



**Surveillance provinciale des
nouveaux porteurs de
Staphylococcus aureus résistant
à la méthicilline au Québec :
protocole de surveillance**

SURVEILLANCE ET VIGIE

MISE À JOUR AVRIL 2024

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

PLAN DE MESURE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

AUTEURS ET AUTRICES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers

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

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue

Présidente du Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

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

SOUS LA COORDINATION DE

Dominique Grenier, cheffe d'unité scientifique

Natasha Parisien, cheffe d'équipe vigie et surveillance en milieux de soins

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

COLLABORATION

Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers

Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers

Ruth Bruno, conseillère scientifique

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil

Direction des risques biologiques

Comité de programme SPIN-SARM

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique

Secrétariat général, affaires publiques, communication et transfert des connaissances

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

MISE EN PAGE

Judith Degla, agente administrative

Direction des risques biologiques

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

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

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

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98702-4 (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
5	5.2	Informations ajoutées concernant la saisie des catégories 1b à 4 de façon non différenciée
	5.2.1	Précisions ajoutées pour les catégories d'attribution

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 **nouveaux porteurs de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline**.

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

TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE	1
2	OBJECTIFS	2
3	INSTALLATIONS PARTICIPANTES	3
4	DÉFINITIONS	4
4.1	SARM inclus dans la surveillance.....	4
4.2	Autres définitions	5
5	DÉCLARATION DES DONNÉES	6
5.1	Modes de déclaration.....	6
5.2	Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs de SARM.....	6
5.2.1	Catégorie d'attribution.....	6
5.3	Saisie périodique des dénominateurs	13
5.3.1	Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation.....	13
5.3.2	Saisie périodique des tests de dépistage.....	14
6	ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE	15
7	TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER	16
8	ANALYSE DES DONNÉES	17
9	DIFFUSION DES RÉSULTATS	18
10	SOUTIEN	19
11	RÉFÉRENCES	20
ANNEXE 1	MEMBRES DU COMITÉ SPIN ET DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-SARM	21
ANNEXE 2	DÉLAIS REQUIS POUR CONSIDÉRER L'ACQUISITION NOSOCOMIALE	23

1 CONTEXTE

Depuis 2003, une surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus* est effectuée au niveau provincial. Par cette surveillance, il est possible de connaître la proportion de SARM dans les bactériémies dans les différentes installations, mais ceci ne reflète qu'une partie du SARM retrouvé dans ces installations. Un sondage effectué en 2018 au Québec démontre que plusieurs mesures sont prises par les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) pour tenter de réduire au minimum la transmission de ce micro-organisme.

La surveillance provinciale des nouveaux porteurs de SARM a été instaurée en avril 2019, et même si optionnelle, permet de fournir des données sur une majorité des installations et ainsi permettre une comparaison entre installations semblables. Le comité de programme SPIN-SARM, sous la gouverne du comité SPIN de l'INSPQ, a le mandat d'élaborer, de maintenir, d'analyser et d'émettre les recommandations pour cette surveillance.

2 OBJECTIFS

Objectifs généraux de SPIN

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

Objectifs spécifiques du programme SPIN-SARM

- Établir le taux d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM d'origine nosocomiale;
- Suivre l'évolution temporelle et la diffusion géographique du taux d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM 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'acquisition;
- Suivre la moyenne des tests de dépistage pour le SARM;
- Déterminer le lieu présumé d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM d'origine non nosocomiale (volet optionnel de la surveillance).

3 INSTALLATIONS PARTICIPANTES

Certaines installations offrant des soins généraux et spécialisés de courte durée, universitaires ou non peuvent 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
Nouveaux porteurs de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	<ul style="list-style-type: none">• Installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ET• Avoir environ 1 000 admissions et plus en soins de courte durée par année (selon les dénominateurs, voir section 5.3.1).	L'unité de surveillance est l'installation.

4 DÉFINITIONS

4.1 SARM inclus dans la surveillance

Statut de portage	Inclusions*	Exclusions
<p>Nouveau porteur</p> <ul style="list-style-type: none"> Usager n'ayant jamais été diagnostiqué colonisé ou infecté à SARM dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins¹ OU Usager ayant déjà été porteur, mais dont l'alerte au dossier a été retirée (défichage) 	<p>Colonisation ou infection chez un nouveau porteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> À l'unité de soins de courte durée (incluant néonatalogie, pouponnière, gériatrie active, unité d'hospitalisation brève) (cat. 1a et 1 b) Aux soins ambulatoires (cat. 1c) À l'unité de longue durée dans l'installation de courte durée. (cat. 1d) D'une installation non déclarante (cat. 2) À la communauté (cat. 3) incluant en lit d'hôtellerie ou en unité virtuelle 	<p>Colonisation ou infection chez un nouveau porteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> En psychiatrie
<p>Porteur connu</p> <ul style="list-style-type: none"> Usager ayant déjà été diagnostiqué colonisé ou infecté à SARM dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins¹ ET L'alerte au dossier n'a pas été retirée par l'équipe de PCI (défichage) 		<ul style="list-style-type: none"> Colonisation chez un porteur connu Infection chez un porteur connu
<p>*Précisions</p> <ul style="list-style-type: none"> La distinction d'une souche à profil communautaire d'une souche à profil hospitalier n'est pas requise. 		

¹ Réfère aux milieux de soins tant au Québec qu'hors Québec.

4.2 Autres définitions

	Définitions
Souches de SARM	<p>Inclusions</p> <p>Souche de <i>S. aureus</i> est résistante à la méthicilline si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La concentration minimale inhibitrice (CMI) pour l'oxacilline est ≥ 32 mg/L OU • La CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et confirmée par technique d'amplification génique que la souche possède le gène <i>mecA</i> OU • La CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et confirmée par méthode d'agglutination au latex que la souche fabrique un produit du gène <i>mecA</i> soit la protéine PBP2a ou PBP 2' OU • Une zone d'inhibition de < 20 mm sur gélose Mueller-Hinton en présence d'un disque de céfoxitine de 30 μg OU • La présence de croissance est observée sur une gélose de dépistage chromogénique ou une gélose Mueller-Hinton additionnée de 4 % de NaCl et de 6 mg/L d'oxacilline et une autre des 4 conditions précédentes
	<p>Exclusions</p> <p>Souche de <i>S. aureus</i> ne répondant pas à aucun critère d'inclusion</p>
Types de prélèvement	<p>Dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test effectué dans le cadre des protocoles d'admission et en cours d'hospitalisation visant à détecter la présence ou l'absence de SARM • Recherche une colonisation à SARM
	<p>Spécimen clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 de SARM, mais les micro-organismes présents dans l'échantillon • Démontre une colonisation ou une infection à SARM
Colonisation	Présence de SARM dans un site sans signe ou symptôme ou ne correspondant pas aux critères de définition d'infection (voir documents suivants : Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins (SPIN) , le protocole de Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec pour les critères spécifiques aux bactériémies nosocomiales ainsi que le protocole des bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> au Québec)
Infection	Présence de SARM dans un site avec signe ou symptôme correspondant aux critères de définition d'infection, qu'il y ait ou non un traitement antibiotique prescrit (à moins qu'une définition ne l'exige, ex : critère d'infection de pneumonie) . (Voir documents suivants : Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins (SPIN) , le protocole de Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec pour les critères spécifiques aux bactériémies nosocomiales ainsi que le protocole des bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> au Québec)

5 DÉCLARATION DES DONNÉES

5.1 Modes de déclaration

Il s'agit d'un programme basé sur une surveillance active et prospective des nouveaux porteurs colonisés et infectés à SARM.

Dans SI-SPIN, pour chaque installation :

- Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs de SARM;
- Déclaration périodique des dénominateurs :
 - Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation;
 - Saisie périodique des tests de dépistage.

Types de cas	Modes de déclaration
Colonisation chez un nouveau porteur	Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs de SARM
Infection chez un nouveau porteur	
Colonisation chez un porteur connu	Aucune déclaration
Infection chez un porteur connu	

5.2 Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs de SARM

Cette section se rapporte à tous les nouveaux porteurs de SARM qui correspondent à la définition, telle que détaillée au point 4. **En plus de la catégorie 1a, les autres catégories (1b à 4) doivent aussi être saisies de façon non différenciée pour les installations qui désirent participer à la surveillance.** Les autres catégories **demeurent aussi accessibles de façon différenciée.** 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

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](#));
- Formulaire de déclaration des nouveaux porteurs de SARM (**disponible dans le portail SI-SPIN**).

Catégories d'attribution		
Reliée à l'installation déclarante	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	Autre installation non déclarante
	3	Communautaire
	4	Inconnue

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

Catégorie 1a : Reliée à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante*	
Hospitalisation à l'unité de soins de courte durée dans l'installation déclarante	
ET	
Colonisation à SARM chez un nouveau porteur à partir du jour 4 de l'admission	OU
	Infection à SARM chez un nouveau porteur à partir du jour 3 de l'admission OU Infection à SARM chez un nouveau porteur au jour 1 ou 2 de l'admission si l'infection est reliée à : <ul style="list-style-type: none"> • Une chirurgie effectuée au jour 1 ou 2 • Une procédure effectuée au jour 1 ou 2
*Précisions	
<ul style="list-style-type: none"> • Infection nosocomiale : 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. Exemple : 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 positive. Ce cas ne doit pas être déclaré dans la catégorie 1a, car l'infection était présente à l'admission. • Calcul des jours : Un usager est enregistré à l'urgence le 1^{er} avril pour 2 jours puis est admis en courte durée le 3 avril. Le jour 1 correspond donc au 3 avril. 	

Catégorie 1 b : Reliée à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante		
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)		
ET		
Aucune hospitalisation de plus de 24 heures dans une autre installation de courte durée*		
ET		
<p>Colonisation à SARM chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement <li style="padding-left: 20px;">OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission <li style="padding-left: 20px;">OU • En externe 	OU	<p>Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement <li style="padding-left: 20px;">OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission <li style="padding-left: 20px;">OU • En externe
*Précisions		
<p>Lorsque plus d'une installation participante est impliquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. Exemple : 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 de SARM sort positif le même jour. Le cas sera déclaré dans la catégorie 1b par l'hôpital B, peu importe la durée de l'hospitalisation. • Infection : Si l'attribution de l'infection est à une autre installation, c'est l'autre installation qui doit déclarer le cas. Exemple : 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 SARM. C'est l'hôpital A qui déclare le cas. • Communiquer avec le service de PCI de l'installation participante afin que cette dernière déclare le cas. Il est important de ne pas déclarer en double les cas. Si l'installation n'est pas participante, voir la catégorie 2 plus bas. <p>Enfants d'un an ou moins nés de mère porteuse SARM : un enfant d'un an et moins trouvé nouveau porteur de SARM qui a été admis seulement lors de sa naissance dans la dernière année ne doit pas être déclaré de catégorie 1b si la mère est porteuse de SARM. Il faudrait alors le déclarer de catégorie 3.</p>		

Catégorie 1c : Reliée aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante		
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*	OU	Soins ambulatoires reçus dans l'installation déclarante dans les 12 derniers mois (voir inclusions en ambulatoire)*
ET		
Aucune hospitalisation en courte durée dans les 12 derniers mois		
ET		
Colonisation à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission OU • En externe 	OU	Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU • En externe
*Précisions		
Inclusions si soins reçus	Exclusions	
<ul style="list-style-type: none"> • Urgence (couché sur civière, peu importe la durée) • Hôpital de jour • Clinique d'oncologie • Dialyse • Chirurgie d'un jour • Médecine d'un jour • Service d'endoscopie • Antibiothérapie intraveineuse à domicile 	Ces cas sont déclarés comme origine communautaire (cat. 3) si aucune hospitalisation dans les 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> • Un usager ayant effectué une visite dans les services ambulatoires cités dans les inclusions, mais n'ayant pas reçu de soins • 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, unité virtuelle, etc 	
Exemples :		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 de SARM est positif au jour 1. Le cas doit être déclaré par la dernière urgence consultée. • Un usager est enregistré à l'urgence le 1^{er} avril et y reste. Il est admis le 4 avril et un dépistage de SARM est fait et sort positif. L'usager étant enregistré à l'urgence 3 jours avant le prélèvement, il doit être déclaré 1c. • Un usager est hospitalisé en janvier pour un mois. Il est hémodialysé trois fois par semaine en externe depuis des années. Il consulte à l'urgence en septembre et à son enregistrement, il est dépisté SARM positif. Vous ne pouvez pas l'attribuer dans la catégorie 1c malgré qu'il ait eu des soins en hémodialyse trois par semaine. Comme il a été hospitalisé dans la dernière année, vous devez le catégoriser 1 b. 		

Catégorie 1d : Reliée à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante*		
Transfert de l'unité de soins de longue durée	OU	Séjour à l'unité de soins de longue durée dans les 12 derniers mois
ET		
Colonisation à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission OU • 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 • En externe 	OU	Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU • 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 • En externe
*Précision		
Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante : C'est l'unité de soins de longue durée qui est dans la même installation (bâtisse) parmi les autres unités de soins de courte durée.		

Catégorie 2 : Reliée à une installation non déclarante*		
Transfert d'une installation non déclarante	OU	Séjour dans une installation non déclarante dans les 12 derniers mois
ET		
Colonisation à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission OU • En externe 	OU	Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en courte durée : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU • En externe
*Précisions		
Inclusions	Exclusions	
<ul style="list-style-type: none"> • CHSLD (tout type) • Résidence privée pour personnes en perte d'autonomie • Centre de réadaptation • Centre de soins de courte durée NON déclarant (avec soins) : <ul style="list-style-type: none"> – CHSGS ne répondant pas aux inclusions de la section 3 – Centre hospitalier hors Québec – Clinique médicale privée au Québec ou ailleurs 	<ul style="list-style-type: none"> • URFI d'un CHSGS (à déclarer dans la catégorie 1a ou 1b) • Centre hospitalier de soins psychiatriques (à déclarer dans la catégorie 3) • Résidence pour personnes autonomes (à déclarer dans la catégorie 3) 	

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

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

5.3 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.

5.3.1 Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation

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

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

5.3.2 Saisie périodique des tests de dépistage

Pour chaque période administrative, chaque installation doit recueillir les tests de dépistage (procédures #40266 – SARM culture spécifique et # 45100 – SARM TAAN). Le formulaire de collecte des tests de dépistage est **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
Nombre de tests de dépistage non différenciés	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.	
OU		
Nombre de tests de dépistage à l'admission	<ul style="list-style-type: none"> 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) OU 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 ») 	<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>
ET		
Nombre de tests de dépistage en cours d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> 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) OU 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 ») 	<p>Ils devraient inclure ceux effectués dans les inclusions du point 5.4.1. 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 de SARM au sein de l'installation. Plusieurs méthodes sont possiblement nécessaires pour bien identifier le cas et sa catégorie d'attribution.

Définition et catégorisation de cas

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

Lien avec les autres installations

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

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 de SARM : **disponible dans le [portail SI-SPIN](#)**.
- Formulaire de collecte des admissions et 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 pour les installations voulant participer. Des relances seront faites aux retardataires selon un calendrier établi.

	Nouveaux porteurs	Dénominateurs	Dépistages
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet déclaration périodique : Déclaration périodique des nouveaux porteurs de SARM	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	Disponibles dans le portail SI-SPIN		
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps	Saisie en tout temps	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 et validée maximum 30 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré	Complétée et validée maximum 30 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré

8 ANALYSE DES DONNÉES

Les activités de surveillance seront revues par le comité SPIN-SARM qui aura la responsabilité de planifier la surveillance.

Outre les données décrites ci-dessous, d'autres analyses sont disponibles sur la portail de l'Infocentre.

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'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 et leurs catégories d'attribution;
- Le taux d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM est exprimé sous forme de densité d'incidence par 10 000 jours-présence :

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

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

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

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, pour les installations participantes

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 résultats de surveillance de l'Infocentre sont décrites dans une fiche : [Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales \(SI-SPIN\)](#) disponible à l'Infocentre.

Formats	Lieu de dépôt	Délais de dépôt
Résultats périodiques	Portail de l'Infocentre	Périodiquement
Publications scientifiques	Diverses revues scientifiques	<i>Ad hoc</i>

10 SOUTIEN

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

Soutien SI-SPIN

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

11 RÉFÉRENCES

1. Provincial IPC Surveillance Committee. (2022, avril). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) protocol. Alberta Health Services. <https://albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/hi-ipc-sr-mrsa-surveillance-protocol.pdf>.
2. Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN-SARM). Protocole de la surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus* dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec. Mars 2013. Institut national de santé publique du Québec.
3. Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN-SARM). Étude sur les mesures de prévention et de contrôle du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) appliquées dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec. 2009. Institut national de santé publique du Québec. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1216_MesuresPrevControleSARMCentresHospi2009.pdf.
4. Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN-ERV). Protocole de la surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec. Février 2013. Institut national de santé publique du Québec.
5. 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.
6. Plan commun de surveillance intitulée Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales (Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales – SI-SPIN). 2013. Institut national de santé publique du Québec.
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

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

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN)

MEMBRES ACTIFS

Danielle Moisan, présidente

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

Fanny Beaulieu

Marie-Claude Roy

Annie Ruest

Maxime-Antoine Tremblay

Pascale Trépanier

CHU de Québec - Université Laval

Ruth Bruno

Natasha Parisien

Jasmin Villeneuve

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

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-SARM

MEMBRES ACTIFS

Xavier Marchand-Sénécal, président du comité
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Annick Boulais
Ruth Bruno
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

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

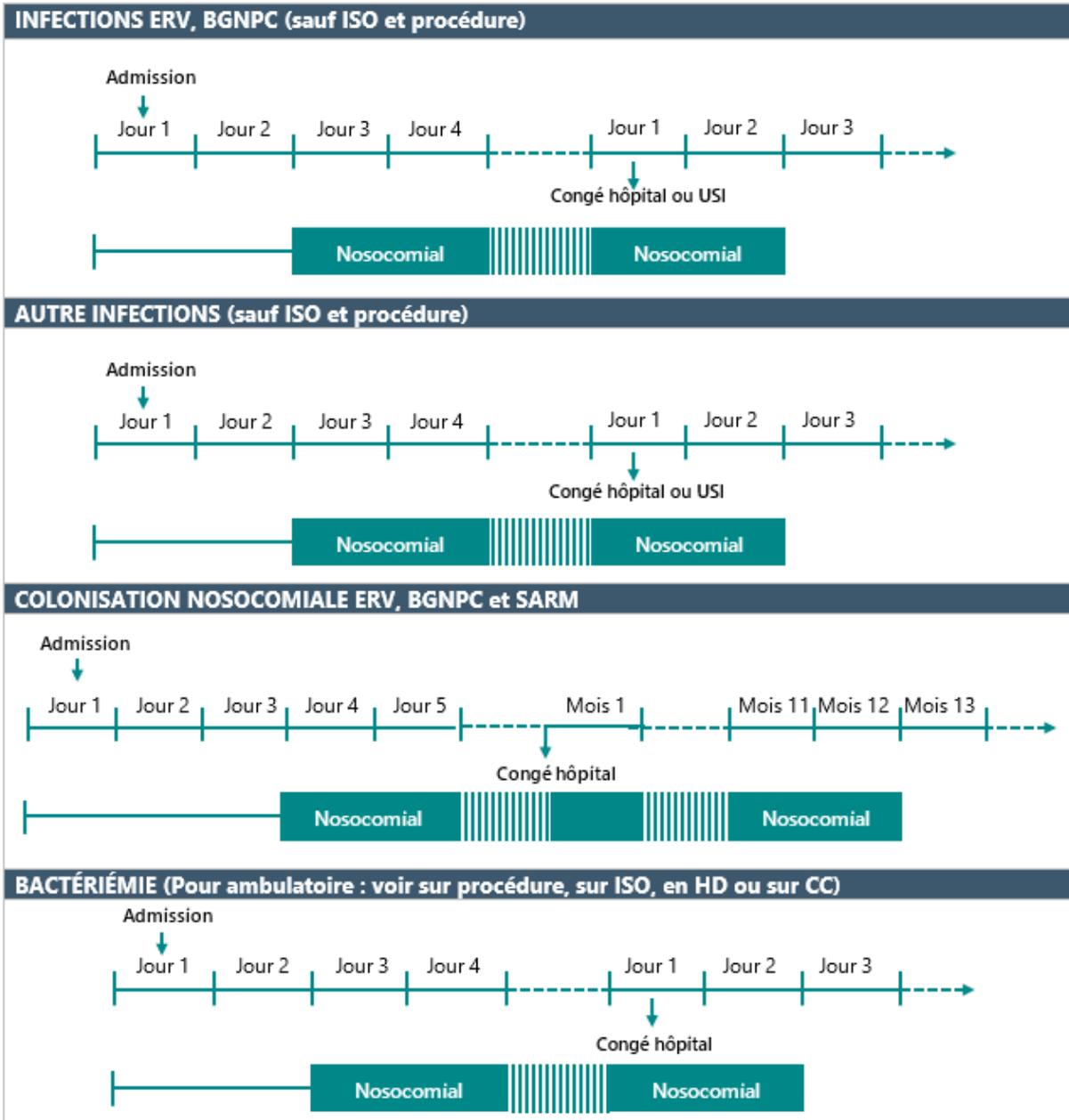
Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

ANNEXE 2 DÉLAIS REQUIS POUR CONSIDÉRER L'ACQUISITION NOSOCOMIALE

Infection ou colonisation nosocomiale	Délai requis pour acquisition nosocomiale		
	Après l'admission (admission = J1)	Après le congé de l'hôpital ou de l'USI	En ambulatoire
DACD	À partir du jour 4 de l'admission	4 semaines après le congé	<ul style="list-style-type: none"> Soins en ambulatoire (inclusions) dans les 4 dernières semaines Séjour urgence 3 jours avant le diagnostic
Infection ERV, BGNPC	À partir du jour 3 de l'admission	Jour même ou lendemain du congé	<ul style="list-style-type: none"> ISO : jusqu'à 30 ou 90 jours post-opératoire (selon la chirurgie) Infection suite à une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure
Autres infections (sauf ISO et reliées à une procédure)	À partir du jour 3 de l'admission	Jour même ou lendemain du congé	Exclues de la surveillance
Colonisation ERV, BGNPC et nouveaux porteurs de SARM	À partir du jour 4 de l'admission	1 an après le congé	<ul style="list-style-type: none"> Soins en ambulatoire (inclusions) dans les 12 derniers mois Séjour urgence 3 jours avant prélèvement
Bactériémie	À partir du jour 3 de l'admission	Jour même ou lendemain du congé	Voir détails plus bas : <ul style="list-style-type: none"> Infection de site opératoire Procédures Cathéter central Hémodialyse
Bactériémie sur cathéter central acquise à l'USI	Si admis directement USI : à partir du jour 3 de l'admission Si transfert d'une autre unité à l'USI : à partir du lendemain du transfert	Jour même ou lendemain du départ de l'USI	Non applicable
Bactériémie reliée à une procédure	Jusqu'à 7 jours après la procédure (excluant la procédure d'insertion d'un cathéter central, voir plus bas)		
Infection de site opératoire (ISO)	Jusqu'à 30 ou 90 jours après la chirurgie (selon la chirurgie)		
	Après l'insertion (insertion = J1)	Après le retrait	En ambulatoire
Bactériémie reliée à un cathéter iv ou une voie d'accès en hémodialyse	À partir du jour 3 de l'insertion	Jour même ou lendemain du retrait	Jusqu'au lendemain du retrait
Bactériémie reliée à la procédure d'insertion du cathéter central	Jour 1 ou 2 de l'insertion	Jour 1 ou 2 de l'insertion	Jour 1 ou 2 de l'insertion

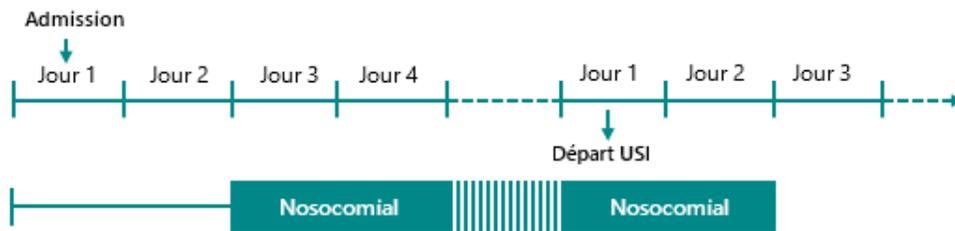
Mise à jour 21 mai 2019

Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale

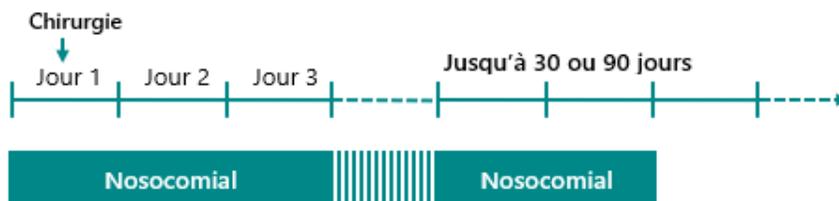
BACTÉRIÉMIE SUR CATHÉTER CENTRAL À L'USI



BACTÉRIÉMIE RELIÉE À UNE PROCÉDURE (excluant procédure insertion CC)



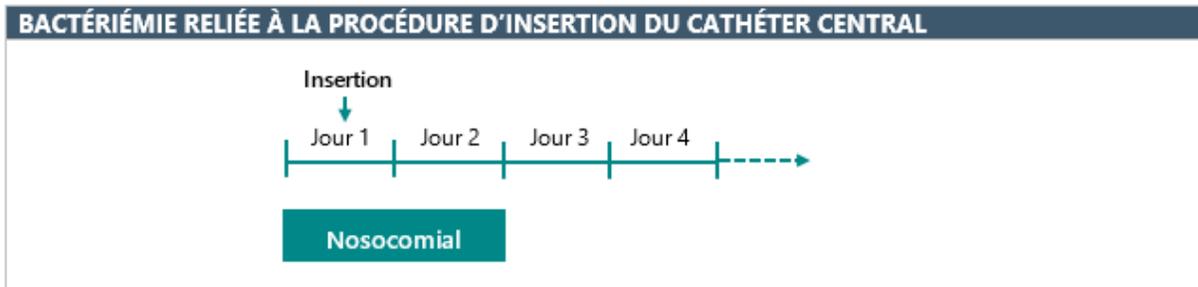
INFECTION DE SITE OPÉRATOIRE



BACTÉRIÉMIE RELIÉE À UN CATHÉTER IV OU UN ACCÈS VEINEUX EN HÉMODIALYSE



Axes de temps des délais requis pour l'acquisition nosocomiale



Mise à jour 21 mars 2019

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



www.inspq.qc.ca