

# Surveillance provinciale des infections à entérocoques résistants à la vancomycine 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

Comité de programme SPIN-ERV

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 (2011)**

Patrice Vigeant, Charles Frenette, Lise-Andrée Galarneau, Christophe Garenc, Pauline Laplante, Simon Lévesque, Isabelle Rocher et Mélissa Trudeau

*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 : 978-2-550-98697-3 (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	Précisions ajoutées concernant les unités virtuelles
	4.2	Précision ajoutée concernant le traitement lors d'infection à ERV
5	5.2.1	Précisions ajoutées pour les catégories d'attribution des nouveaux porteurs
	5.3.4	Précisions ajoutées pour les catégories d'attribution des infections à ERV
	5.3.5	Ajout d'informations sur les dates de diagnostic, de début d'infection et d'admission
	5.3.6	Changement des variables de la fiche complémentaire « Origine présumée de l'acquisition de la souche »
	5.3.7	Précisions ajoutées concernant la complication « Transfert aux USI »
	5.4.1	Précision ajoutée concernant les lits d'unité virtuelle
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 dont le format 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 et 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 infections à entérocoques résistants à la vancomycine.

Ce document s'adresse aux professionnels des équipes de prévention et de contrôle 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	ERV inclus dans la surveillance.....	4
4.2	Autres définitions .....	5
<b>5</b>	<b>DÉCLARATION DES DONNÉES</b> .....	<b>6</b>
5.1	Modes de déclaration.....	6
5.2	Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs d'ERV.....	6
5.2.1	Catégorie d'attribution : nouveau porteur.....	7
5.3	Déclaration périodique cas par cas des infections d'ERV .....	14
5.3.1	Type d'infection.....	14
5.3.2	Micro-organisme et antibiogramme.....	14
5.3.3	Co-variables et facteurs de risque.....	15
5.3.4	Catégorie d'attribution : infection .....	15
5.3.5	Dates : diagnostic, début d'infection et admission.....	22
5.3.6	Fiche complémentaire .....	23
5.3.7	Évolution .....	24
5.4	Saisie périodique des dénominateurs .....	25
5.4.1	Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation .....	25
5.4.2	Saisie périodique des tests de dépistage .....	26
<b>6</b>	<b>ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE</b> .....	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER</b> .....	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>ANALYSE DES DONNÉES</b> .....	<b>29</b>
<b>9</b>	<b>DIFFUSION DES RÉSULTATS</b> .....	<b>30</b>
<b>10</b>	<b>SOUTIEN</b> .....	<b>31</b>
<b>11</b>	<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>32</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>MEMBRES DU COMITÉ SPIN ET DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-ERV</b> .....	<b>33</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>DÉLAIS REQUIS POUR CONSIDÉRER L'ACQUISITION NOSOCOMIALE</b> .....	<b>35</b>

## 1 CONTEXTE

En janvier 2006, un système de surveillance de l'ERV a été mis en place par le laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Ce programme permettait d'estimer le nombre de nouveaux porteurs de même que le nombre d'infections attribuables à l'ERV. Toutefois, plusieurs données importantes pour la surveillance étaient manquantes. Un programme de surveillance provinciale (SPIN-ERV) a donc été développé et a débuté le 11 septembre 2011. Ainsi, il est devenu possible de calculer un taux d'incidence des infections et un taux d'acquisition des colonisations. Le comité de programme SPIN-ERV, 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.

L'entérocoque résistant à la vancomycine a longtemps été considéré comme un organisme de faible virulence et pour cette raison, les mesures pour contrôler sa transmission ont souvent été remises en question. La surveillance provinciale de l'ERV permet de vérifier si les mesures de prévention et contrôle recommandées par le CINQ sont efficaces, et les résultats positifs observés au Québec, particulièrement dans la région de Montréal, montrent que l'ERV peut être contrôlé. Cette démonstration est renforcée par la nette augmentation des taux d'incidence des infections à ERV observée dans une région du Québec en 2017-2018 qui coïncide avec la diminution marquée des mesures de prévention de l'ERV dans certaines installations de cette région. Des mesures correctives ont été apportées permettant d'améliorer la situation. Enfin, notons que le pourcentage de résistance à la vancomycine parmi les entérocoques au Québec se compare avantageusement au pourcentage retrouvé ailleurs dans le monde.

Enfin, notons que le pourcentage de résistance à la vancomycine parmi les entérocoques au Québec se compare avantageusement au pourcentage retrouvé ailleurs dans le monde.

Les mesures de prévention et de contrôle de l'ERV sont exigeantes pour les milieux de soins, mais la surveillance des taux de colonisation et d'infections nous démontre qu'elle est importante à mettre en place et à maintenir.

## 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-ERV

- Établir les taux d'incidence des infections à ERV et le taux d'acquisition des nouveaux porteurs d'ERV d'origine nosocomiale;
- Documenter les caractéristiques des infections à ERV telles que l'origine d'acquisition et les sites d'infection;
- Déterminer la fréquence des complications les plus importantes associées à l'infection;
- Suivre l'évolution temporelle et la diffusion géographique des taux d'incidence des infections à ERV et du taux d'acquisition des nouveaux porteurs d'ERV d'origine nosocomiale afin d'identifier précocement une augmentation à l'échelle locale, régionale et nationale;
- Identifier les centres hospitaliers ayant une augmentation du taux d'incidence;
- Suivre la moyenne des tests de dépistage pour l'ERV;
- Déterminer le lieu présumé d'acquisition des nouveaux porteurs d'ERV d'origine non nosocomiale.

### 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
<b>Entérocoques résistants à la vancomycine au Québec</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 ERV inclus dans la surveillance

Même si le protocole se nomme « Surveillance provinciale des infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec », il inclut autant les **colonisations** que les **infections**. Le nom du protocole reflète simplement l'indicateur principal.

Statut de portage	Inclusions	Exclusions
<p><b>Nouveau porteur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usager n'ayant jamais été diagnostiqué colonisé ou infecté à ERV dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins<sup>A</sup></li> <li>OU</li> <li>Usager ayant été déjà porteur, mais dont l'alerte au dossier a été retirée (défichage)</li> </ul>	<p><b>Colonisation</b> chez un nouveau porteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>À l'unité de soins de courte durée (incluant néonatalogie, gériatrie active, unité d'hospitalisation brève) (cat. 1a et 1b obligatoires)</li> <li>Aux soins ambulatoires (cat. 1c)</li> <li>À l'unité de longue durée dans l'installation de courte durée. (cat. 1d)</li> <li>D'une installation non déclarante (cat. 2).</li> <li>À la communauté (cat. 3) incluant ceux trouvés en lit d'hôtellerie <b>ou en unité virtuelle</b></li> </ul> <p><b>Infection</b> chez un nouveau porteur chez tous les usagers hospitalisés ou non (externe, ambulatoire, CHSLD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les cas sont à déclarer</li> </ul>	<p><b>Colonisation</b> chez un nouveau porteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En psychiatrie ou à la pouponnière</li> </ul>
<p><b>Porteur connu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usager ayant déjà été diagnostiqué colonisé ou infecté à ERV dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins<sup>A</sup></li> <li>ET</li> <li>L'alerte au dossier n'a pas été retirée par l'équipe de PCI (défichage)</li> </ul>	<p><b>Infection</b> chez un porteur connu chez tous les usagers hospitalisés ou non (externe, ambulatoire, CHSLD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les cas sont à déclarer</li> </ul>	<p>Colonisation chez un porteur connu</p>

<sup>A</sup> Réfère aux milieux de soins tant au Québec qu'hors Québec.

## 4.2 Autres définitions

	Définitions
Souches d'ERV	<p><b>Inclusions*</b></p> <p>Pour les espèces <i>E. faecium</i> ou <i>E. faecalis</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Souche d'entérocoque dont la concentration minimale inhibitrice (CMI) pour la vancomycine est <math>\geq 8 \text{ mg/L}</math></li> <li>OU;</li> <li>• Avec gène de résistance van A ou van B*</li> </ul>
	<p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espèces d'entérocoque autre que <i>E. faecium</i> et <i>E. faecalis</i></li> </ul>
Types de prélèvement	<p><b>Dépistage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test effectué dans le cadre des protocoles d'admission et en cours d'hospitalisation visant à détecter la présence ou l'absence d'ERV</li> <li>• Recherche une colonisation à ERV</li> </ul>
	<p><b>Spécimen clinique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Échantillon envoyé au laboratoire de microbiologie pour une culture bactérienne à des fins de diagnostic et effectuée en dehors d'un contexte de dépistage. Ne vise pas à vérifier la présence ou l'absence d'ERV, mais les micro-organismes présents dans l'échantillon</li> <li>• Démontre une colonisation ou une infection à ERV</li> </ul>
Colonisation	Présence d'ERV dans un site <b>sans signe ou symptôme</b> ou ne correspondant pas aux critères de définition d'infection (voir section 5.3.1)
Infection	Présence d'ERV dans un site avec signe ou symptôme correspondant aux critères de définition d'infection (voir section 5.3.1), <b>qu'il y ait ou non un traitement antibiotique prescrit (à moins qu'une définition ne l'exige, ex : critère d'infection de pneumonie).</b>
<b>*Précisions</b>	
<p><b>Inclusions</b></p> <p>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. <b>Exemple</b> : Un usager a une plaie infectée à l'ERV. Il est traité avec des antibiotiques. La plaie est en voie de guérison, il n'y a plus de rougeur ni écoulement. L'usager revient un mois plus tard avec la même plaie réinfectée à l'ERV. Considérant que la plaie ne présentait plus de signe d'infection (aucune rougeur, aucun écoulement), cette infection est considérée comme un nouvel épisode et doit être déclarée à nouveau.</p>	
<p><b>Gènes de résistance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un usager ayant eu un résultat ERV van A qui présente un nouveau résultat ERV van B doit être déclaré à nouveau puisque ce n'est pas le même gène de résistance en cause.</li> <li>• Pour une colonisation, si l'identification ne comprend pas le gène de résistance, ne pas déclarer comme un nouveau porteur s'il a déjà été déclaré.</li> </ul>	

## 5 DÉCLARATION DES DONNÉES

### 5.1 Modes de déclaration

Il s'agit d'un programme basé sur une surveillance active et prospective des colonisations et des infections à ERV.

Dans SI-SPIN, pour chaque installation :

- Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs d'ERV;
- Déclaration périodique cas par cas de toutes les infections à ERV;
- Déclaration périodique des dénominateurs :
  - Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation;
  - Saisie périodique des tests de dépistage.
- Confirmation de saisie complétée pour les infections à ERV.

Types de cas	Modes de déclaration
<b>Colonisation chez un nouveau porteur</b>	Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs d'ERV
<b>Infection chez un nouveau porteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs d'ERV ET</li> <li>• Déclaration périodique cas par cas de toutes les infections à ERV</li> </ul>
<b>Infection chez un porteur connu</b>	Déclaration périodique cas par cas de toutes les infections à ERV
<b>Colonisation chez un porteur connu</b>	Aucune déclaration

### 5.2 Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs d'ERV

Cette section se rapporte à tous les nouveaux porteurs d'ERV qui correspondent à la définition, telle que détaillée au point 4. Seules les catégories 1a et 1b correspondent au volet obligatoire. Le nombre total de nouveaux porteurs colonisés et infectés est ventilé par test de dépistage et spécimen cliniques ainsi que par catégorie d'attribution.

### 5.2.1 Catégorie d'attribution : nouveau porteur

Cette variable réfère à la **catégorie d'attribution de l'infection ou de la colonisation** et non à la catégorie d'acquisition de la souche.

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 requis pour l'acquisition nosocomiale ([annexe 2](#));
- Algorithme de catégorie d'attribution des nouveaux porteurs d'ERV (**disponible dans le portail SI-SPIN**);
- Formulaire de déclaration des nouveaux porteurs d'ERV (**disponible dans le portail SI-SPIN**).

		Catégorie d'attribution : nouveau porteur	
Reliée à l'installation déclarante	<b>1a</b>	Hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	
	<b>1b</b>	Hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	
	<b>1c</b>	Soins ambulatoires dans l'installation déclarante	
	<b>1d</b>	Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante	
Non reliée à l'installation déclarante	<b>2</b>	Autre installation non déclarante	
	<b>3</b>	Communautaire	
	<b>4</b>	Inconnue	

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

<b>NOUVEAU PORTEUR</b>		
<b>Catégorie 1a : Reliée 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>		
<b>Colonisation à ERV</b> chez un nouveau porteur à partir du jour 4* de l'admission	<b>OU</b>	<b>Infection à ERV*</b> chez un nouveau porteur à partir du jour 3* de l'admission
		<b>OU</b>
		<b>Infection à ERV* chez un nouveau porteur au jour 1 ou 2* de l'admission si l'infection est reliée à :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une chirurgie effectuée au jour 1 ou 2</b></li> <li style="padding-left: 20px;"><b>OU</b></li> <li>• <b>Une procédure effectuée au jour 1 ou 2</b></li> </ul>		
<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 usager se présente à l'urgence pour des symptômes urinaires. Une culture d'urine est réalisée au jour 4 suivant son admission et sort 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>NOUVEAU PORTEUR</b>		
<b>Catégorie 1b : Reliée à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante*</b>		
Hospitalisation dans les 12 derniers mois à l'unité de soins de courte durée dans l'installation déclarante (peu importe la durée de l'hospitalisation)		
<b>ET</b>		
Aucune hospitalisation de plus de 24 heures dans une autre installation de courte durée		
<b>ET</b>		
<p><b>Colonisation à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement</li> <li>OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission</li> <li>OU</li> <li>• En externe</li> </ul>	<b>OU</b>	<p><b>Infection à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement</li> <li>OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission</li> <li>OU</li> <li>• En externe</li> </ul>
<b>*Précisions</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lorsque plus d'une installation est impliquée</b> : Pour une colonisation, si l'usager 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'usager a été hospitalisé. Pour une infection, si l'attribution est à une autre installation, c'est l'autre installation qui doit déclarer le cas. <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> </ul>		
<b>Exemples :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 dépistage d'ERV 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> <li>• Un cas a été opéré à l'hôpital A il y a 20 jours et il consulte l'hôpital B pour une infection de site opératoire à ERV. C'est l'hôpital A qui déclare le cas.</li> </ul>		

<b>NOUVEAU PORTEUR</b>		
<b>Catégorie 1c : Reliée aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante</b>		
Enregistré à l'urgence dans l'installation déclarante au moins 3 jours avant le prélèvement pour la colonisation ou au moins 2 jours avant pour l'infection*	<b>OU</b>	Soins ambulatoires reçus dans l'installation déclarante dans les 12 derniers mois (voir inclusions en ambulatoire)*
<b>ET</b>		
Aucune hospitalisation en courte durée dans les 12 derniers mois		
<b>ET</b>		
<b>Colonisation à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission OU</li> <li>• En externe</li> </ul>	<b>OU</b>	<b>Infection à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU</li> <li>• En externe</li> </ul>
<b>*Précisions</b>		
<b>Inclusions soins ambulatoires si soins reçus</b>		<b>Exclusions soins ambulatoires</b>
<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>		Ces cas sont déclarés d'origine communautaire (cat. 3) : <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 telles 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 hospitalisé dans votre installation et dépistage d'ERV est positif au jour 1. Le cas doit être déclaré par la dernière urgence consultée.</li> <li>• Un usager est enregistré à l'urgence le 1er avril puis admis le 4 avril. Un dépistage d'ERV est fait et sort positif. L'usager étant enregistré à l'urgence 3 jours avant, il doit être déclaré 1c.</li> <li>• Un usager est hospitalisé en janvier pour un mois. Il est hémodialysé en externe depuis des années. Il consulte à l'urgence en septembre et à son enregistrement, il est dépisté ERV positif. Vous ne pouvez pas l'attribuer dans la catégorie 1c malgré qu'il ait eu des soins en hémodialyse car il a été hospitalisé dans la dernière année, vous devez le catégoriser 1b.</li> </ul>		

<b>NOUVEAU PORTEUR</b>		
<b>Catégorie 1d : Reliée à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante *</b>		
Transfert de l'unité de soins de longue durée	<b>OU</b>	Séjour à l'unité de soins de longue durée dans les 12 derniers mois
<b>ET</b>		
<p><b>Colonisation à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission OU</li> <li>• À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 4 de l'arrivée à l'unité de soins de longue durée OU</li> <li>• En externe</li> </ul>	<b>OU</b>	<p><b>Infection à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU</li> <li>• 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</li> <li>• En externe</li> </ul>
<b>*Précision</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>NOUVEAU PORTEUR</b>		
<b>Catégorie 2 : Reliée à une installation non déclarante*</b>		
Transfert d'une installation non déclarante	<b>OU</b>	Séjour dans une installation non déclarante dans les 12 derniers mois
<b>ET</b>		
<b>Colonisation à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement</li> <li>OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission</li> <li>OU</li> <li>• En externe</li> </ul>	<b>OU</b>	<b>Infection à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement</li> <li>OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission</li> <li>OU</li> <li>• En externe</li> </ul>
<b>*Précisions</b>		
<b>Inclusions</b>	<b>Exclusions</b>	
<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>– Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés du Québec 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>	

NOUVEAU PORTEUR		
Catégorie 3 : Origine communautaire		
Aucun séjour dans un milieu de soins dans les 12 derniers mois		
<b>ET</b>		
Aucun service ambulatoire de la catégorie 1c		
<b>ET</b>		
<p><b>Colonisation à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement</li> <li>OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission</li> <li>OU</li> <li>• En externe</li> </ul>	OU	<p><b>Infection à ERV</b> chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement</li> <li>OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission</li> <li>OU</li> <li>• En externe</li> </ul>

NOUVEAU POTEUR
Catégorie 4 : Origine inconnue*
Ne répond à aucune autre catégorie
<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 cas par cas des infections d'ERV

Cette section se rapporte à toutes les infections à ERV qui correspondent à la définition, telle que détaillée au point 4. Seules les variables spécifiques aux ERV sont présentées dans cette section. Une fiche d'aide à la saisie d'infection à ERV est **disponible dans le portail SI-SPIN** et décrit toutes les étapes pour inscrire une infection.

**Toutes les infections de toutes les catégories** correspondent au volet obligatoire. Si l'infection survient chez un nouveau porteur, il faut également le déclarer dans la déclaration périodique des nouveaux porteurs d'ERV (voir section 5.2).

### 5.3.1 Type d'infection

Les infections doivent répondre aux critères d'infection dans les documents suivants :

- [Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins](#) (SPIN) ou [National Healthcare Safety Network](#) (NHSN);
- Protocole de surveillance provinciale des bactériémies au Québec pour les critères spécifiques aux bactériémies nosocomiales.

**Les infections répondant aux critères d'infection doivent être déclarées, et ce, même si elles ne sont pas traitées, à moins qu'une définition ne l'exige (ex. critère d'infection de pneumonie).**

Si les critères d'infection ne sont pas remplis, il s'agit d'une colonisation. Pour une colonisation, déclarer ce cas dans la déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs d'ERV.

### 5.3.2 Micro-organisme et antibiogramme

La présence d'un ERV est obligatoire pour que l'infection soit saisie dans ce programme de surveillance, indiquer :

Variables SI-SPIN	Précisions
<b>Type de micro-organisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hémoculture : préciser l'espèce soit « <i>Enterococcus faecalis</i> » ou « <i>Enterococcus faecium</i> »</li> <li>• Tout autre type d'analyse : préciser l'espèce si disponible, sinon « ERV » est à choisir</li> </ul>
<b>Type d'analyse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si dépistage : « ERV détection (TAAN) sur spécimen clinique » ou « ERV culture spécifique »</li> <li>• Si spécimen clinique : choisir dans le menu déroulant</li> </ul>
<b>Antibiogramme</b>	L'inscription du résultat de la sensibilité à certains antibiotiques est obligatoire lors d'hémoculture : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampicilline</li> <li>• Vancomycine</li> </ul>

### 5.3.3 Co-variables et facteurs de risque

Outre les variables retrouvées dans cette boîte, la question relative à l'ERV concerne le statut de portage de l'utilisateur soit :

- ERV - Nouveau porteur;
- ERV - Porteur connu.

### 5.3.4 Catégorie d'attribution : infection

Cette variable se réfère à la **catégorie d'attribution de l'infection** et non pas de la souche.

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 requis pour l'acquisition nosocomiale ([annexe 2](#));
- Algorithme de catégorie d'attribution des infections à ERV (**disponible dans le portail SI-SPIN**).

Catégories d'attribution : infection	
Reliée à l'installation déclarante	<b>Infection reliée à l'installation déclarante</b>
	1a Hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante.
	1b Hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante.
	1c Soins ambulatoires dans l'installation déclarante.
	1d Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante.
Non reliée à l'installation déclarante	2 <b>Infection reliée à une autre installation.</b>
	3 <b>Infection d'origine communautaire.</b>
	4 <b>Infection d'origine inconnue.</b>

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

<b>INFECTION</b>
<b>Catégorie 1 a : Reliée 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>
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu à partir du jour 3 de l'admission
<b>OU</b>
Infection à ERV au jour 1 ou 2 de l'admission si l'infection est reliée à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une chirurgie effectuée au jour 1 ou 2</li> </ul> <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une procédure effectuée au jour 1 ou 2</li> </ul>
<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. Cette notion n'est pas à retenir pour les colonisations. <b>Exemple :</b> Un usager se présente à l'urgence pour des symptômes urinaires. Une culture d'urine est réalisée au jour 4 suivant son admission et sort 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> <li>• <b>Saisie dans SI-SPIN :</b> Vous devez obligatoirement inscrire la date d'admission à l'hôpital, la date de diagnostic ainsi que la date d'arrivée à l'unité de soins où l'infection a été acquise dans la « Catégorie d'unité de soins » afin que le cas soit catégorisé 1a par SI-SPIN.</li> </ul>

<b>INFECTION</b>
<b>Catégorie 1b : Reliée à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante</b>
Infection le jour même ou le lendemain du congé de l'hôpital
<b>OU</b>
Infection de site opératoire jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée lors d'une hospitalisation antérieure
<b>OU</b>
Infection suite à une procédure jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée lors d'une hospitalisation antérieure
<b>ET</b>
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>• En externe</li> </ul>
<b>Précisions</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lorsque plus d'une installation est impliquée :</b> Si l'attribution de l'infection est à une autre installation, c'est l'autre installation qui doit déclarer le cas.           <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 cas a été opéré à l'hôpital A il y a 20 jours et il consulte l'hôpital B pour une infection de site opératoire à ERV. C'est l'hôpital A qui déclare le cas.</li> <li>• <b>Saisie dans SI-SPIN :</b> Afin que le cas soit catégorisé 1b par SI-SPIN, vous devez obligatoirement inscrire dans la catégorie d'attribution les bonnes informations. Par exemple, si reliée à hospitalisation du jour même ou lendemain du congé : inscrire la date d'arrivée et de départ de l'hospitalisation antérieure ainsi que l'unité de soins dans la « Catégorie d'unité de soins » ou si reliée à une infection de site opératoire : inscrire la date d'arrivée et de départ de l'hospitalisation où la chirurgie a eu lieu ainsi que l'unité de soins dans la « Catégorie d'unité de soins » ou si reliée à la procédure lors d'une hospitalisation antérieure : inscrire la date d'arrivée et de départ de l'hospitalisation où la procédure a eu lieu ainsi que l'unité de soins dans la « Catégorie d'unité de soins ».</li> </ul>

INFECTION	
Catégorie 1c : Reliée aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante	
<p>Soins ambulatoires antérieurs reçus dans l'installation déclarante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enregistré à l'urgence dans l'installation déclarante 2 jours avant le prélèvement OU</li> <li>• Soins ambulatoires reçus 2 jours avant le prélèvement et reliés à l'infection (voir inclusions en ambulatoire*) OU</li> <li>• Infection de site opératoire : jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée en chirurgie d'un jour OU</li> <li>• Infection suite à une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée en ambulatoire</li> </ul>	
<b>ET</b>	
<p>Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU</li> <li>• En externe</li> </ul>	
*Précisions	
Inclusions si soins reçus	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 comme 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exemple</b> : Un usager est enregistré à l'urgence le 1<sup>er</sup> avril pour une problématique autre qu'une infection urinaire, et y reste. Il est admis le 3 avril et une culture d'urine est effectuée et démontre de l'ERV. L'usager étant enregistré à l'urgence 2 jours avant le prélèvement, il doit être déclaré comme une infection à ERV catégorie 1c.</li> <li>• <b>Saisie dans SI-SPIN</b> : Afin que le cas soit catégorisé 1c par SI-SPIN, vous devez obligatoirement inscrire : dans la catégorie d'attribution, la catégorie d'unité de soins « Ambulatoire -... ».</li> </ul>	

<b>INFECTION</b>		
<b>Catégorie 1d : Reliée à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante*</b>		
Transfert de l'unité de soins de longue durée	<b>OU</b>	Séjour à l'unité de soins de longue durée
<b>ET</b>		<b>ET</b>
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement</li> <li>OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission</li> </ul>		Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 3 de l'arrivée à l'unité de soins de longue durée</li> <li>OU</li> <li>• Le jour même ou le lendemain du congé de l'unité de soins de longue durée</li> </ul>
<b>*Précision</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>INFECTION</b> <b>Catégorie 2 : Reliée à une installation non déclarante</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection le jour même ou le lendemain du congé <b>ou transfert</b> de l'installation non déclarante OU</li> <li>• 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</li> <li>• Infection suite à une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée dans une installation non déclarante OU</li> <li>• <b>Infection à partir du jour 3 de l'admission dans une installation non déclarante si aucun congé ou transfert</b></li> </ul>	
<b>ET</b>	
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou porteur connu trouvée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU</li> <li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU</li> <li>• En externe</li> </ul>	
<b>*Précisions</b>	
<b>Inclusions</b>	<b>Exclusions</b>
<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 du Québec 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exemple : Un usager habite en CHSLD depuis 3 ans. Il présente des signes d'infection urinaire. Une culture d'urine est faite et se révèle positive à ERV. Ce cas doit être déclaré comme une infection à ERV de catégorie 2.</b></li> </ul>	

<b>INFECTION</b> <b>Catégorie 3 : Origine communautaire*</b>
Non reliée à la catégorie 1b ou à la catégorie 2
<b>ET</b>
Non reliée de la catégorie 1c
<b>ET</b>
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : <ul style="list-style-type: none"><li>• À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU</li><li>• À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU</li><li>• En externe</li></ul>
<b>*Précision</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Exemple :</b> Un usager est admis et au jour 1 de l'admission, sa culture d'urine revient positive à l'ERV et il répond aux critères d'une infection urinaire. Il a été hospitalisé il y a 6 mois. Le cas doit être déclaré pour son infection comme infection d'origine communautaire (catégorie 3). De plus, il est un nouveau porteur d'ERV donc il sera également déclaré comme nouveau porteur relié à une hospitalisation antérieure (catégorie 1b).</li></ul>

<b>INFECTION</b> <b>Catégorie 4 : Origine inconnue*</b>
Ne réponds à aucune autre catégorie
<b>*Précision</b>
Cette catégorie devrait être utilisée exceptionnellement. Contacter le soutien SI-SPIN (voir section 10) pour vous aider dans la catégorisation.

### 5.3.5 Dates : diagnostic, début d'infection et admission

Variables	Type de données	Précisions
<b>Date de diagnostic</b>	Obligatoire	Correspond à la date de prélèvement positif.
<b>Date de début d'infection</b>	Obligatoire	Lors d'infection de site opératoire, correspond à la date où le premier critère d'infection de site opératoire était présent. C'est cette date qui est utilisée pour valider le délai entre la chirurgie et l'infection de site opératoire (jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires selon la chirurgie).
<b>Date d'admission</b>	Obligatoire, si catégorie 1a	Ne rien inscrire si autres catégories.

### 5.3.6 Fiche complémentaire

Cette question vise à identifier l'origine présumée de la souche d'après votre enquête épidémiologique, soit l'endroit où vous croyez que l'usager a acquis sa souche ou le facteur de risque principal, sans tenir compte de la catégorie d'attribution inscrite précédemment, et ce **pour les infections chez les nouveaux porteurs**. Cocher **une** variable obligatoire parmi celles-ci et une sous-variable si applicable :

Variable obligatoire*	Sous-variable obligatoire
ERV – Acquis lors d'un contact étroit dans l'installation déclarante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec éclosion sur l'unité de soins</li> <li>• Avec éclosion ailleurs dans l'installation</li> <li>• Sans éclosion dans l'installation</li> </ul>
ERV – Acquis lors d'un contact élargi dans l'installation déclarante	
ERV – Acquis dans l'installation déclarante (ni contact étroit ni contact élargi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec éclosion ailleurs dans l'installation</li> <li>• Sans éclosion ailleurs dans l'installation</li> </ul>
ERV - Acquis lors de soins reçus dans un service ambulatoire de l'installation déclarante	
ERV - Acquis dans une autre installation participante	
ERV - Acquis dans une installation non-déclarante au Québec	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de réadaptation</li> <li>• CHSLD (tout type)</li> <li>• Résidence privée pour personnes en perte d'autonomie</li> <li>• Centre de soins de courte durée</li> </ul>
ERV - Contact communautaire avec un porteur connu	
ERV- Hospitalisation ou soins de santé ailleurs au Canada ≤ 12 mois	
ERV – Hospitalisation ou soins de santé à l'extérieur du Canada ≤ 12 mois	
ERV – Origine de la souche inconnue	
<b>*Précisions</b>	
<b>Exemples :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un usager est admis et une infection à ERV est déclarée au jour 10 de l'admission. Toutefois, aucun cas d'ERV ni colonisé ni infecté n'est présent à l'unité. Le cas est hémodialysé et il y a quelques cas d'infection à ERV en hémodialyse depuis quelque temps. Donc la catégorie d'attribution de l'infection est 1a (car nosocomiale à partir du jour 3 et détecté au jour 10), mais l'origine d'acquisition de la souche est « ERV - Acquis lors de soins reçus dans un service ambulatoire de l'installation déclarante ».</li> <li>• Une infection à ERV est détectée chez un cas le jour 4 de son admission. Aucun signe d'infection à son admission. Or, le cas a voyagé et a été hospitalisé en Inde il y a 6 mois. La catégorie d'attribution de l'infection est 1a (car nosocomiale à partir du jour 3 et détecté au jour 4), mais l'origine d'acquisition de la souche est « ERV – Hospitalisation ou soins de santé à l'extérieur du Canada ≤ 12 mois ».</li> </ul>	

### 5.3.7 Évolution

Pour chaque fiche d'infection, l'évolution vise à déterminer les complications les plus importantes pendant les 30 jours suivant le diagnostic.

Complications	Saisie	Précisions
<b>Hospitalisation</b>	Obligatoire	Si l'infection est acquise en ambulatoire ou en externe et entraîne une hospitalisation, cocher « oui »
<b>Réadmission</b>	Obligatoire	Si l'infection est acquise lors d'un épisode de soins antérieur et entraîne une nouvelle hospitalisation, cocher « oui » si l'infection survient : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le jour même ou le lendemain du congé de l'hôpital</li> <li>• Infection de site opératoire jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoire (selon la chirurgie)</li> <li>• Infection suite à une procédure jusqu'à 7 jours post procédure</li> <li>• Sinon, cocher « non »</li> </ul>
<b>Décès</b>	Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute cause</li> <li>• Inscrire la date du décès</li> </ul>
<b>Transfert aux soins intensifs</b>	Optionnelle	<b>Transfert aux soins intensifs toutes causes confondues</b>

## 5.4 Saisie 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 administrative, 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>	Usagers hospitalisés dans des lits appartenant à la mission/classe 310 (CHSGS) :	Usagers hospitalisés dans des lits appartenant à la mission/classe 310 (CHSGS) :
<b>Nombre de jours-présence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesure 51 : lits de santé physique ce qui inclut les lits d'une unité d'hospitalisation brève (UHB)</li> <li>Mesure 52 : lits de gériatrie active</li> <li>Mesure 38 : lits de néonatalogie tout niveau de soins*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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> <p>Usagers hébergés dans des lits appartenant à la mission/classe 400 (longue durée)</p>
<b>*Précision</b>		
<p><b>Saisie SI-SPIN : Pour le formulaire « Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation », les jours-présence en néonatalogie exclut les soins intensifs néonataux puisque ceux-ci sont déclarés par poids à la naissance. Toutefois, ils comprennent les unités de soins de type intermédiaire.</b></p>		

## 5.4.2 Saisie périodique des tests de dépistage

Pour chaque période administrative, chaque installation doit recueillir les tests de dépistage (procédures #40063 – ERV culture spécifique et #45036 – ERV TAAN). Voir le formulaire de collecte des tests de dépistage [disponible dans le portail SI-SPIN](#).

Si votre laboratoire ne fait pas ces tests sur place ou envoie une partie significative de ces tests dans un autre laboratoire, demandez au laboratoire de vous fournir le nombre de tests pour les usagers « inscrits » et « admis » qui auraient été envoyés dans un autre laboratoire (service acheté).

Dénominateurs	Définitions	Précisions
<b>Nombre de tests de dépistage non différenciés</b>	S'il vous est impossible de différencier le nombre total de tests de dépistage à l'admission <i>versus</i> en cours d'hospitalisation, inscrivez le total seulement.	
<b>OU</b>		
<b>Nombre de tests de dépistage à l'admission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tests de dépistage effectués dans le cadre des protocoles d'admission (considéré « dépistage à l'admission » jusqu'à 3 jours après l'admission à l'unité de soins)</li> <li>OU</li> <li>Tests de dépistage effectués selon la méthode de comptabilisation de votre installation qui peut être le nombre total des usagers notés comme « inscrits à l'urgence » dans le logiciel Gestlab (en excluant ceux « autres » et « enregistrés »)</li> </ul>	<p>Ils devraient inclure ceux effectués uniquement dans le but d'une admission (p. ex. urgence ou préadmission).</p> <p>Les tests effectués en ambulatoire (p. ex. hémodialyse ou clinique d'oncologie) dans un but de suivi et non dans un but d'admission ne devraient pas être inclus. Toutefois, s'il s'avère difficile de retirer ces derniers, vous pouvez les inclure au total.</p>
<b>ET</b>		
<b>Nombre de tests de dépistage en cours d'hospitalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tests de dépistage effectués en cours d'hospitalisation (considéré « dépistage en cours d'hospitalisation » plus de 3 jours après l'admission à l'unité de soins)</li> <li>OU</li> <li>Tests de dépistage effectués selon la méthode de comptabilisation de votre installation qui peut être le nombre total des usagers notés comme « admis » dans le logiciel Gestlab (en excluant ceux « autres » et « enregistrés »)</li> </ul>	<p>Ils devraient inclure ceux effectués dans les inclusions du point 5.4.1.</p> <p>Toutefois, s'il s'avère difficile de retirer ceux effectués dans les exclusions du point 5.4.1, vous pouvez mettre le total de la mission/classe 310 ou le total des missions/classe 310 et 400.</p>

## 6 ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

Il est nécessaire de rechercher activement les cas d'ERV 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.
- Lien avec le service de prévention et contrôle des infections d'autres installations.

### Complications

- Révision des dossiers (lors d'infection).

### 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 et 5.3.4, 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 déclaration des nouveaux porteurs d'ERV : **disponible dans le [portail SI-SPIN](#)**.
- Formulaire de collecte des admissions et des jours-présence : **disponible dans le [portail SI-SPIN](#)**.
- Formulaire de collecte des tests de dépistage : **disponible dans le [portail SI-SPIN](#)**.



## 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.

	Nouveaux porteurs	Infections	Dénominateurs	Dépistages
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet déclaration périodique :  Déclaration périodique des nouveaux porteurs d'ERV	Onglet infection :  Inscription d'une infection	Onglet déclaration périodique :  Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation	Onglet déclaration périodique :  Saisie périodique des tests de dépistage
Fiches d'aide à la saisie dans SI-SPIN	<b>Disponibles dans le <a href="#">portail SI-SPIN</a></b>			
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps			
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 <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)  ET Validée dans l'onglet déclaration périodique : Confirmation de saisie complétée par période	Complétée et validée maximum 30 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré	
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 1er avril.

## 8 ANALYSE DES DONNÉES

Les activités de surveillance seront revues par le comité SPIN-ERV 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 et les taux d'acquisition 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 et des taux d'acquisition, un test Z de la différence du logarithme népérien des deux taux est utilisé.

### Données

- Une analyse descriptive est réalisée sur l'ensemble des cas déclarés, leurs catégories d'attribution et les complications;
- Le taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV est exprimé sous forme de densité d'incidence par 10 000 jours-présence :

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

- Le taux d'acquisition des nouveaux porteurs d'ERV est exprimé sous forme de densité d'incidence par 10 000 jours-présence :

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

- La moyenne des tests de dépistage pour l'ERV est calculée en rapportant le nombre total de tests de dépistage au nombre d'admissions :

$$\text{Moyenne des tests de dépistage pour l'ERV} = \frac{\text{Nombre total de tests de dépistage au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre d'admission au cours de la même période}}$$

## 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. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, Data Summary from January 1990-May 1999, Issued June 1999. *Am J Infect Control* 1999; 27 : 520-532.
2. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, Data Summary from January 1992-June 2004, Issued June 1999. *Am J Infect Control* 2004; 32 : 470-485.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Nosocomial enterococci resistant to vancomycine - United States, 1989-1993. *MMWR* 1993; 42 (30); 597-599.
4. Infections aux entérocoques résistants à la vancomycine dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée – rapport de surveillance du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 31 décembre 2011.  
[http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/aspc-phac/HP40-85-2013-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/aspc-phac/HP40-85-2013-fra.pdf)
5. Fortin A *et al.* Première éclosion connue de colonisation par des entérocoques résistants à la vancomycine dans un centre hospitalier du Québec. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 1998; 24-11 : p. F 1- F6.
6. Fortin E., Quach C., Rocher I., Trudeau M., Frenette C. et coll. Surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières : rapport 2009-2010. Institut national de santé publique du Québec. ISBN : 978-2-550-62086-0.
7. 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](http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf)
8. 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.
9. Comités de surveillance SPIN-BACTOT, BACC, HD. Protocole de surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec. Institut national de santé publique du Québec, avril 2024.
10. Surveillance provinciale des infections nosocomiales. Faits saillants, discussions et recommandations 2017-2018. Institut national de santé publique du Québec, avril 2019.

## **ANNEXE 1 MEMBRES DU COMITÉ SPIN ET DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-ERV**

### **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-Senecal  
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-ERV**

### **MEMBRES ACTIFS**

Sarah Masson-Roy, présidente du comité  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Ruth Bruno  
Fanny Desjardins  
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

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

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

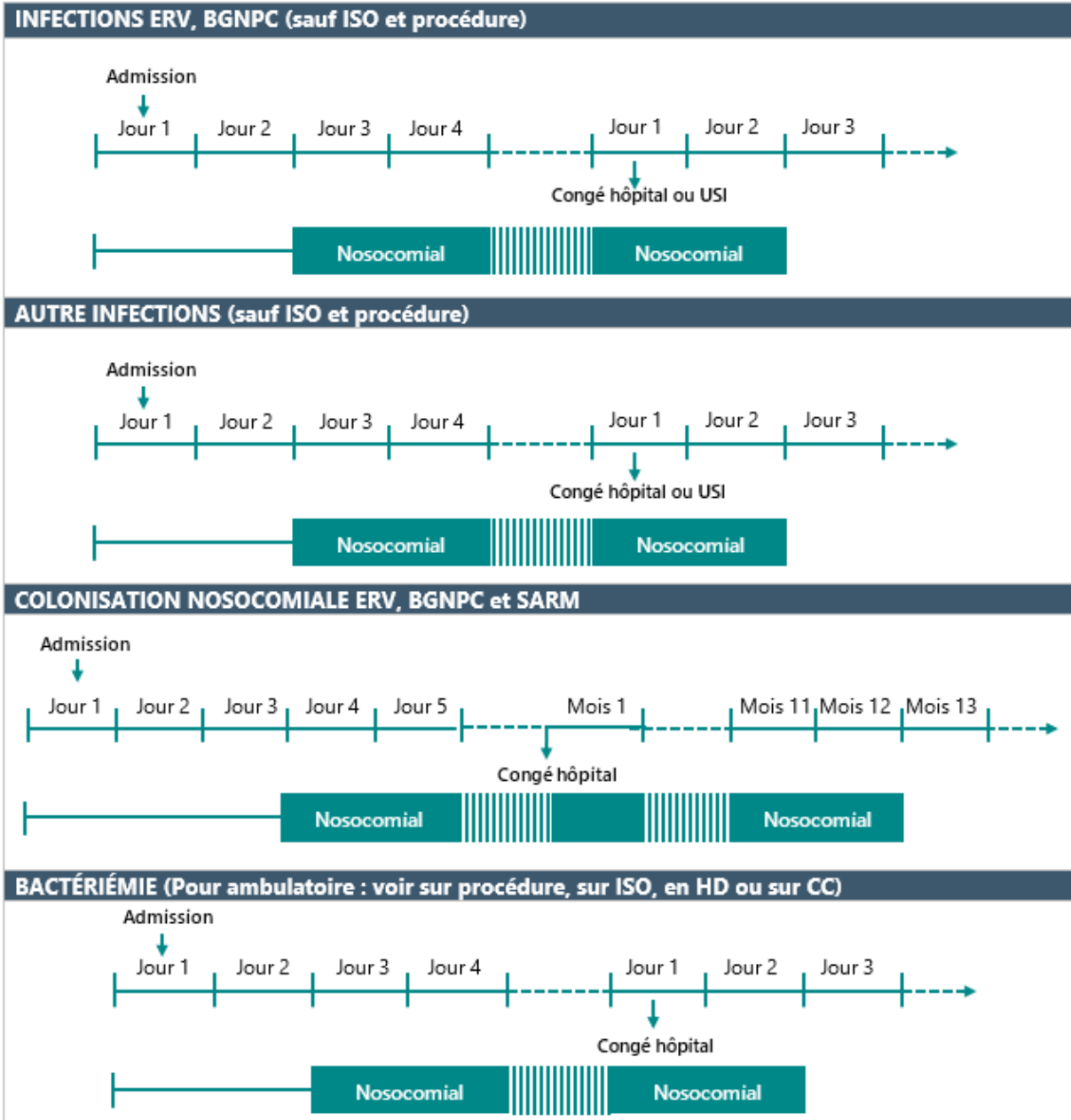
Danielle Moisan  
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

## ANNEXE 2 DÉLAIS REQUIS POUR CONSIDÉRER L'ACQUISITION NOSOCOMIALE

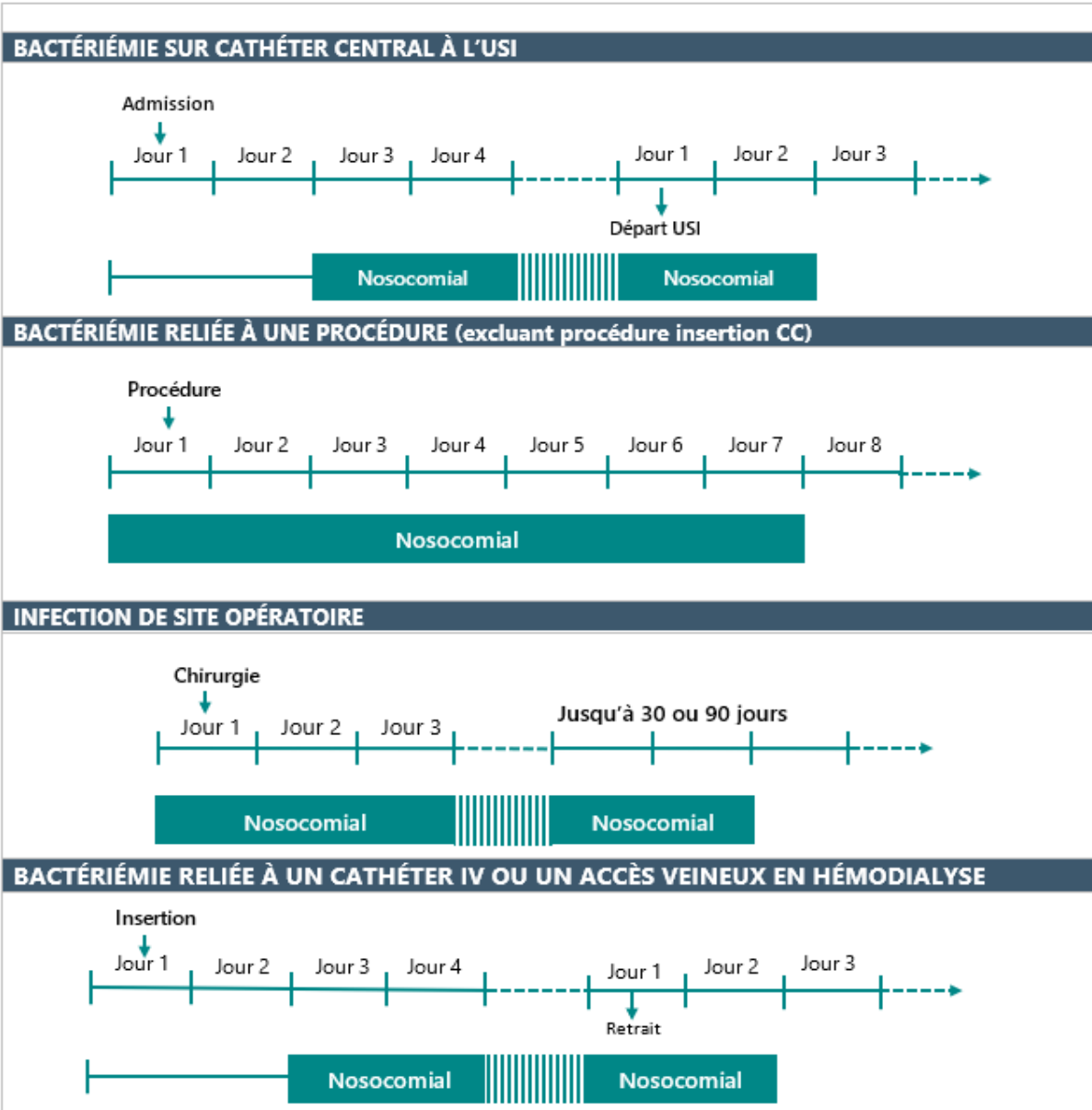
Infection ou colonisation nosocomiale	Délai requis pour acquisition nosocomiale		
	Après l'admission (admission = J1)	Après le congé de l'hôpital ou de l'USI	En ambulatoire
<b>DACD</b>	À partir du jour 4 de l'admission	4 semaines après le congé	Soins en ambulatoire (inclusions) dans les 4 dernières semaines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



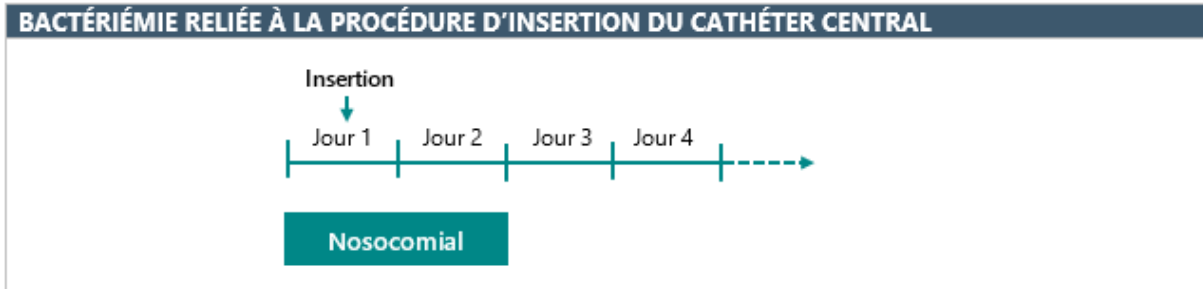
## Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



## Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



## Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale





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



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