

Surveillance provinciale des infections à entérocoques résistants à la vancomycine 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)

Fanny Desjardins, 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

Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers

Ruth Bruno, conseillère scientifique

Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers

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

Marie-Amélie Bras, 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.

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 : 978-2-555-00686-7 (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 -nouveau
3		Précision ajoutée sur les installations participantes
4	4.1	Précisions ajoutées concernant les inclusions et les exclusions
5	5.1	Ajout d'une précision sur la modification des périodes en mois
	5.2.1 5.3.4	Modification du libellé « unités virtuelles » pour « hospitalisation à domicile »
	5.3.7	Modification concernant l'évolution
	5.4.1	Mise à jour des centres d'activités
	5.4.2	• Modification en lien avec la distinction des tests de dépistages • Mise à jour des tests de dépistage
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 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

1	CONTEXTE	1
2	OBJECTIFS	2
3	INSTALLATIONS PARTICIPANTES	3
4	DÉFINITIONS	4
4.1	ERV 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 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	Microorganisme 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
6	ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE	27
7	TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER	28
8	ANALYSE DES DONNÉES	29
9	DIFFUSION DES RÉSULTATS	30
10	SOUTIEN	31
11	RÉFÉRENCES	32
ANNEXE 1 MEMBRES DU COMITÉ SPIN ET DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-ERV		33

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 (ERV) 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.

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.

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.

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

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
Entérocoques résistants à la vancomycine au Québec	• Installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ET • Avoir environ 1 000 admissions et plus de mission CHSGS par année (selon les dénominateurs, voir section 5.4.1)	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
Nouveau porteur - Usager n'ayant jamais été diagnostiqué colonisé ou infecté à ERV dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins^A - OU - Usager ayant été déjà porteur, mais dont l'alerte au dossier a été retirée (défichage)	Colonisation chez un nouveau porteur : - À l'unité de soins de mission CHSGS (cat. 1a et 1b) - Aux soins ambulatoires (cat. 1c) - À l'unité de longue durée dans l'installation déclarante (cat. 1d) - D'une installation non déclarante (cat. 2) - À la communauté (cat. 3) Infection chez un nouveau porteur chez tous les usagers hospitalisés ou non (externe, ambulatoire, CHSLD) : - Tous les cas sont à déclarer	Colonisation chez un nouveau porteur : En psychiatrie ou pouponnière (voir section 5.2.1 pour la déclaration)
Porteur connu - Usager ayant déjà été diagnostiqué colonisé ou infecté à ERV dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins - ET - L'alerte au dossier n'a pas été retirée (défichage)	Infection chez un porteur connu chez tous les usagers hospitalisés ou non (externe, ambulatoire, CHSLD) : Tous les cas sont à déclarer	Colonisation chez un porteur connu

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

4.2 Autres définitions

	Définitions
Souches d'ERV	Inclusions* Pour les espèces <i>E. faecium</i> ou <i>E. faecalis</i> : - Souche d'entérocoque dont la concentration minimale inhibitrice (CMI) pour la vancomycine est $\geq 8 \text{ mg/L}$ OU; - Avec gène de résistance van A ou van B*
	Exclusions Espèces d'entérocoque autre que <i>E. faecium</i> et <i>E. faecalis</i>
Types de prélèvement	Dépistage - Test effectué dans le cadre des protocoles d'admission et en cours d'hospitalisation visant à détecter la présence ou l'absence d'ERV - Recherche une colonisation à ERV
	Spécimen clinique - 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 tous microorganismes présents dans l'échantillon - Démontre une colonisation ou une infection à ERV
Colonisation	Présence d'ERV dans un site sans signe ou symptôme 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), qu'il y ait ou non un traitement antibiotique prescrit (à moins qu'une définition ne l'exige, ex : critère d'infection de pneumonie).
*Précisions Inclusions 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. Exemple : 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. Gènes de résistance - 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. - 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.	

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^B 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
Colonisation chez un nouveau porteur	Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs d'ERV
Infection chez un nouveau porteur	• Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs d'ERV ET • Déclaration périodique cas par cas de toutes les infections à ERV
Infection chez un porteur connu	Déclaration périodique cas par cas de toutes les infections à ERV
Colonisation chez un porteur connu	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 clinique ainsi que par catégorie d'attribution.

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

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.

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

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

Pour aider à la catégorisation des cas, des outils sont offerts dans le [portail SI-SPIN](#) :

- Délai requis pour l'acquisition nosocomiale;
- Algorithme de catégorie d'attribution des nouveaux porteurs d'ERV;
- Formulaire de déclaration des nouveaux porteurs d'ERV.

Catégorie d'attribution : nouveau porteur		
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 :

NOUVEAU PORTEUR		
Catégorie 1a : Reliée à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante		
Hospitalisation à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante		
ET		
Colonisation à ERV chez un nouveau porteur à partir du jour 4* de l'admission	OU	Infection à ERV* chez un nouveau porteur à partir du jour 3* de l'admission
		OU
		Infection à ERV* chez un nouveau porteur au jour 1 ou 2* de l'admission si l'infection est reliée à : • Une chirurgie effectuée au jour 1 ou 2 - OU • Une procédure effectuée au jour 1 ou 2
*Précisions		
Inclusions	Exclusions	
Cas admis sur une unité de soins de mission CHSGS (incluant gériatrie active, unité d'hospitalisation brève, néonatalogie)	Ces cas sont exclus de la catégorie 1a et déclarés dans une autre catégorie d'attribution: • Unité de soins de longue durée du CHSGS (cat. 1d) • Unité de psychiatrie d'un CHSGS (cat. 3) • Pouponnière et bébé en cohabitation (cat. 3) • Hospitalisation à domicile (cat. 3) • Hôtellerie (cat. 3)	
• 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 positif. 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 CHSGS le 3 avril. Le jour 1 correspond donc au 3 avril.		

NOUVEAU PORTEUR	
Catégorie 1b : Reliée à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante*	
Hospitalisation dans les 12 derniers mois à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante (peu importe la durée de l'hospitalisation)	
ET	
Aucune hospitalisation de plus de 24 heures dans un autre CHSGS	
ET	
Colonisation à ERV chez un nouveau porteur trouvée : - À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement - OU - À l'hospitalisation en CHSGS : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission - OU - En externe	Infection à ERV chez un nouveau porteur trouvée : - 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
Cas ayant eu une hospitalisation sur une unité de soins de mission CHSGS (incluant gériatrie active, unité d'hospitalisation brève, néonatalogie)	Ces cas sont exclus de la catégorie 1b et déclarés dans une autre catégorie d'attribution : Unité de soins de longue durée du CHSGS (cat. 1d) Unité de psychiatrie d'un CHSGS (cat. 3) Pouponnière et bébé en cohabitation (cat. 3) Hospitalisation à domicile (cat. 3) Hôtellerie (cat. 3)
Lorsque plus d'une installation est impliquée : Pour une colonisation, si l'utilisateur a été hospitalisé dans une autre installation participante depuis le congé, le cas doit être déclaré par cette installation. Dans le cas d'un transfert qui aurait séjourné dans plusieurs installations, l'attribution doit se faire dans la dernière installation où l'utilisateur a été hospitalisé. Pour une infection, si l'attribution est à une autre installation, c'est l'autre installation qui doit déclarer le cas. - Si l'installation est participante : Communiquer avec l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) 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. Exemples : - Un usager est hospitalisé à l'installation A pour 7 jours et obtient son congé. Quelques jours plus tard, le même usager est hospitalisé à l'installation B pour 2 jours. Le même usager consulte ensuite l'urgence de l'installation C et un dépistage d'ERV sort positif le même jour. Le cas sera déclaré dans la catégorie 1b par l'installation B, peu importe la durée de l'hospitalisation. - Un cas a été opéré à l'installation A il y a 20 jours et il consulte l'installation B pour une infection de site opératoire à ERV. C'est l'installation A qui déclare le cas.	

NOUVEAU PORTEUR	
Catégorie 1c : Reliée aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante	
Soins ambulatoires* reçus dans l'installation déclarante dans les 12 derniers mois	
ET	
Aucune hospitalisation en CHSGS dans les 12 derniers mois	
ET	
Colonisation à ERV chez un nouveau porteur trouvée : - À l'urgence - OU - À l'hospitalisation en CHSGS : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission - OU - En externe	Infection à ERV chez un nouveau porteur trouvée : - À l'urgence - OU - À l'hospitalisation en CHSGS : aux jours 1 ou 2 de l'admission - OU - En externe
OU	
*Précisions	
Inclusions si soins reçus	Exclusions
- Urgence (couché sur civière, peu importe la durée)^c - Clinique d'oncologie - Dialyse - Chirurgie d'un jour - Médecine d'un jour - Service d'endoscopie - Antibiothérapie intraveineuse à domicile	Ces cas sont déclarés d'origine communautaire (cat. 3) : - 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, hospitalisation à domicile, etc.
Exemples : - 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. - 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. - 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.	

^c À des fins de surveillance, une limite a été établie au fait d'être couché sur civière. Ainsi, les usagers ayant reçu des soins à l'urgence mais sans être couché sur civière doivent être exclus et déclarés d'origine communautaire (cat. 3).

NOUVEAU PORTEUR		
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 ERV chez un nouveau porteur trouvée : • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement - OU • À l'hospitalisation en CHSGS : 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 ERV chez un nouveau porteur trouvée : • 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 • 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 mission CHSGS.		

NOUVEAU PORTEUR 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 ERV chez un nouveau porteur trouvée : • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement - OU • À l'hospitalisation en CHSGS : aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission - OU • En externe	OU	Infection à ERV chez un nouveau porteur trouvée : • 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	
• CHSLD (tout type) • Résidence privée pour âînés (RPA) en perte d'autonomie • Centre de réadaptation • CHSGS NON déclarant (avec soins) : – CHSGS du Québec ne répondant pas aux inclusions de la section 3 – Centre hospitalier hors Québec – Clinique médicale privée au Québec ou ailleurs	• 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 âînés (RPA) autonomes (à déclarer dans la catégorie 3)	

NOUVEAU PORTEUR 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 ERV chez un nouveau porteur trouvée : - À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement - OU - À l'hospitalisation en CHSGS: aux jours 1, 2 ou 3 de l'admission - OU - En externe	OU	Infection à ERV chez un nouveau porteur trouvée : - 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
*Précision Inclusions : - Tout cas ne correspondant pas aux autres catégories, dont : - Unité de psychiatrie d'un CHSGS - Pouponnière et bébé en cohabitation - Hospitalisation à domicile - Hôtellerie		
NOUVEAU PORTEUR Catégorie 4 : Origine inconnue*		
Ne réponds à aucune autre catégorie		
*Précision 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 nosocomiales 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 Microorganisme 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
Type de microorganisme	• Si hémoculture : préciser l'espèce soit « <i>Enterococcus faecalis</i> » ou « <i>Enterococcus faecium</i> »; • Tout autre type d'analyse : préciser l'espèce si disponible, sinon « ERV » est à choisir.
Type d'analyse	• Choisir le spécimen clinique dans le menu déroulant.
Antibiogramme	L'inscription du résultat de la sensibilité à certains antibiotiques est obligatoire lors d'hémoculture : • Ampicilline; • Vancomycine.

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'usager 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.

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

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

Pour aider à la catégorisation des cas, des outils sont offerts dans le [portail SI-SPIN](#):

- Délais requis et axes de temps pour considérer l'attribution nosocomiale;
- Algorithme de catégorie d'attribution des infections à ERV.

Catégories d'attribution : infection		
Relié 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	Infection reliée à une autre installation.
	3	Infection d'origine communautaire.
	4	Infection d'origine inconnue.

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

INFECTION	
Catégorie 1a : Reliée à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante*	
Hospitalisation à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante	
ET	
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu à partir du jour 3 de l'admission	
OU	
Infection à ERV au jour 1 ou 2 de l'admission si l'infection est liée à : • Une chirurgie effectuée au jour 1 ou 2 OU • Une procédure effectuée au jour 1 ou 2	
*Précisions	
Inclusions	Exclusions
Cas admis sur une unité de soins de mission CHSGS (incluant gériatrie active, unité d'hospitalisation brève, néonatalogie)	Ces cas sont exclus de la catégorie 1a et déclarés dans une autre catégorie d'attribution: • Unité de soins de longue durée du CHSGS (cat. 1d) • Unité de psychiatrie d'un CHSGS (cat. 3) • Pouponnière et bébé en cohabitation (cat. 3) • Hospitalisation à domicile (cat. 3) • Hôtellerie (cat. 3)
• 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. Cette notion n'est pas à retenir pour les colonisations. 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 positif. 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 CHSGS le 3 avril. Le jour 1 correspond donc au 3 avril. • Saisie dans SI-SPIN : Vous devez obligatoirement inscrire la date d'admission dans l'installation, 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.	

INFECTION Catégorie 1b : Reliée à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante*	
Infection le jour même ou le lendemain du congé de l' installation	
OU	
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	
OU	
Infection à la suite d'une procédure jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée lors d'une hospitalisation antérieure	
ET	
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : • 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
Cas ayant eu une hospitalisation d'une unité de soins de mission CHSGS (incluant gériatrie active, unité d'hospitalisation brève, néonatalogie)	Ces cas sont exclus de la catégorie 1b et déclarés dans une autre catégorie d'attribution: • Unité de soins de longue durée du CHSGS (cat. 1d) • Unité de psychiatrie d'un CHSGS (cat. 3) • Pouponnière et bébé en cohabitation (cat. 3) • Hospitalisation à domicile (cat. 3) • Hôtellerie (cat. 3)
• Lorsque plus d'une installation est impliquée : Si l'attribution de l'infection est à une autre installation, c'est l'autre installation qui doit déclarer le cas. – Si l'installation est participante : Communiquer avec l'équipe de PCI 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. • Exemple : Un cas a été opéré à l'installation A il y a 20 jours et il consulte l'installation B pour une infection de site opératoire à ERV. C'est l'installation A qui déclare le cas. • Saisie dans SI-SPIN : 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 ».	

INFECTION Catégorie 1c : Reliée aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante*	
Soins ambulatoires antérieurs reçus dans l'installation déclarante : • Soins ambulatoires* reçus 2 jours avant le prélèvement et reliés à l'infection OU • 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 • Infection à la suite d'une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée en ambulatoire	
ET	
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : • À l'urgence OU • À l'hospitalisation en CHSGS : aux jours 1 ou 2 de l'admission OU • En externe	
*Précisions	
Inclusions si soins reçus	Exclusions
• Urgence (couché sur civière, peu importe la durée) • 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) : • 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 tels que CLSC, clinique privée, soins à domicile, physiothérapie, imagerie médicale, centre de prélèvement, hospitalisation à domicile, etc.
• Exemple : Un usager est enregistré à l'urgence le 1^{er} 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. • Saisie dans SI-SPIN : 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 -... ».	

INFECTION		
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
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement - OU • À l'hospitalisation en CHSGS : aux jours 1 ou 2 de l'admission		Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : • À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 3 de l'arrivée à l'unité de soins de longue durée - OU • Le jour même ou le lendemain du congé de l'unité de soins de longue durée
*Précision		
Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante : C'est l'unité de soins de longue durée qui est dans la même installation (bâtisse) parmi les autres unités de soins de mission CHSGS .		

INFECTION Catégorie 2 : Reliée à une installation non déclarante*	
• 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	
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou porteur connu trouvée : • 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
• CHSLD (tout type) • Résidence privée pour âînés (RPA) en perte d'autonomie • Centre de réadaptation • CHSGS NON déclarant (avec soins) : – CHSGS du Québec ne répondant pas aux inclusions de la section 3 – Centre hospitalier hors Québec – Clinique médicale privée au Québec ou ailleurs	• 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 âînés (RPA) autonomes (à déclarer dans la catégorie 3)
• 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.	

INFECTION Catégorie 3 : Origine communautaire*	
Non reliée à la catégorie 1b ou à la catégorie 2	
ET	
Non reliée de la catégorie 1c	
ET	
Infection à ERV chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : • 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	
*Précision Inclusions : • Tout cas ne correspondant pas aux autres catégories, dont : ○ Unité de psychiatrie d'un CHSGS ○ Pouponnière et bébé en cohabitation ○ Hospitalisation à domicile ○ Hôtellerie • Exemple : 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).	

INFECTION Catégorie 4 : Origine inconnue*	
Ne réponds à aucune autre catégorie	
*Précision 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
Date de diagnostic	Obligatoire	Correspond à la date de prélèvement positif.
Date de début d'infection	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).
Date d'admission	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	- Avec éclosion sur l'unité de soins - Avec éclosion ailleurs dans l'installation - Sans éclosion dans l'installation
ERV – Acquis lors d'un contact élargi dans l'installation déclarante	
ERV – Acquis dans l'installation déclarante (ni contact étroit ni contact élargi)	- Avec éclosion ailleurs dans l'installation - Sans éclosion ailleurs dans l'installation
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	- Centre de réadaptation - CHSLD (tout type) RPA avec soins - Centre de soins de courte durée (CHSGS)
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	
Exemples : - 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 ». - 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 ».	

5.3.7 Évolution

Pour chaque fiche d'infection, l'évolution a pour but d'identifier si une complication est survenue dans les 30 jours suivant le diagnostic. **À partir du 1er avril 2025, seule la complication « Décès » est conservée.**

Complications	Saisie	Précisions
Décès	Obligatoire	- Toute cause confondue - Inscrire la date du décès

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, 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 seulement, car ces unités ne sont pas calculées dans les taux d'incidence (catégories 1a et 1b).

Les inclusions et les exclusions du tableau ci-dessous réfèrent aux centres d'activités du *Manuel de gestion financière* du MSSS.

Dénominateurs	Inclusions	Exclusions
Nombre d'admissions	Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSGS du Répertoire des établissements du MSSS (M02) :	Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSGS du Répertoire des établissements du MSSS (M02) :
Nombre de jours-présence	- Lits de soins infirmiers pédiatriques de courte durée (4030) - Lits de soins infirmiers de courte durée aux adultes (6050) incluant les lits d'une unité d'hospitalisation brève (UHB) et de gériatrie active - Lits de soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (6080) - Lits de soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatalogie) (6200) tout niveau de soins* - Lits de centre de soins à la mère et au nouveau-né (6360) excluant la pouponnière et les bébés en cohabitation	- Lits de psychiatrie (6010, 6020, 6030) - Lits d'hôtellerie hospitalière (6180) - Lits d'hospitalisation à domicile (6210) - Lits de la pouponnière et des bébés en cohabitation du centre de soins à la mère et au nouveau-né (6360) Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSLD ou CHPSY de l'installation déclarante
*Précision 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.		

5.4.2 Saisie périodique des tests de dépistage

Pour chaque période, chaque installation doit recueillir les tests de dépistage suivants, selon le [répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale](#) (MSSS, 2024) :

- ERV (culture spécifique) (dépistage par gélose chromogénique) (40063);
- ERV (TAAN) (trousse homologuée) sur spécimen clinique (45036);
- **ERV (TAAN) (trousse non-homologuée ou test développé par laboratoire) sur spécimen clinique (45035);**
- **ERV et BGNPC (TAAN) (dépistage) (trousse homologuée) sur spécimen clinique (45047).**

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).

Dans les rapports de surveillance, seul le total des tests de dépistage est pris en considération.

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	• 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 de laboratoire.	Ils devraient inclure ceux effectués uniquement dans le but d'une admission (p. ex. urgence ou préadmission). 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.
ET		
Nombre de tests de dépistage en cours d'hospitalisation	• 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 de laboratoire.	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 CHSGS ou le total des missions CHSGS, CHSPSY et CHSLD.

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 les **équipes de PCI** des 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 **participantes** 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 **participantes**. Ces cas devront être rapportés à l'installation d'origine et déclarés par l'installation d'origine.

Outils de collecte de données (disponible dans le [portail SI-SPIN](#))

- Formulaire de déclaration des nouveaux porteurs d'ERV;
- Formulaire de collecte des admissions et des jours-présence;
- Formulaire de collecte des tests de dépistage.

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	Disponibles dans le portail SI-SPIN			
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps			
Échéancier de validation	Complétée et validée maximum un mois après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré	Complétée maximum deux mois^D 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	Complétée et validée maximum un mois après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré	
Participation au rapport de surveillance	- Un minimum de 10 périodes est requis - Les 10 périodes validées des numérateurs doivent être les mêmes que celles des dénominateurs			

^D 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 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, 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.riess.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.

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. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3554>

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2024). *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale : Les annexes*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-922-04W.pdf>

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2025a). *Chapter 12: Multidrug-Resistant Organism & Clostridioides difficile Infection (MDRO/CDI) Module*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/12pscmdro_cdadcurrent.pdf

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2025b). *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-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
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-ERV

MEMBRES ACTIFS

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

Maxime-Antoine Tremblay, président intérimaire
Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval

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 vigilance 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

*Institut national
de santé publique*

Québec

