</a>. <b>Il est important d'utiliser son jugement clinique lors de l'évaluation de causes alternatives de diarrhée.</b></li> </ul> <p><b>Exemples :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un usager prend un laxatif chaque jour à la maison, est hospitalisé et sa dose de laxatif n'est pas modifiée. Au jour 6, apparition soudaine de diarrhée et le test diagnostique de DACD est positif. Conclusion : puisque la posologie du laxatif n'a pas été modifiée, il ne peut pas être la cause de la diarrhée et ce cas est inclus dans la surveillance.</li> </ul>

- Un usager est hospitalisé et devient constipé. Au jour 3 de constipation, un lavement est réalisé. L'usager fait 3 grosses selles liquides et un test diagnostique de DACD est réalisé sur la troisième selle et le résultat est positif. Conclusion : la diarrhée est probablement due au lavement et le cas est exclu de la surveillance.
- Un usager développe des diarrhées et des vomissements au jour 5 de son hospitalisation. Un test de DACD est fait et le résultat est positif. Toutefois, le cas est hospitalisé à l'unité en éclosion de gastroentérite. Vous suivez son dosage ingesta et excréta et les diarrhées ont été d'environ 8 liquides sur 3 quarts de travail et 6 vomissements. Conclusion : il s'agit probablement d'une gastroentérite virale puisque le tableau clinique est typique de la gastroentérite sur l'unité déjà en éclosion. Il y a de fortes probabilités que cet usager soit porteur asymptomatique de *C. difficile*. Ce cas n'est pas à déclarer.

Ces exemples se retrouvent à des extrêmes, mais illustrent bien qu'il faut une évaluation individualisée afin d'évaluer s'il y a présence d'autres causes de diarrhée chez l'usager suspecté de DACD. La présence d'autres symptômes tels que fièvre, leucocytose ou douleur abdominale peut également être utile.

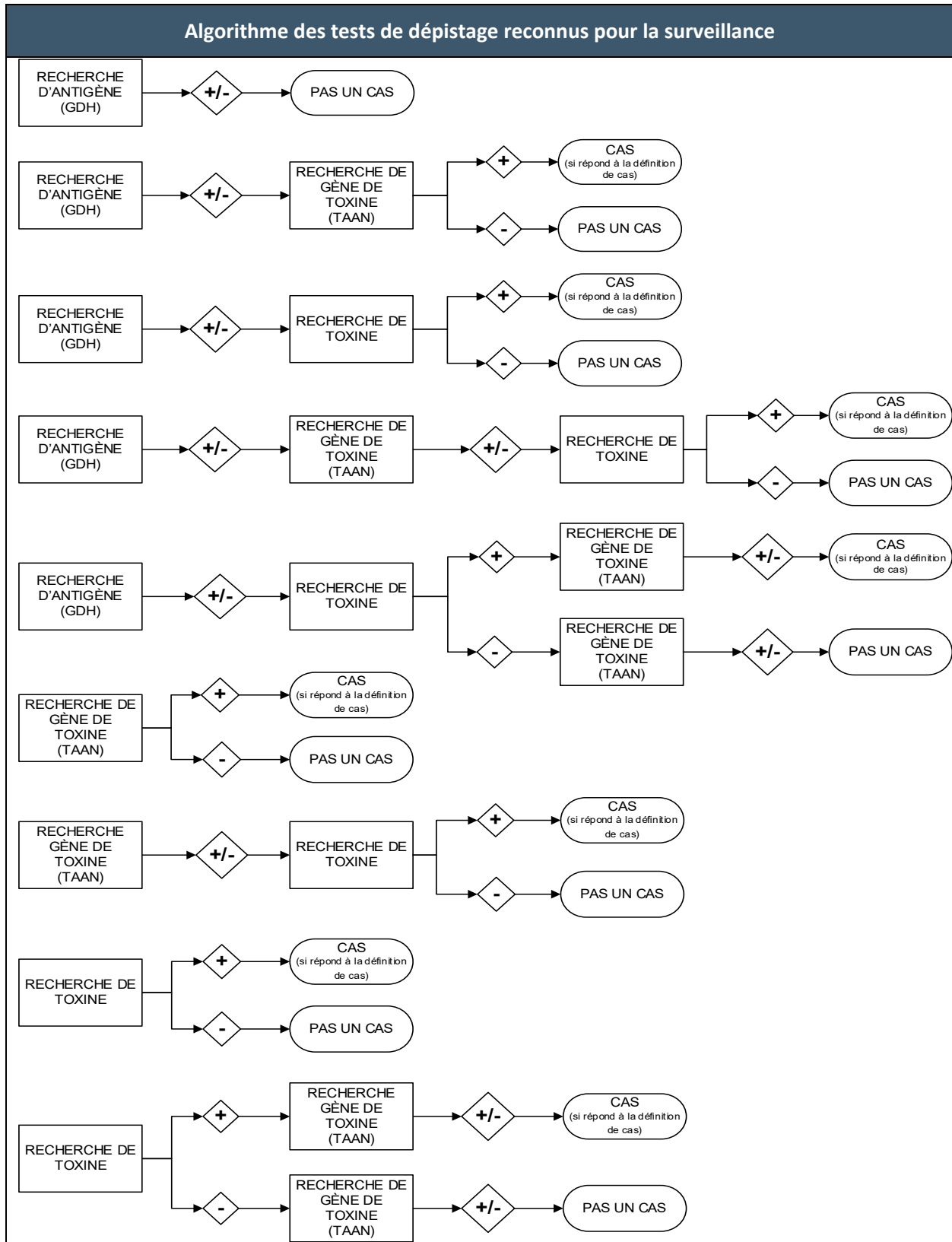
#### 4.1.2 Inclusions et exclusions de cas de DACD

	Inclusions	Exclusions
Usagers hospitalisés répondant à la définition de cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalisé à l'unité de soins de courte durée (incluant l'unité de gériatrie active et l'unité d'hospitalisation brève)</li> <li>Hospitalisé à l'unité de soins de courte durée et DACD attribuable :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Aux soins ambulatoires (cat. 1c)</li> <li>À l'unité de soins de longue durée dans l'installation de courte durée (cat. 1 d)</li> <li>À une installation non déclarante (cat. 2)</li> <li>À la communauté (cat.3) incluant ceux en lit d'hôtellerie <b>ou en unité virtuelle</b></li> </ul> </li> <li>Nouvel épisode de DACD survenant plus de huit semaines après la fin du traitement de l'épisode antérieur est considéré comme un nouveau cas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Récidive de DACD moins de huit semaines après la fin du traitement (ne requiert pas nécessairement un nouveau test de laboratoire positif)</li> <li>DACD attribuable à l'hospitalisation en néonatalogie, en pouponnière et en psychiatrie</li> </ul>
Usagers non hospitalisés répondant à la définition de cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antécédent d'hospitalisation à l'unité de soins de courte durée (incluant l'unité de gériatrie active et l'unité d'hospitalisation brève) dans les quatre semaines précédant le diagnostic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Récidive de DACD moins de huit semaines après la fin du traitement (ne requiert pas nécessairement un nouveau test de laboratoire positif)</li> <li>Non hospitalisé dans les quatre semaines précédant le diagnostic</li> <li>DACD attribuable à l'hospitalisation en néonatalogie, en pouponnière, en psychiatrie ou en lit d'hôtellerie dans les quatre semaines précédant le diagnostic</li> <li>DACD en centre de réadaptation ou en psychiatrie</li> <li>DACD attribuable à l'hébergement en soins de longue durée</li> </ul>

## 4.2 Tests diagnostiques

Voici la liste des tests de laboratoire utilisés au Québec ainsi qu'un algorithme pour définir les cas retenus dans la surveillance.

Détection	Tests possibles	Numéro de test MSSS correspondant	Particularités
<b>Antigène Enzyme GDH (glutamate déshydrogénase)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ELISA sur membrane – test rapide (enzyme linked immunosorbent assay ou dosage immuno-enzymatique sur support solide);</li> <li>EIA sur membrane - test rapide (enzyme immunoassays ou dosage immuno-enzymatique).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 007 : <i>C. difficile</i> (selles) : Antigène GDH par test rapide (ELISA sur membrane) OU</li> <li>40 352 : <i>C. difficile</i> (selles) : Antigène GDH <b>ET</b> toxines A et B par test rapide (ELISA sur membrane)</li> </ul>	Le test antigène GDH utilisé seul, quel que soit le résultat, n'est pas un test reconnu dans la définition de cas pour la surveillance. Attention, le test ELISA ou EIA peut détecter l'antigène GDH avec ou sans détection de toxine en simultanément, vérifier avec votre laboratoire afin de savoir ce que le test détecte.
<b>Gène de toxine Acides nucléiques gènes <i>tcdB</i> +/- <i>tcdA</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TAAN (test d'amplification des acides nucléiques) (par exemple, PCR (polymerase chain reaction) ou LAMP (Loop-mediated isothermal amplification)).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>45 026 : <i>C. difficile</i> (spécimen clinique et selles) : Gène de la toxine B par TAAN (PCR, LAMP)</li> </ul>	Si sur un même échantillon, la détection du gène de toxine et la détection de toxine sont réalisées, seuls les résultats de toxines positives sont à inclure dans la surveillance (car le gène de la toxine peut être présent chez un usager porteur sans pour autant présenter une infection chez un usager colonisé*). Attention, le test ELISA ou EIA peut détecter l'antigène GDH avec ou sans détection de toxine en simultanément, vérifier avec votre laboratoire afin de savoir ce que le test détecte.
<b>Toxine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ELISA sur membrane – test rapide (enzyme linked immunosorbent assay ou dosage immuno-enzymatique sur support solide);</li> <li>EIA sur membrane - test rapide (enzyme immunoassays ou dosage immuno-enzymatique).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 264 : <i>C. difficile</i> (selles) : Toxines A et B par test rapide (ELISA sur membrane) OU</li> <li>40 352 : <i>C. difficile</i> (selles) : Antigène GDH <b>ET</b> toxines A et B par test rapide (ELISA sur membrane)</li> </ul>	Si sur un même échantillon, la détection du gène de toxine et la détection de toxine sont réalisées, seuls les résultats de toxines positives sont à inclure dans la surveillance (car le gène de la toxine peut être présent chez un usager porteur sans pour autant présenter une infection chez un usager colonisé*). Attention, le test ELISA ou EIA peut détecter l'antigène GDH avec ou sans détection de toxine en simultanément, vérifier avec votre laboratoire afin de savoir ce que le test détecte.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ELISA sur microplaque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>41 382 : <i>C. difficile</i> (selles) : Toxines A et B par ELISA sur microplaque</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ECP (effet cytopathogène de la toxine) - Culture cellulaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 654 : <i>C. difficile</i> (selles) : Toxine B par culture cellulaire</li> </ul>	
<b>*Précision</b>			
<p><b>Exemple :</b> Un usager est hospitalisé en courte durée et au jour 10 post admission développe des diarrhées. Deux tests diagnostiques sont effectués et la recherche de toxine est négative, mais la détection de gène de la toxine est positive. Conclusion : ce cas n'est pas à déclarer. Puisque deux tests sont effectués, soit la toxine et le gène de la toxine, le test sur la toxine prédomine.</p>			



## 5 DÉCLARATION DES DONNÉES

### 5.1 Modes de déclaration

Il s'agit d'un programme basé sur une surveillance active et prospective des infections et des complications des cas de DACD ainsi qu'une surveillance complémentaire des souches de DACD. Dans SI-SPIN, pour chaque installation :

- Déclaration périodique agrégée de l'ensemble des cas de DACD;
- Déclaration périodique agrégée des complications de DACD d'origine nosocomiale;
- Déclaration périodique des dénominateurs :
  - Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation;
- Déclaration sur une période donnée cas par cas des souches de DACD.

### 5.2 Déclaration périodique agrégée des cas de DACD

Cette section se rapporte à tous les cas de DACD qui correspondent à la définition telle que détaillée au point 4. La surveillance inclut uniquement les cas hospitalisés ainsi que ceux ayant été hospitalisés dans les quatre dernières semaines.

#### 5.2.1 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 bien 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 d'acquisition nosocomiale ([annexe 2](#));
- Algorithme de catégorie d'attribution (**disponible dans le portail SI-SPIN**);
- Formulaire de catégorie d'attribution (**disponible dans le portail SI-SPIN**).

Catégories d'attribution		
<b>Relié à l'installation déclarante</b>	<b>1a</b>	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante
	<b>1b</b>	Cas relié à une hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante ( $\leq 4$ semaines)
	<b>1c</b>	Cas hospitalisé relié aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante
	<b>1d</b>	Cas hospitalisé relié à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante
<b>Non relié à l'installation déclarante</b>	<b>2</b>	Cas hospitalisé relié à un séjour dans une installation non déclarante
	<b>3a</b>	Cas hospitalisé d'origine communautaire avec une hospitalisation récente dans une installation de courte durée ( $> 4$ à $\leq 12$ semaines)
	<b>3b</b>	Cas hospitalisé d'origine communautaire avec une hospitalisation précédente dans une installation de courte durée ( $> 12$ à $\leq 52$ semaines)
	<b>3c</b>	Cas hospitalisé d'origine communautaire sans hospitalisation antérieure ou hospitalisation $> 52$ semaines
	<b>4</b>	Cas hospitalisé d'origine inconnue

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

<b>Catégorie 1a : Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante*</b>
Hospitalisation à l'unité de soins de courte durée dans l'installation déclarante
<b>ET</b>
Cas de DACD à partir du jour 4 de l'admission
<b>*Précisions</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Infection nosocomiale</b> : comme pour toute définition d'infection nosocomiale, il ne doit y avoir aucune évidence que l'infection est présente ou en incubation au moment de l'admission. <b>Exemple</b> : Un cas se présente à l'urgence pour de la fièvre et des diarrhées lors de son enregistrement. Un test de DACD est effectué uniquement au jour 4 suivant son admission et est positif. Ce cas ne doit pas être déclaré dans la catégorie 1a, car l'infection était présente à l'admission.</li> <li>• <b>Calcul des jours</b> : Un usager est enregistré à l'urgence le 1<sup>er</sup> avril pour 2 jours puis est admis en courte durée le 3 avril. Le jour 1 correspond donc au 3 avril.</li> </ul>

<b>Catégorie 1b : Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante*</b>		
Hospitalisation dans les 4 dernières semaines à l'unité de soins de courte durée dans l'installation déclarante		
<b>ET</b>		
<p>Cas de DACD trouvé jusqu'à 4 semaines (28 jours) après le congé de l'unité de soins de courte durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec ou sans réadmission OU</li> <li>• Suite à son transfert dans une autre installation (CHSGS, CHSLD, centre de réadaptation)</li> </ul>	<p><b>OU</b></p>	<p>Cas de DACD trouvé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU</li> <li>• En externe OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission</li> </ul>
<b>*Précisions</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lorsque plus d'une installation est impliquée</b> : Si l'utilisateur a été hospitalisé dans une autre installation de courte durée participante depuis le congé, le cas doit être déclaré par cette installation. Dans le cas d'un transfert qui aurait séjourné dans plusieurs installations, l'attribution doit se faire dans la dernière installation où l'utilisateur a été hospitalisé.             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si l'installation est participante : Communiquer avec le service de prévention et contrôle des infections afin que cette dernière déclare le cas. Il est important de ne pas déclarer en double les cas.</li> <li>– Si l'installation n'est pas participante : Voir la catégorie 2 plus bas.</li> </ul> </li> <li>• <b>Exemple</b> : un usager est hospitalisé à l'hôpital A pour 7 jours et obtient son congé. Quelques jours plus tard, le même usager est hospitalisé à l'hôpital B pour 2 jours. Le même usager consulte ensuite l'urgence de l'hôpital C et un test de DACD sort positif le même jour. Le cas sera déclaré dans la catégorie 1b par l'hôpital B, peu importe la durée de l'hospitalisation.</li> </ul>		



<b>Catégorie 1c : Cas hospitalisé relié aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante</b>		
Hospitalisation à l'unité de soins de courte durée		
<b>ET</b>		
Séjour à l'urgence* dans l'installation déclarante 3 jours avant le diagnostic	<b>OU</b>	Soins ambulatoires reçus dans l'installation déclarante dans les 4 dernières semaines (28 jours) (voir inclusions en ambulatoire*)
<b>ET</b>		
Cas de DACD aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission <b>ou trouvé en externe</b>		
*Précisions		
Inclusions	Exclusions	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgence (couché sur civière, peu importe la durée)</li> <li>• Hôpital de jour</li> <li>• Clinique d'oncologie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Chirurgie d'un jour</li> <li>• Médecine d'un jour</li> <li>• Service d'endoscopie</li> <li>• Antibiothérapie intraveineuse à domicile</li> </ul>	<p>Ces cas sont déclarés d'origine communautaire (cat. 3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un usager ayant effectué une visite dans les services ambulatoires cités dans les inclusions, mais n'ayant pas reçu de soins</li> <li>• Un usager ayant reçu des soins dans des soins ambulatoires non cités dans les inclusions tels que CLSC, clinique privée, soins à domicile, physiothérapie, imagerie médicale, centre de prélèvement, <b>unité virtuelle</b>, etc</li> </ul>	
<b>Exemples :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un usager a séjourné dans deux différentes urgences (a reçu des soins et était couché sur civière). Il est admis et hospitalisé dans votre installation et un test de DACD est positif au jour 1. Le cas doit être déclaré par la dernière urgence consultée.</li> <li>• Un usager est enregistré à l'urgence pour une infection urinaire le 1<sup>er</sup> avril et y reste. Il est admis le 4 avril, un test de DACD est fait à l'admission et est positif. L'usager étant enregistré à l'urgence 3 jours avant le diagnostic, il doit être déclaré 1c.</li> <li>• Un usager est enregistré en réanimation à l'hôpital A mais n'est pas admis. Il est transféré rapidement à l'hôpital B où il est admis. Au jour 3 de son admission, il débute des diarrhées et au jour 4, il a un test de DACD positif. L'hôpital B ne peut pas le déclarer, car l'infection était en incubation dès l'admission (car dès le jour 3 il a des diarrhées). L'hôpital A ne peut pas le déclarer dans catégorie 1b, car il n'a pas été admis. Toutefois, l'hôpital A doit le déclarer dans la catégorie 1c, car il a eu un séjour à l'urgence trois jours avant le diagnostic, et ce, même s'il n'est pas admis dans son installation.</li> <li>• Un usager qui reçoit des soins à la clinique d'oncologie développe de la diarrhée. Un test de DACD est fait à la clinique et revient positif. Il est admis le lendemain. On considère qu'il répond au cas de DACD au jour 1 de l'admission même si son test n'a pas été fait au jour 1 de l'admission.</li> </ul>		

<b>Catégorie 1d : Cas hospitalisé relié à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante*</b>		
Hospitalisation à l'unité de soins de courte durée		
<b>ET</b>		
Transfert de l'unité de soins de longue durée	<b>OU</b>	Séjour à l'unité de soins de longue durée dans les 4 dernières semaines (28 jours)
<b>ET</b>		
Cas de DACD aux jours 1, 2 ou 3 suivant l'admission <b>ou trouvé en externe</b>		
<b>*Précisions</b>		
<b>Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante :</b> 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.		

<b>Catégorie 2 : Cas hospitalisé relié à une installation non déclarante*</b>		
Hospitalisation à l'unité de soins de courte durée dans l'installation déclarante		
<b>ET</b>		
Transfert d'une installation non déclarante	<b>OU</b>	Séjour dans une installation non déclarante dans les 4 dernières semaines (28 jours)
<b>ET</b>		
Cas de DACD aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission <b>ou trouvé en externe</b>		
<b>*Précisions</b>		
Inclusions	Exclusions	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHSLD (<b>tout type</b>)</li> <li>• Résidence privée pour personnes en perte d'autonomie</li> <li>• Centre de réadaptation</li> <li>• Centre de soins de courte durée NON déclarant (avec soins) :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– CHSGS ne répondant pas aux inclusions de la section 3</li> <li>– Centre hospitalier hors Québec</li> <li>– <b>Clinique médicale privée au Québec ou ailleurs</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>URFI d'un CHSGS (à déclarer dans la catégorie 1a ou 1b)</b></li> <li>• Centre hospitalier de soins psychiatriques (à déclarer dans la catégorie 3)</li> <li>• Résidence pour personnes autonomes (à déclarer dans la catégorie 3)</li> </ul>	

<b>Catégorie 3 : Cas hospitalisé d'origine communautaire*</b>				
Hospitalisation à l'unité de soins de courte durée dans l'installation déclarante				
<b>ET</b>				
Cas de DACD aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission <b>ou trouvé en externe</b>				
<b>ET</b>				
3a : Cas avec une hospitalisation récente	<b>OU</b>	3b : Cas avec une hospitalisation précédente	<b>OU</b>	3c : Cas sans hospitalisation
Hospitalisation récente (> 4 semaines et ≤ 12 semaines) dans une installation de courte durée		Hospitalisation précédente (> 12 semaines et ≤ 52 semaines) dans une installation de courte durée		Aucune hospitalisation en courte durée dans la dernière année ou hospitalisation > 52 semaines dans une installation de courte durée
<b>*Précisions</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'hospitalisation récente (cat. 3a) ou précédente (cat. 3b) est dans n'importe quelle installation de courte durée. L'installation où le cas est admis pour DACD déclare le cas.</li> </ul>				
<b>Exemples :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un usager a été hospitalisé il y a 6 mois dans une autre installation de courte durée. Il est présentement hospitalisé dans votre installation avec une DACD au jour 2 de son admission. Vous devez vous-même le déclarer dans la catégorie 3b.</li> <li>Un cas est admis et un test de DACD est positif à l'urgence (la veille ou l'avant-veille) ou en externe (peu importe le délai si même épisode). On considère qu'il répond au cas de DACD au jour 1 de l'admission même si son test n'a pas été fait au jour 1 de l'admission.</li> </ul>				

<b>Catégorie 4 : Cas hospitalisé d'origine inconnue*</b>
Hospitalisation à l'unité de soins de courte durée dans l'installation déclarante
<b>ET</b>
Ne répond à aucune autre catégorie
<b>ET</b>
Cas de DACD aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission <b>ou trouvé en externe</b>
<b>*Précisions</b>
Cette catégorie devrait être utilisée exceptionnellement. Contacter le soutien SI-SPIN (voir section 10) pour vous aider dans la catégorisation.

### 5.3 Déclaration périodique agrégée des complications

La déclaration périodique agrégée des complications de DACD vise à déterminer les complications les plus importantes pendant les 30 jours suivant le diagnostic pour les cas nosocomiaux (catégories 1a et 1b).

Complications	Saisie	Précisions
<b>Décès toute cause</b>	Obligatoire	Saisir les décès selon 0 à 10 jours ou 11 à 30 jours suivant le diagnostic de DACD. Le total des décès se calcule automatiquement.
<b>Colectomie totale ou partielle</b>		
<b>Iléostomie en boucle</b>		
<b>Admission aux soins intensifs</b>	Optionnelle	Si l'infection cause un transfert aux soins intensifs.
<b>Réadmission</b>		Si le cas est réadmis pour DACD.

À noter que les complications dues à une récurrence (récurrence de moins de 8 semaines après la fin du traitement) sont exclues puisque ces récurrences ne sont pas comptabilisées comme un nouveau cas (voir point 4.2.1). Un formulaire d'aide à la déclaration des complications est disponible [dans le portail SI-SPIN](#).

## 5.4 Déclaration périodique des dénominateurs

Il est nécessaire de disposer de dénominateurs pour les calculs des différents taux. Le recueil d'information sur les dénominateurs est aussi important que le recueil des numérateurs.

### 5.4.1 Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation

Pour chaque période, chaque installation doit recueillir les admissions et les jours-présence. Voir le formulaire de collecte de ces dénominateurs [disponible dans le portail SI-SPIN](#). Les exclusions sont applicables au dénominateur, car ces unités ne sont pas calculées dans les taux d'incidence (catégories 1a et 1b).

Dénominateurs	Inclusions	Exclusions
<b>Nombre d'admissions</b>	<p>Usagers hospitalisés dans des lits appartenant à la mission/classe 310 (CHSGS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesure 51 : lits de santé physique, ce qui inclut les lits de l'unité d'hospitalisation brève (UHB)</li> <li>Mesure 52 : lits de gériatrie active</li> </ul>	<p>Usagers hospitalisés dans des lits appartenant à la mission/classe 310 (CHSGS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesure 38 : lits de néonatalogie tout niveau de soins</li> <li>Mesure 38 : lits de pouponnière (incluant pouponnière, bébé en cohabitation)</li> <li>Mesure 53 : lits de psychiatrie</li> <li>Mesure 37 : lits d'hôtellerie</li> <li><b>Lits d'hospitalisation virtuelle</b></li> </ul>
<b>Nombre de jours-présence</b>		<p>Usagers hébergés dans des lits appartenant à la mission/classe 400 (longue durée)</p>

## 5.5 Déclaration cas par cas des souches

L'INSPQ réalise périodiquement une surveillance en laboratoire des souches de *C. difficile*. Cette surveillance constitue un complément à la surveillance provinciale des DACD. Toutes les installations ciblées de la province 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 DACD

La surveillance des souches de *C. difficile* porte uniquement sur les selles des usagers 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 de selles provenant d'usagers ayant une DACD des catégories d'attribution ciblées.

### Saisie des données

Une fiche d'infection doit être complétée sur le SI-SPIN pour chaque cas dont l'échantillon de selles a été envoyé au LSPQ. Une fiche d'aide à la saisie détaille les données à saisir est **disponible dans le portail SI-SPIN**.

En résumé, voici quelques précisions sur certaines données à saisir lors de l'étude des souches :

Catégories de variables		Données à saisir
<b>Type d'infection</b>	Regroupement	Infection du système gastro-intestinal
	Type d'infection	Diarrhées à <i>C. difficile</i>
<b>Micro-organisme et antibiogramme</b>	Micro-organisme	<i>Clostridioides difficile</i>
	Type d'analyse	Choisir un test parmi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>C. difficile</i> (selles) : Antigène GDH ET toxines A et B par test rapide</li> <li>• <i>C. difficile</i> (selles) : Antigène GDH par test rapide (ELISA sur membrane) (si ce test est choisi, vous devez aussi choisir un autre test, car l'antigène seul n'est pas retenu dans la définition de cas)</li> <li>• <i>C. difficile</i> (selles) : Toxine B par culture cellulaire</li> <li>• <i>C. difficile</i> (selles) : Toxines A et B par ELISA sur microplaque</li> <li>• <i>C. difficile</i> (selles) : Toxines A et B par test rapide (ELISA sur membrane)</li> <li>• <i>C. difficile</i> (spécimen clinique et selles) : Gène de la toxine B par TAAN (PCR, LAMP)</li> </ul>
	Date de prélèvement	Inscrire la date <b>du prélèvement qui est envoyé au LSPQ</b>
	Envoi au LSPQ	Cocher la case « Envoi au LSPQ » <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrire le numéro de requête local</li> </ul>
<b>Catégorie d'attribution</b>		Selon la catégorie de surveillance ciblée dans le devis, choisir une catégorie dans le menu déroulant.
<b>Données complémentaires</b>	Complications	Inscrire si dans les 30 jours suivant le diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colectomie</li> <li>• Iléostomie en boucle</li> <li>• Admission à l'USI pour DACD</li> <li>• Décès</li> </ul>
	Hospitalisation antérieure	Inscrire si le cas a été hospitalisé en courte durée dans la dernière année ainsi que la date de congé du dernier hôpital
	<b>Antibiotiques</b>	<b>Antibiotiques consommés dans les 4 semaines précédant l'épisode de DACD</b>
	<b>Autre médication</b>	<b>Autre médication 24 heures précédant le diagnostic</b>

## 6 ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

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

### Définition et catégorisation de cas

- Révision des dossiers;
- Évaluation de l'utilisateur;
- Lien avec le laboratoire de microbiologie, mais également les services d'anatomopathologie et d'endoscopie digestive;
- Lien avec le service de prévention et contrôle des infections d'autres installations.

### Complications

- Révision des dossiers;
- Lien avec le service des archives.

### Lien avec les autres installations

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

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

### Outils de collecte de données

- Formulaire de catégorisation des cas de DACD : **disponible dans le portail SI-SPIN**;
- Formulaire de déclaration des complications de DACD : **disponible dans le portail SI-SPIN**;
- Formulaire de collecte des admissions et jours-présence : **disponible dans le portail SI-SPIN**.



## 7 TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER

Plusieurs données sont obligatoires lors de la saisie dans SI-SPIN. Des délais de transmission de données sont à respecter. Des relances seront faites aux retardataires selon un calendrier établi.

	Nombre de cas	Complications	Dénominateurs	Souches
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet déclaration périodique :  Déclaration périodique des diarrhées à <i>C. difficile</i>	Onglet déclaration périodique :  Déclaration périodique des complications des diarrhées à <i>C. difficile</i>	Onglet déclaration périodique :  Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation	Onglet infection :  Inscription d'une infection
Fiches d'aide à la saisie dans SI-SPIN	<b>Disponibles dans le portail SI-SPIN</b>			
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps	Saisie minimum 30 jours après le diagnostic de DACD	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 et validée maximum 60 jours <sup>A</sup> 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)	Complétée et validée maximum 30 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré	Complétée maximum 60 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré (30 jours après le diagnostic plus 30 jours pour la saisie des complications et la transmission des données) <b>ET</b> Validée dans l'onglet déclaration périodique : Confirmation de saisie complétée par période
Participation au rapport de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Un minimum de 11 périodes est requis</b></li> <li>• <b>Les 11 périodes validées des numérateurs doivent être les mêmes que celles des dénominateurs</b></li> </ul>			

<sup>A</sup> 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<sup>er</sup> avril.

## 8 ANALYSE DES DONNÉES

Les activités de surveillance seront revues par le comité SPIN-CD 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 d'incidence;
- Pour la comparaison des taux d'incidence, un test Z de la différence du logarithme népérien des deux taux est utilisé.

### Données

- Une analyse descriptive est réalisée pour le nombre de cas de DACD, leurs catégories d'attribution et les complications;
- Le taux d'incidence est exprimé sous forme de densité d'incidence de DACD par 10 000 jours-présence :

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

## 9 DIFFUSION DES RÉSULTATS

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

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

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

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

Formats	Lieu de dépôt	Délais de dépôt
<b>Résultats périodiques</b>	<a href="#">Portail SI-SPIN</a> <a href="#">Portail de l'Infocentre</a>	Périodiquement
<b>Résultats annuels de surveillance</b>	<a href="#">Portail SI-SPIN</a> <a href="#">Site web INSPQ</a>	Annuellement : en automne suivant la fin de l'année financière
<b>Recommandations et pistes d'amélioration</b>	<a href="#">Portail SI-SPIN</a>	<b>Annuellement : en automne suivant la fin de l'année financière</b>
<b>Publications scientifiques</b>	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](mailto:Soutien.SI-SPIN@inspq.qc.ca)

## 11 RÉFÉRENCES

1. Bauer MP, Notermans DW, van Benthem BH, *et al.* Clostridium difficile infection in Europe : a hospital-based survey. Lancet. Jan 1 2011; 377 (9759) : 63-73.
2. Loo VG, Poirier L, Miller MA, *et al.* A predominantly clonal multi-institutional outbreak of Clostridium difficile-associated diarrhea with high morbidity and mortality. N Engl J Med. Dec 8 2005;353(23):2442-2449.
3. 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/17pscnosindef\\_current.pdf](http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosindef_current.pdf)
4. 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.
5. McDonald LC, Killgore GE, Thompson A, *et al.* An epidemic, toxin gene-variant strain of Clostridium difficile. N Engl J Med. Dec 8 2005;353(23):2433-2441.
6. Kuijper EJ, Barbut F, Brazier JS, *et al.* Update of *Clostridium difficile* infection due to PCR ribotype 027 in Europe, 2008. Euro Surveill. Jul 31 2008; 13 (31).
7. 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.

## Annexe 1 MEMBRES DU COMITÉ SPIN ET DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-CD

### 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

Nathalie Deshaies  
Centre intégré de santé et services sociaux Abitibi-Témiscamingue

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-Senécal  
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-CD**

#### **MEMBRES ACTIFS**

Yves Longtin, président du comité  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Fanny Beaulieu  
CHU de Québec - Université Laval

Michèle Dugas  
Direction de la hygiène sanitaire, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ruth Bruno  
Fanny Desjardins  
Natasha Parisien  
Jasmin Villeneuve  
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

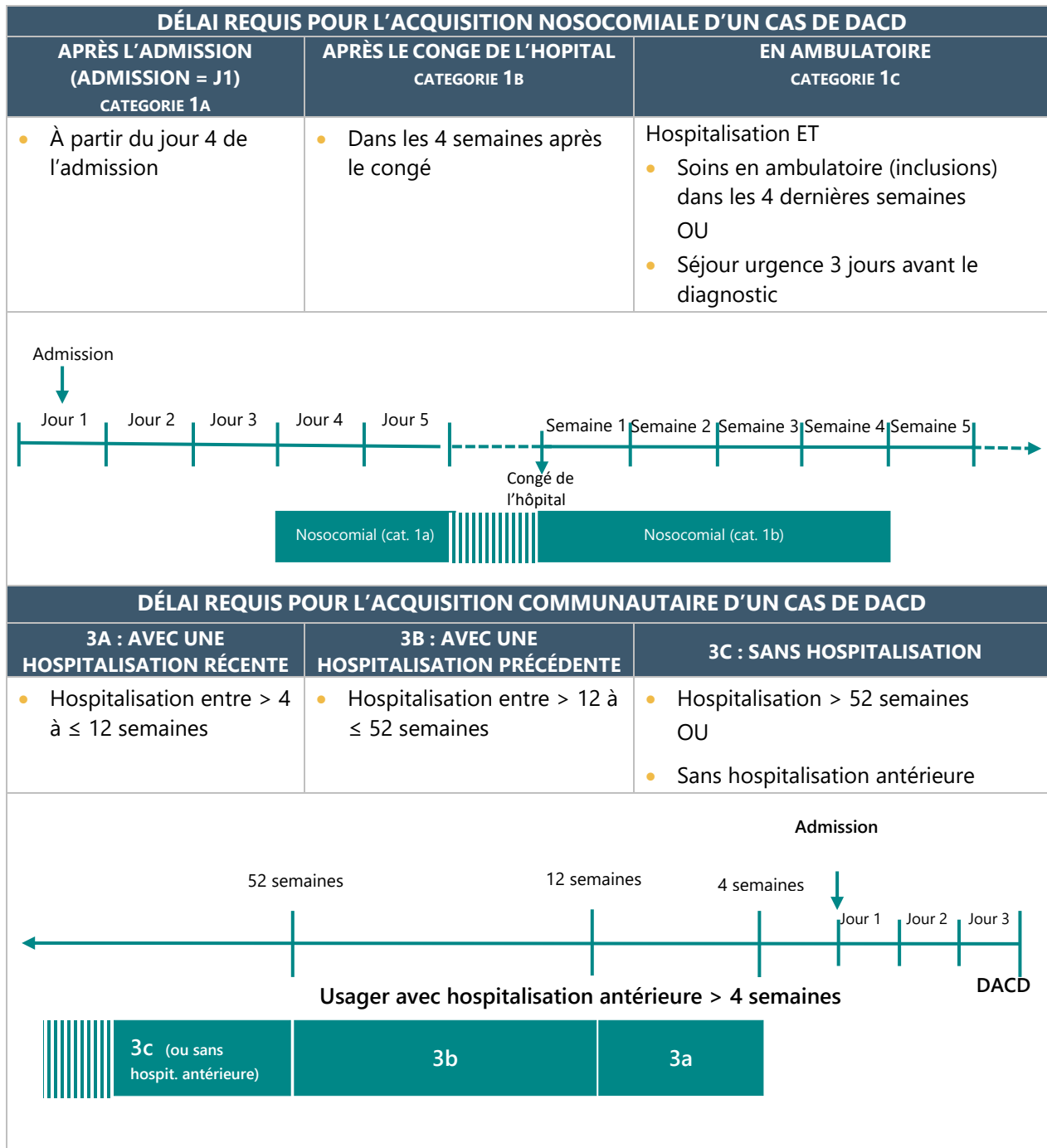
Florence Doualla-Bell  
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Laplante  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Vivian Loo  
Centre universitaire de santé McGill

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

## Annexe 2 DÉLAI REQUIS ET AXE DE TEMPS POUR CONSIDÉRER L'ACQUISITION NOSOCOMIALE ET COMMUNAUTAIRE







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



[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)