

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

SURVEILLANCE ET VIGIE

MISE À JOUR AVRIL 2025

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 (SPIN)

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

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue, présidente du comité SPIN
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

SOUS LA COORDINATION DE

Isabelle Laperrière, cheffe d'unité scientifique
Natasha Parisien, coordonnatrice professionnelle
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Ruth Bruno, conseillère scientifique
Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers
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

Marie-Amélie Bras, agente administrative
Direction des risques biologiques

AUTEURS ET AUTRICES

Première version (2006)

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

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

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

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

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-00682-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

MISES À JOUR ET NOUVEAUTÉS

Ce présent protocole est valide pour les données de surveillance de l'année 2025-2026 uniquement.

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

Chapitre	Section	Sujets – changements – nouveautés
3		Précision ajoutée sur les installations participantes
4	4.1	Changement dans la définition d'une hémoculture
	4.2	<ul style="list-style-type: none">• Modification du libellé « unités virtuelles » pour « hospitalisation à domicile »• Arrêt du suivi des bactériémies primaires avec un cathéter central en ambulatoire
5	5.1	<ul style="list-style-type: none">• Modification sur les exigences de saisie des bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> non nosocomiales et acquises ailleurs qui devient maintenant optionnelle• Ajout d'une précision sur la modification des périodes en mois
	5.4	<ul style="list-style-type: none">• Ajout de co-variables/facteurs de risque pour les bactériémies à SARM
7		Modification du nombre de périodes obligatoires pour la participation aux programmes de surveillance

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

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

1 CONTEXTE

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

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

2 OBJECTIFS

Objectifs généraux de SPIN

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

Objectifs spécifiques du programme SPIN-SARM

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

3 INSTALLATIONS PARTICIPANTES

Certains **centres hospitaliers** de soins généraux et spécialisés (**CHSGS**), 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.

L'installation participante est celle qui correspond aux inclusions du programme de surveillance. Une liste des installations participantes aux différents programmes de surveillance est disponible sur le [portail SI-SPIN](#). Quant à l'installation déclarante, celle-ci correspond à l'installation participante qui déclare le cas.

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

4 DÉFINITIONS

4.1 Bactériémie à *S. aureus*

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

Définition bactériémie à <i>S. aureus</i>	
DOIT RENCONTRER UNE DES DEUX SÉRIES DE CRITÈRES SUIVANTS	
1	Hémoculture positive à <i>S. aureus</i>* ET Absence d'infection à un autre site (bactériémie primaire).
OU	
2	Hémoculture positive à un <i>S. aureus</i>* ET Infection à un autre site avec culture positive au même germe ou germe habituellement retrouvé dans ce site d'infection (bactériémie secondaire).
*Précisions	
<ul style="list-style-type: none">• Hémoculture : Une hémoculture désigne un ou des prélèvements de bouteilles d'hémoculture. En pédiatrie, une seule bouteille peut être prélevée pour des raisons de volume. Les bouteilles d'hémocultures peuvent avoir été prélevées en une ponction unique ou par une ponction multiple, tel que décrit par l'INESSS (2024).• Symptômes : La présence de symptômes (fièvre, frissons, hypotension ou hypothermie, apnée ou bradycardie chez l'enfant de < 12 mois) n'est plus retenue pour définir une bactériémie pour un agent pathogène reconnu.	

4.2 Bactériémie nosocomiale

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

***Précisions**

- **À partir du 1er avril 2025, les bactériémies primaires avec cathéter vasculaire central en ambulatoire ne sont plus suivies dans le programme BACTOT. Si la bactériémie fait partie du programme de souche de SARM, la déclarer comme communautaire.**
- Une infection survenant à un site ayant déjà fait l'objet d'une déclaration doit être déclarée à nouveau s'il s'agit d'un nouvel épisode non relié à la première infection.
- Toutes les bactériémies à SARM sont à déclarer même chez les porteurs connus SARM.

Exemples :

- Un usager hospitalisé a une bactériémie à *S. aureus* secondaire à une pneumonie. Il est traité avec des antibiotiques. La pneumonie est guérie : l'usager n'a plus de symptôme infectieux et un rayon X pulmonaire est normal. Un mois plus tard, l'usager est toujours hospitalisé et présente une seconde bactériémie à *S. aureus* secondaire à une autre pneumonie. Considérant que l'usager ne présentait plus de signe d'infection de bactériémie et de pneumonie, cette seconde bactériémie est considérée comme un nouvel épisode et doit être déclarée à nouveau.
- Un cas est admis pour diminution de l'état général avec rétention urinaire. Au jour 2 de l'admission, une culture d'urine revient positive. Au jour 3, des hémocultures sont réalisées et sortent positives au même germe que la culture d'urine. Cette bactériémie n'est pas à déclarer puisque l'infection est présente ou en incubation à l'admission.

4.3 Bactériémie non nosocomiale ou acquise ailleurs

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

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

4.4 Autres définitions

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

5 DÉCLARATION DES DONNÉES

5.1 Modes de déclaration

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

Dans SI-SPIN, pour chaque installation :

- Déclaration périodique¹ **obligatoire** cas par cas des bactériémies **nosocomiales** à SASM ou SARM : voir le protocole de [surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec](#);
- Déclaration périodique **optionnelle** agrégée des bactériémies **non nosocomiales et acquises ailleurs** à *Staphylococcus aureus*;
- Déclaration sur une période donnée cas par cas des souches de bactériémies à SARM.

5.2 Déclaration périodique cas par cas de bactériémies nosocomiales

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

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

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

5.3.1 Catégorie d'attribution

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

Pour être considérée nosocomiale, l'infection ne doit pas être présente ou en incubation au moment de l'admission.

¹ À compter du 1er avril 2025, le terme période est maintenu mais réfère désormais au mois de l'année financière.

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

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

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

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

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

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

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

5.4 Déclaration cas par cas des souches de SARM

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

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

Définition d'une souche de bactériémie à SARM

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

Recueil des données

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

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

Saisie des données

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

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

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

6 ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

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

Définition et catégorisation de cas

- Révision des dossiers;
- Évaluation de l'utilisateur;
- Lien avec le laboratoire de microbiologie;
- Lien avec les **équipes de PCI** des autres installations.

Lien avec les autres installations

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

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

7 TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER

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

	Bactériémies acquises ailleurs de <i>S. aureus</i> et SARM	Souches de SARM
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet déclaration périodique : Déclaration périodique des bactériémies acquises ailleurs à <i>S. aureus</i> /SARM	Onglet infection : Inscription d'une infection
Fiches d'aide à la saisie dans SI-SPIN	Disponibles dans le portail SI-SPIN	
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps, optionnelle	Saisie en tout temps pendant la période de surveillance des souches
Échéancier de validation	Complétée et validée maximum 30 jours après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré N/A	Complétée maximum deux mois^A après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré (un mois après le diagnostic plus un mois pour la saisie des complications et la transmission des données). ET, Validée dans l'onglet déclaration périodique : Confirmation de saisie complétée par période
Participation au rapport de surveillance	N/A	<ul style="list-style-type: none"> Un minimum de 10 périodes est requis Les 10 périodes validées des numérateurs doivent être les mêmes que celles des dénominateurs

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

8 ANALYSE DES DONNÉES

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

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

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

Méthodologie épidémiologique

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

Données SPIN-BAC-SA

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

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

9 DIFFUSION DES RÉSULTATS

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

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

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

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

Formats	Lieu de dépôt	Délais de dépôt
Résultats périodiques	Portail SI-SPIN Portail de l'Infocentre	Périodiquement
Résultats annuels de surveillance	Portail SI-SPIN Site Web INSPQ	Annuellement : en automne suivant la fin de l'année financière
Recommandations et pistes d'amélioration	Portail SI-SPIN	Annuellement : en automne suivant la fin de l'année financière

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

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2025a). *Définitions pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2025b). *Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec : Protocole de surveillance*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). <https://www.inspq.qc.ca/publications/3554>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2024). *Utilisation judicieuse des hémocultures*.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Biologie_medicale/INESSS_Hemocultures_GN.pdf

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2025). *Chapter 17: CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pcsmanual_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
Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval

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

Jean-François Desrosiers
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre

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

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

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

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

Sarah Masson-Roy
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

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

MEMBRES DE LIAISON

Annick Des Cormiers
Michèle Dugas
Représentantes de la Direction de la vigie et des maladies infectieuses, 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 générale des secteurs interdisciplinaires, ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

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

Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES 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
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

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

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

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca