



Infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec, 2022-2023

SURVEILLANCE ET VIGIE

SEPTEMBRE 2023

**COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES
INFECTIONS NOSOCOMIALES**

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURS

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Ruth Bruno

Fanny Desjardins

Natasha Parisien

Direction des risques biologiques

Institut national de santé publique du Québec

Danielle Moisan

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

Sarah Masson-Roy

Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudières-Appalaches

COLLABORATEURS

Comité de programme SPIN-ERV

SOUS LA COORDINATION DE

Dominique Grenier

Direction des risques biologiques

RÉVISEUR

Abakar Idriss-Hassan

Direction des risques biologiques

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les équipes de prévention et contrôle des infections qui participent à la surveillance des infections nosocomiales au Québec.

MISE EN PAGE

Alix Gougué, agente administrative

Direction des risques biologiques

FINANCEMENT

Ce rapport a été réalisé grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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 en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

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

Dépôt légal – 4^e trimestre 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-96310-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec 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 du Québec, les autorités régionales de santé publique, ainsi que les établissements locaux, régionaux et nationaux dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La collection *Surveillance et vigilance* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

L'INSPQ s'est vu confier par le ministre 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'INSPQ s'appuie sur un groupe d'experts, le Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN), qui a rédigé le présent rapport.

Les objectifs généraux de la **surveillance 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 rapport de surveillance porte sur les données du programme de surveillance provinciale des **infections à entérocoques résistants à la vancomycine** dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés participants pour l'année 2022-2023.

Ce document s'adresse principalement au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec ainsi qu'aux professionnels et gestionnaires des équipes de prévention et de contrôle des infections et des directions de santé publique des établissements de santé.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	V
FAITS SAILLANTS	1
1 INTRODUCTION	2
2 MÉTHODOLOGIE	3
2.1 Source des données	3
2.2 Identification des cas	3
2.3 Mesures.....	4
2.4 Analyse statistique	4
2.5 Révision par les pairs.....	5
3 RÉSULTATS.....	6
3.1 Description sommaire.....	6
3.2 Description des cas - infection.....	8
3.3 Évolution des taux - infection.....	10
3.4 Description des cas – colonisation.....	14
3.5 Données de laboratoire – colonisation.....	14
3.6 Évolution des taux – colonisation.....	15
3.7 Données par installation.....	17
4 LIMITES.....	26
4.1 Limites générales.....	26
5 ANALYSE ET DISCUSSION	27
6 RÉFÉRENCES.....	28
ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN	29
ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-ERV.....	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des infections à ERV, 2018-2019 à 2022-2023.....	6
Tableau 2	Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, 2022-2023	7
Tableau 3	Répartition des infections à ERV selon la catégorie d'attribution, 2022-2023.....	8
Tableau 4	Nombre de cas d'infections selon le type d'infection et nombre de bactériémies secondaires à ERV de toute catégorie d'attribution, 2022-2023 (N = 22)	9
Tableau 5	Nombre de bactériémies primaires et secondaires à ERV selon la catégorie d'attribution, 2022-2023 (N = 12).....	9
Tableau 6	Nombre de décès et létalité à 30 jours parmi les infections à ERV de toute catégorie d'attribution, 2018-2019 à 2022-2023	10
Tableau 7	Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2018-2019 (N = 73), 2018-2019 à 2022-2023.....	11
Tableau 8	Répartition des colonisations à ERV selon la catégorie d'attribution, 2022-2023	14
Tableau 9	Évolution du nombre total de tests de dépistage, selon le regroupement d'installations, 2018-2019 à 2022-2023	15
Tableau 10	Évolution de la moyenne des tests de dépistage par admission pour l'ERV, selon le regroupement d'installations, 2018-2019 à 2022-2023.....	15
Tableau 11	Évolution du nombre et du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2018-2019 (N = 73), 2018-2019 à 2022-2023	16
Tableau 12	Nombre de cas, taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région, 2022-2023.....	22

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participantes (N = 83), 2022-2023.....	7
Figure 2	Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2018-2019 (N = 73), 2018-2019 à 2022-2023.....	12
Figure 3	Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2011-2012 (N = 68), 2011-2012 à 2022-2023.....	13
Figure 4	Évolution des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2011-2012 (N = 68), 2011-2012 à 2022-2023.....	17
Figure 5	Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence pour les installations de la région de Montréal, 2022-2023.....	18
Figure 6	Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence pour les installations à l'extérieur de la région de Montréal, 2022-2023.....	19
Figure 7	Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'acquisition pour les installations de la région de Montréal, 2022-2023.....	20
Figure 8	Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'acquisition pour les installations à l'extérieur de la région de Montréal, 2022-2023.....	21

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BAC	Bactériémie primaire avec cathéter vasculaire ou avec un accès veineux en hémodialyse
BBM	Bactériémie primaire avec bris de barrière muqueuse avec ou sans cathéter central
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
HD	Hémodialyse
IC	Intervalle de confiance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Non-BAC	Bactériémie primaire sans cathéter central, non investiguée ou reliée à une procédure
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCSIN	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
RSS	Région socio-sanitaire
SI-SPIN	Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
USI	Unité de soins intensifs

FAITS SAILLANTS

- Pour l'année 2022-2023, un nombre semblable d'installations a participé à la surveillance des infections à entérocoques résistants à la vancomycine (N = 85 en 2022-2023 par rapport à 83 en 2021-2022).
- Au total, 16 infections nosocomiales à entérocoques résistants à la vancomycine ont été recensées avec un taux d'incidence (catégorie 1a et 1b) de 0,04/10 000 jours-présence qui est comparable à l'année précédente. Ces 16 infections viennent de quatre régions sociosanitaires (8 dans la région de Montréal, 5 en Outaouais, 2 dans la région de Québec et 1 en Montérégie).
- Comme pour les années passées, les installations universitaires de la région de Montréal ont le plus haut taux d'incidence des infections par rapport aux installations non universitaires (0,09 comparé à 0,00/10 000 jours-présence). Les installations universitaires et non universitaires hors de la région de Montréal rapportent un taux d'incidence comparable des infections cette année (0,03/10 000 jours-présence).
- Le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à entérocoques résistants à la vancomycine (cat. 1a et 1b) est de 2,35/10 000 jours-présence. Ceci représente une hausse importante par rapport à la dernière année (1,79/ 10 000 jours-présence en 2021-2022).
- Le nombre total de tests de dépistage en 2022-2023 pour tous les regroupements d'installations a augmenté comparativement à 2021-2022 et 2020-2021.
- La moyenne de tests de dépistage est à la hausse depuis les deux dernières années, mais n'est pas revenu à ce qu'il était avant la pandémie (0,95 en 2022-2023; 0,86 en 2021-2022; 0,87 en 2020-2021; 1,06 en 2019-2020).

1 INTRODUCTION

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la surveillance provinciale des infections nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec. Pour soutenir cette surveillance, l'INSPQ s'appuie sur le Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN) ainsi que les sept sous-comités de surveillance, un pour chacun des programmes de surveillance.

Chaque sous-comité révise les données de surveillance, les présente au Comité SPIN central et participe à la rédaction du rapport de surveillance pour ce programme. Le rapport annuel présente les résultats de surveillance qui inclut une description sommaire, des taux d'incidence ainsi que des tendances épidémiologiques des cinq dernières années.

Le programme de surveillance provinciale des **infections nosocomiales aux entérocoques résistants à la vancomycine (SPIN-ERV)** a terminé sa 12^e année de surveillance. Ce programme à participation obligatoire a débuté en septembre 2011. Ce rapport présente l'analyse des données pour l'année 2022-2023.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Source des données

Les estimations présentées dans ce rapport sont tirées d'une extraction des données colligées par les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) des CHSGS au Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN), en date du 11 mai 2023. Toutes les installations ayant environ 1 000 admissions ou plus par année ont l'obligation de participer à cette surveillance. Les données doivent être colligées pour les 13 périodes financières de l'année débutant le 1^{er} avril. Cependant, parmi les installations participantes, seules celles qui ont complété un minimum de 11 périodes (tant au numérateur qu'au dénominateur) sur ces 13 périodes sont incluses dans le rapport.

La validation des données a été réalisée par les conseillères en soins infirmiers de l'équipe des infections nosocomiales de l'INSPQ. Ainsi, les erreurs de duplication, de catégorisation ou de caractéristiques cliniques ont été revues et corrigées au besoin en collaboration avec les équipes de PCI des installations. Pour de plus amples informations sur les données et les exigences de saisie, veuillez référer au protocole de surveillance en question, mis à jour annuellement et disponible sur le site internet de l'[INSPQ](#).

2.2 Identification des cas

Les usagers dont un spécimen clinique ou de dépistage révèlent la présence d'*Enterococcus faecium* ou d'*Enterococcus faecalis* résistant à la vancomycine sont considérés comme des cas incidents peu importe l'origine de l'attribution de l'infection ou de la colonisation, à l'exception d'une colonisation chez un usager qui est déjà connu porteur. Un cas peut être infecté s'il y a présence de signes et de symptômes correspondant aux critères de définition d'une infection. Autrement, le cas devra être considéré colonisé si les critères de définition d'une infection ne sont pas remplis.

L'origine de l'attribution de l'infection ou de la colonisation peut être reliée ou non à l'installation déclarante :

Reliée à l'installation déclarante :

- En cours d'hospitalisation (**catégorie 1a**);
- Lors d'une hospitalisation antérieure (**catégorie 1b**);
- Lors de soins ambulatoires (**catégorie 1c**);
- À l'unité de soins de longue durée (**catégorie 1d**);
- À l'unité de psychiatrie (**catégorie 1e**).

Non reliée à l'installation déclarante :

- Dans une autre installation qui ne participe pas à la surveillance (**catégorie 2**);
- En communauté (**catégorie 3**);
- Origine inconnue (**catégorie 4**).

2.3 Mesures

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées pour les cas d'infections à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) incluent :

- **Les caractéristiques sociodémographiques** : sexe, âge, etc.;
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région sociosanitaire, type d'unités de soins, mission, etc.;
- **Les données de laboratoire** : date d'analyse, type d'analyse, type de spécimen, etc.;
- **Les caractéristiques cliniques** : date du diagnostic, type d'infection, décès toute cause, etc.;
- **Les dénominateurs** : jours-présence, admissions.

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées pour les colonisations à ERV incluent :

- **Le nombre de colonisations découvertes par dépistage;**
- **Le nombre de colonisations découvertes dans un spécimen clinique;**
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région socio-sanitaire, mission, etc.;
- **Les dénominateurs** : jours-présence, admissions, nombre de tests de dépistage.

2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal du programme de surveillance ERV est le taux d'incidence par 10 000 jours-présence. Il est calculé en rapportant le nombre de nouvelles infections nosocomiales des catégories 1a et 1b sur le nombre de jours-présence dans l'installation déclarante au cours de la même période. Les installations sont regroupées selon la région socio-sanitaire (RSS) et la mission (universitaire ou non universitaire selon la désignation obtenue par le MSSS (Loi sur la santé et les services sociaux, articles 88 à 91)). Le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison. L'indicateur secondaire de ce programme est le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV.

L'analyse des données est divisée en cinq sections (deux volets, infection et colonisation) :

- **Description sommaire** : L'évolution des installations participantes au cours des cinq dernières années (nombre total d'installations, nombre d'admissions, nombre de jours-présence, nombre de cas, etc.).
- **Description des cas** : La description des caractéristiques des cas et des épisodes d'infections et colonisations dans les installations participantes (fréquences, proportions, moyennes, médianes), les complications (décès) 30 jours suivant le diagnostic pour les infections.
- **Données de laboratoire** : Le nombre de dépistage.
- **Évolution des taux** : L'analyse des tendances (évolution temporelle) est réalisée sur l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance pour un minimum de 11 périodes de chaque année, de façon consécutive, depuis les cinq dernières années. Cela minimise ainsi le biais dû aux changements des installations déclarantes au cours du temps.
- **Données par installation** : Nombre et taux d'incidence des infections et colonisations.

Le seuil de signification statistique est fixé à 5 %. L'estimation des taux (avec des intervalles de confiance [IC à 95 %]) est basée sur l'approximation de la loi normale. Les taux moyens agrégés sont comparés en utilisant le test Z et les proportions en utilisant le test du Khi-2 ou le test exact de Fisher. Les tests significatifs sont signalés dans les tableaux par un astérisque (*). La manipulation et l'analyse des données sont réalisées à partir du logiciel statistique SAS (Version 9.4, Institute Inc., Cary NC).

2.5 Révision par les pairs

En conformité avec le Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'INSPQ, une version préfinale du rapport a été soumise à un réviseur externe au Comité SPIN. Le réviseur a été convié à valider l'exactitude du contenu d'un rapport, la pertinence des méthodes utilisées et le caractère approprié des conclusions et des pistes d'action proposées.

3 RÉSULTATS

3.1 Description sommaire

Entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023, 83 installations de soins de courte durée ont participé à la surveillance des infections nosocomiales à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), pour un cumul de 4 449 842 jours-présence (tableau 1). Un total de 16 infections nosocomiales à ERV (catégorie 1a et 1b) est rapporté. Le taux d'incidence des infections à ERV est de 0,04/10 000 jours-présence. Le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) est de 2,35/10 000 jours-présence.

Tableau 1 Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des infections à ERV, 2018-2019 à 2022-2023

	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Installations participantes (N)	89	89	84	82	83
Admissions (N)	698 123	660 806	545 004	595 207	593 956
Jours-présence (N)	4 905 683	4 682 480	4 098 291	4 345 802	4 449 842
Infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) (N)	53	26	31	20	16
Colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) (N)	2 493	2 147	989	761	1 046
Usagers infectés (cat. 1a et 1b) (N)	50	25	27	20	16
Taux d'incidences des infections à ERV (cat. 1a et 1b) ^A	0,11	0,06	0,08	0,05	0,04
Taux d'acquisition des colonisations à ERV (cat. 1a et 1b) ^{AB}	5,08	4,59	2,41	1,75	2,35

^A Taux par 10 000 jours-présence.

^B Les colonisations incluent les infections chez les nouveaux porteurs.

En 2022-2023, le taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV de la région de Montréal est de 0,05/10 000 jours-présence, alors que celui des installations à l'extérieur de la région de Montréal est de 0,03/10 000 jours-présence. Les installations non universitaires à l'extérieur de la région de Montréal ont un taux d'incidence de 0,03/10 000 jours-présence, celles de la région de Montréal n'ont rapporté aucune infection. Les installations universitaires de la région de Montréal ont un taux d'incidence de 0,07/10 000 jours-présence alors que celles à l'extérieur de la région de Montréal montre un taux plus bas de 0,03/10 000 jours-présence (figure 1, tableau 2).

Figure 1 Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participantes (N = 83), 2022-2023

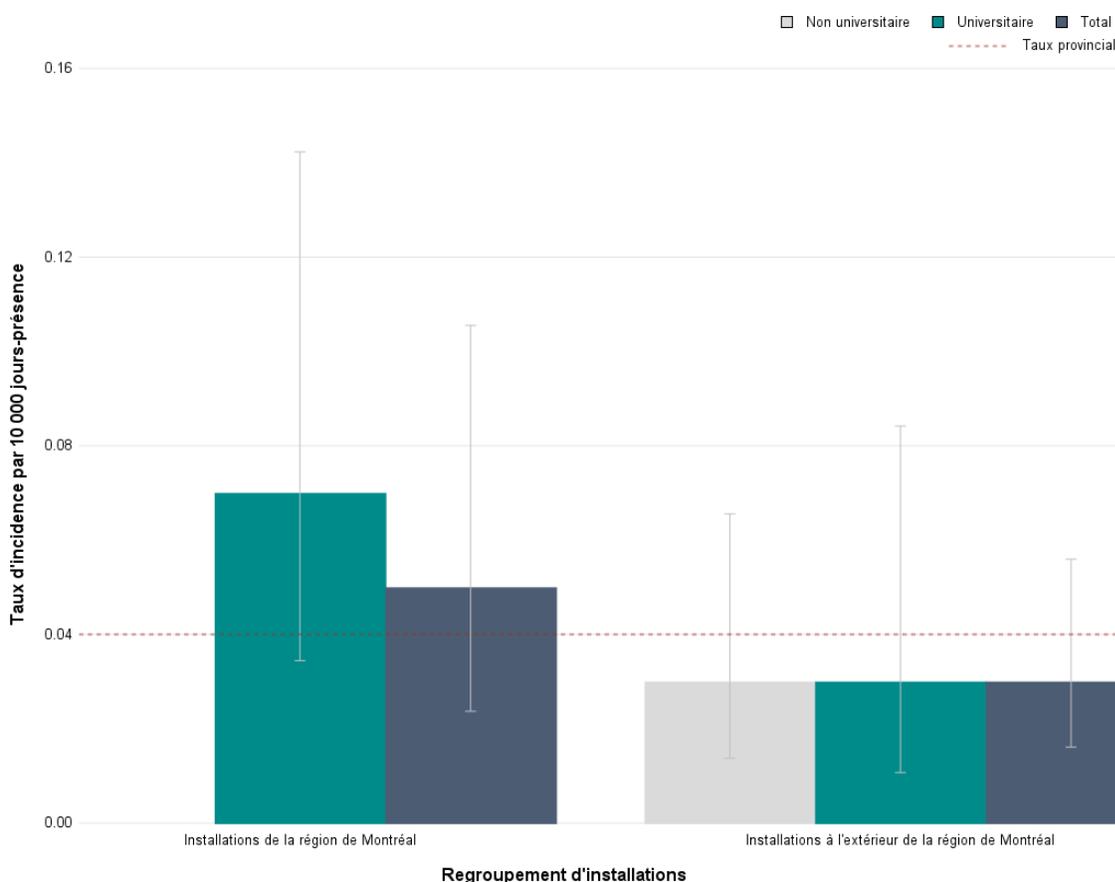


Tableau 2 Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, 2022-2023

Regroupement d'installations	Mission	N	Infections	Jours-présences	Taux d'incidence [IC à 95 %]
Installations de la région de Montréal	Non universitaire	7	0	368 608	0
	Universitaire	12	8	1 115 990	0,07 [0,03 ; 0,14]
	Total	19	8	1 484 598	0,05 [0,02 ; 0,11]
Installations à l'extérieur de la région de Montréal	Non universitaire	52	5	1 868 472	0,03 [0,01 ; 0,07]
	Universitaire	12	3	1 096 772	0,03 [0,01 ; 0,08]
	Total	64	8	2 965 244	0,03 [0,02 ; 0,06]

3.2 Description des cas - infection

Sur le total des 22 infections à ERV toutes catégories confondues déclarées, 16 infections (72,7 %) sont attribuées aux milieux de soins participants, soit en cours d'hospitalisation (cat. 1a). Cinq des cas sont d'origine communautaire (cat. 3) (tableau 3). Des 22 infections à ERV, 12 infections (54,5 %) sont survenues chez des personnes connues colonisées.

Tableau 3 Répartition des infections à ERV selon la catégorie d'attribution, 2022-2023

Catégorie	Catégorie d'attribution	Infections			
		Porteur connu	Nouveau porteur	Total	
		N	N	N	%
1a	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	9	7	16	72,7
1b	Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	0	0	0	0,0
1c	Cas relié aux soins ambulatoires de l'installation déclarante	0	1	1	4,6
1d	Cas relié à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante	0	0	0	0,0
1e	Cas relié à l'unité de psychiatrie de l'installation déclarante	0	0	0	0,0
2	Cas relié à un séjour dans une installation non déclarante	0	0	0	0,0
3	Cas d'origine communautaire, non relié aux milieux de soins	3	2	5	22,7
4	Cas d'origine inconnue	0	0	0	0,0
	Total	12	10	22	100,0

Parmi les 22 infections à ERV rapportées, cinq bactériémies primaires ont été rapportées (tableau 4). Les 17 autres infections ont le plus fréquemment comme foyer d'infection primaire des infections intra-abdominales (47,1 %) et des infections urinaires (41,2 %). De ces foyers d'infections primaires, sept cas ont développé une bactériémie secondaire.

Les cinq bactériémies primaires sont toutes de catégorie 1a et 1c (tableau 5).

Tableau 4 Nombre de cas d'infections selon le type d'infection et nombre de bactériémies secondaires à ERV de toute catégorie d'attribution, 2022-2023 (N = 22)

Catégories d'infection	Types d'infection	Infections (N)	Bactériémies secondaires (N)
Bactériémies primaires	BBM-BAC	0	-
	BAC	4	-
	Non-BAC	1	-
	HD	0	-
Infections primaires	Urinaire	7	1
	Abdominale	8	6
	Pulmonaire	0	0
	Infection de site opératoire	1	0
	Peau et tissus mous	1	0
	Os et articulations	0	0
	Autres	0	0
Total		22	7

Tableau 5 Nombre de bactériémies primaires et secondaires à ERV selon la catégorie d'attribution, 2022-2023 (N = 12)

Type d'infection	Catégorie d'attribution								Total
	1a	1b	1c	1d	1e	2	3	4	
BBM-BAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BAC	4	0	0	0	0	0	0	0	4
Non-BAC	0	0	1	0	0	0	0	0	1
HD	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urinaire	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Abdominale	4	0	0	0	0	0	2	0	6
Pulmonaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection de site opératoire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peau et tissus mous	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Os et articulations	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	9	0	1	0	0	0	2	0	12

En 2022-2023, dans les 30 jours suivant le début de l'infection, un total de six décès de toutes causes (associés ou non aux infections) est observé pour une létalité de 27,3 % (tableau 6).

Tableau 6 Nombre de décès et létalité à 30 jours parmi les infections à ERV de toute catégorie d'attribution, 2018-2019 à 2022-2023

	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Infections à ERV de toute catégorie d'attribution (N)	64	41	41	30	22
Décès (N)	14	10	10	7	6
Létalité (%)	21,9	24,4	24,4	23,3	27,3

3.3 Évolution des taux - infection

L'analyse présentée à cette section est réalisée sur l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année entre 2018-2019 et 2022-2023. Dans le cadre de cette approche longitudinale, la figure 2 et le tableau 7 qui présentent l'évolution des taux d'incidence des infections, prennent en compte seulement les installations (N = 73) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années. Les installations sont regroupées selon qu'elles soient de la région de Montréal ou non et le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison (tableau 7).

Parmi ces 73 installations, le taux d'incidence des infections (cat. 1a et 1b) en 2022-2023 est de 0,04/10 000 jours-présence, et est comparable à celui observé en 2021-2022 (tableau 7, figure 2).

À la figure 3, la même démarche est adoptée pour présenter l'évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations (N = 68) participant à la surveillance pour la période allant de 2011-2012 à 2022-2023.

Tableau 7 Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2018-2019 (N = 73), 2018-2019 à 2022-2023

Regroupement d'installations	Mission	N	Taux d'incidence par 10 000 jours-présence [IC à 95 %]				
			2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Installations de la région de Montréal	Non universitaire	5	0,08 [0,03 ; 0,26]	0	0,07 [0,02 ; 0,29]	0	0
	Universitaire	10	0,22 [0,14 ; 0,34]	0,09 [0,05 ; 0,18]	0,16 [0,09 ; 0,27]	0,07 [0,03 ; 0,15]	0,09 [0,04 ; 0,18]
Installations à l'extérieur de la région de Montréal	Non universitaire	46	0,10 [0,06 ; 0,16]	0,08 [0,05 ; 0,13]	0,06 [0,03 ; 0,11]	0,04 [0,02 ; 0,08]	0,03 [0,01 ; 0,07]
	Universitaire	12	0,02 [0,01 ; 0,07]	0,01 [0 ; 0,05]	0	0,02 [0,01 ; 0,07]	0,03 [0,01 ; 0,08]
Total		73	0,10 [0,07 ; 0,14]	0,06 [0,04 ; 0,09]	0,07 [0,05 ; 0,1]	0,04 [0,02 ; 0,06]	0,04 [0,02 ; 0,07]

Figure 2 Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2018-2019 (N = 73), 2018-2019 à 2022-2023

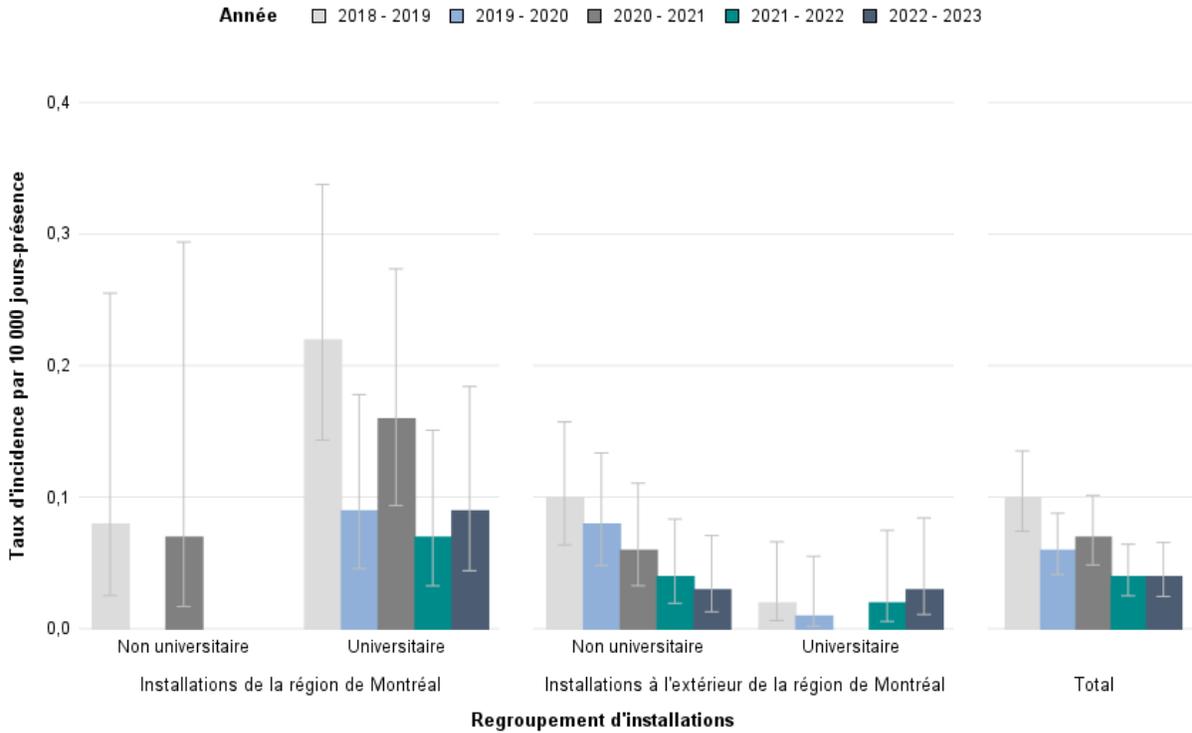
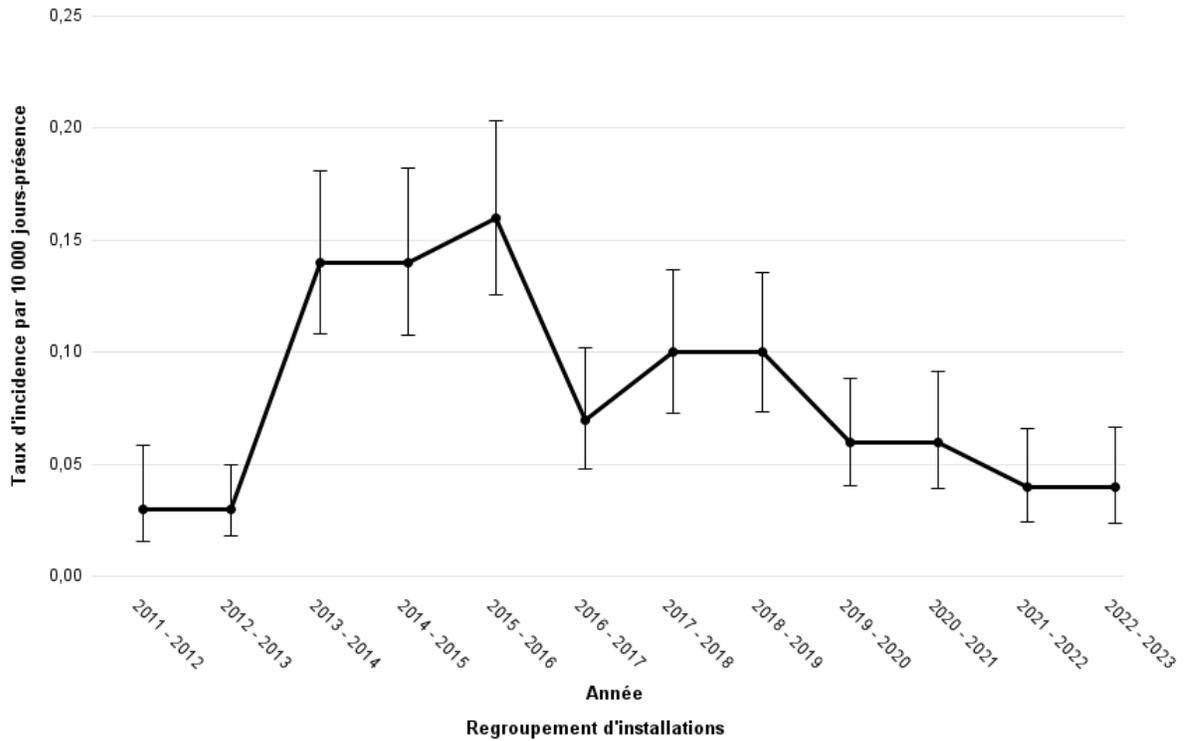


Figure 3 Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2011-2012 (N = 68), 2011-2012 à 2022-2023



3.4 Description des cas – colonisation

Au total, 1 237 colonisations à ERV sont déclarées, dont 96,1 % (N = 1 189) sont trouvés lors de dépistage. La grande majorité (84,6 % ; N = 1 046) sont attribuées à une hospitalisation dans l'installation déclarante (cat. 1a et 1b) (tableau 8).

Tableau 8 Répartition des colonisations à ERV selon la catégorie d'attribution, 2022-2023

Catégorie	Cas d'origine inconnue	Colonisations			
		Dépistage	Spécimen clinique	Total	
		N	N	N	%
1a	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	840	21	861	69,6
1b	Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	172	13	185	15,0
1c	Cas relié aux soins ambulatoires de l'installation déclarante	37	3	40	3,2
1d	Cas relié à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante	1	0	1	0,1
1e	Cas relié à l'unité de psychiatrie de l'installation déclarante	0	0	0	0,0
2	Cas relié à un séjour dans une installation non déclarante	59	6	65	5,3
3	Cas d'origine communautaire, non relié aux milieux de soins	76	3	79	6,4
4	Cas d'origine inconnue	4	2	6	0,5
Total		1 189	48	1 237	100,0

3.5 Données de laboratoire – colonisation

Les tableaux 9 et 10 présentent le nombre total de tests de dépistage ainsi que la moyenne des tests de dépistage pour l'ERV. En 2022-2023, une augmentation du nombre total de tests de dépistage pour tous les regroupements d'installations est observée comparativement à 2021-2022. Sur le plan provincial, la moyenne des tests de dépistage augmente en 2022-2023 (0,95) comparée à l'année 2021-2022 (0,86). C'est aussi valable pour les installations dans la région de Montréal ainsi que les installations à l'extérieur de la région de Montréal.

Tableau 9 Évolution du nombre total de tests de dépistage, selon le regroupement d'installations, 2018-2019 à 2022-2023

Regroupement	Mission	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Installations de la région de Montréal	Non universitaire	55 233	59 423	18 913	27 132	39 107
	Universitaire	196 327	163 916	106 651	132 459	149 942
Installations à l'extérieur de la région de Montréal	Non universitaire	306 946	299 114	196 796	220 681	231 866
	Universitaire	167 948	176 995	153 042	133 605	142 017
Total		726 454	699 448	475 402	513 877	562 932

Tableau 10 Évolution de la moyenne des tests de dépistage par admission pour l'ERV, selon le regroupement d'installations, 2018-2019 à 2022-2023

Regroupement	Mission	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Installations de la région de Montréal	Non universitaire	1,13	1,38	0,66	0,75	0,89
	Universitaire	1,29	1,29	0,90	0,98	1,13
Installations à l'extérieur de la région de Montréal	Non universitaire	0,98	0,99	0,83	0,86	0,89
	Universitaire	0,91	0,94	0,96	0,81	0,90
Total		1,04	1,06	0,87	0,86	0,95

3.6 Évolution des taux – colonisation

L'analyse présentée à cette section est réalisée sur l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année entre 2018-2019 et 2022-2023. Dans le cadre de cette approche longitudinale, le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) est de 2,48/10 000 jours-présence pour les installations ayant participé aux cinq dernières années (tableau 11). Ce taux est significativement plus élevé que celui de l'année 2021-2022 du point de vue statistique.

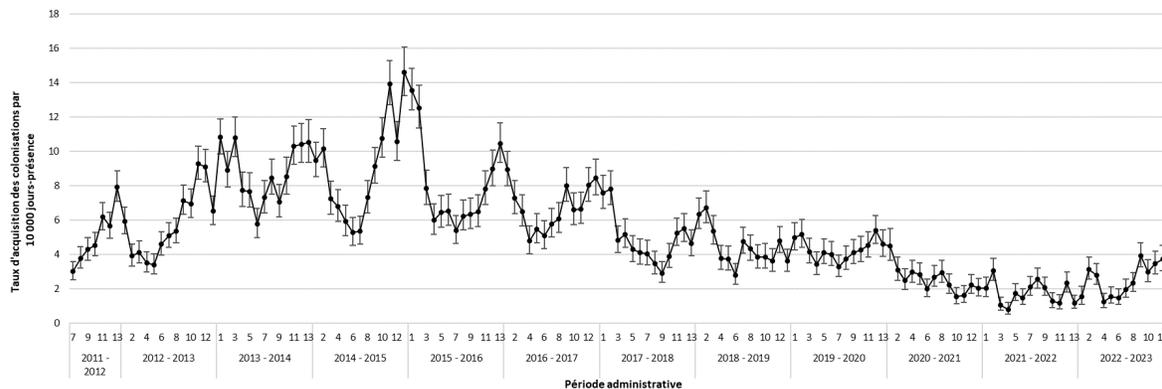
Dans la région de Montréal, le taux d'acquisition des colonisations des installations universitaires est significativement plus élevé en 2022-2023 par rapport à celui de l'année 2021-2022 (tableau 11). À l'extérieur de la région de Montréal, le taux d'acquisition des installations non universitaires a augmenté de façon significative par rapport à 2021-2022, toutefois, dans les installations universitaires, ce taux est comparable à celui de l'année 2021-2022.

À la figure 4, la même démarche est adoptée pour présenter l'évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations (N = 68) participant à la surveillance pour la période allant de 2011-2012 à 2022-2023.

Tableau 11 Évolution du nombre et du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2018-2019 (N = 73), 2018-2019 à 2022-2023

Regroupement d'installations	Mission de l'installation	2018 - 2019		2019 - 2020		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023	
		N	Taux d'acquisition	N	Taux d'acquisition	N	Taux d'acquisition	N	Taux d'acquisition	N	Taux d'acquisition
Installations de la région de Montréal	Non universitaire (N = 5)	488	13,33 [12,2 ; 14,57]	595	17,38 [16,04 ; 18,83]	160	5,8 [4,97 ; 6,77]	92	3,06 [2,49 ; 3,75]	97	3,15 [2,58 ; 3,84]
	Universitaire (N = 10)	561	5,89 [5,42 ; 6,4]	498	5,2 [4,76 ; 5,68]	239	2,80 [2,47 ; 3,18]	219	2,45 [2,15 ; 2,8]	347	4,03 [3,63 ; 4,48]
Installations à l'extérieur de la région de Montréal	Non universitaire (N = 46)	747	4,06 [3,78 ; 4,36]	754	4,07 [3,79 ; 4,37]	531	3,31 [3,04 ; 3,6]	316	1,93 [1,73 ; 2,15]	478	2,81 [2,57 ; 3,07]
	Universitaire (N = 12)	157	1,35 [1,15 ; 1,58]	43	0,37 [0,27 ; 0,50]	29	0,28 [0,2 ; 0,40]	68	0,65 [0,51 ; 0,82]	62	0,57 [0,45 ; 0,73]
Total (N = 73)		1 953	4,52 [4,32 ; 4,73]	1 890	4,39 [4,2 ; 4,59]	959	2,53 [2,37 ; 2,7]	695	1,79 [1,66 ; 1,93]	984	2,48 [2,33 ; 2,64]

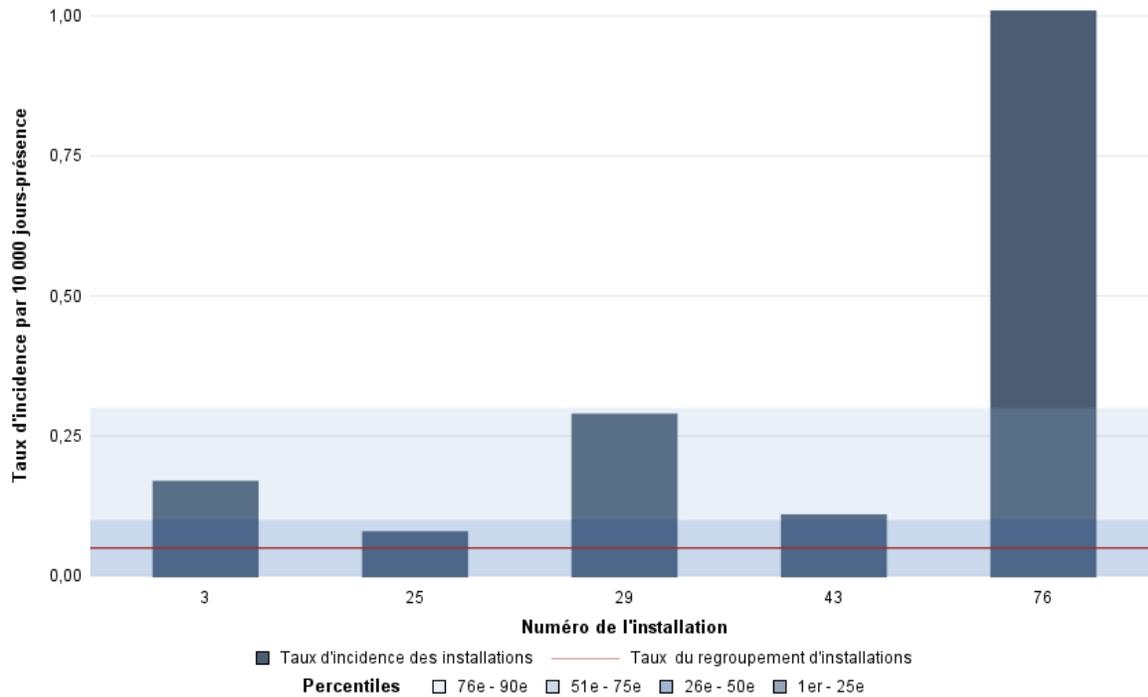
Figure 4 Évolution des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2011-2012 (N = 68), 2011-2012 à 2022-2023



3.7 Données par installation

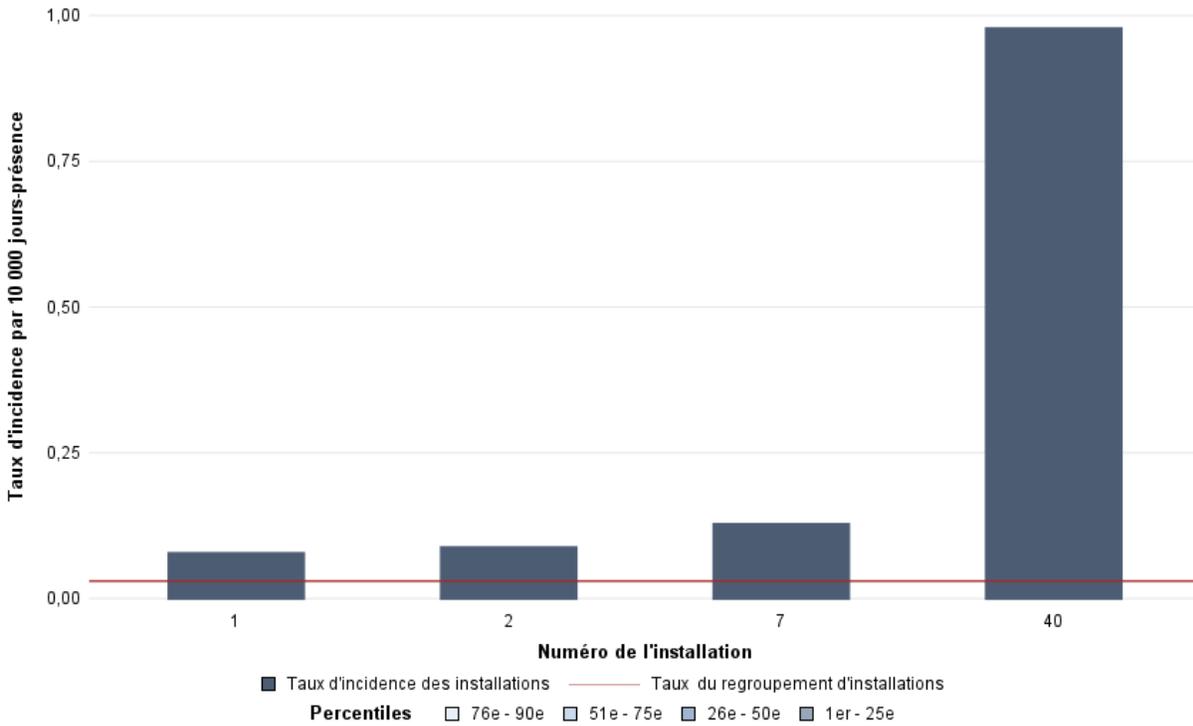
Les taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV et les percentiles des taux d'incidence par installation selon la région sont représentés aux figures 5 et 6. Les taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV selon la région sont représentés aux figures 7 et 8. Seules les installations ayant déclaré au moins un cas d'infection ou de colonisation sont affichées sur les figures. Pour associer le nom de l'installation correspondant au numéro affiché dans les figures suivantes, référer au dernier tableau à la fin de cette section.

Figure 5 Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence pour les installations de la région de Montréal, 2022-2023



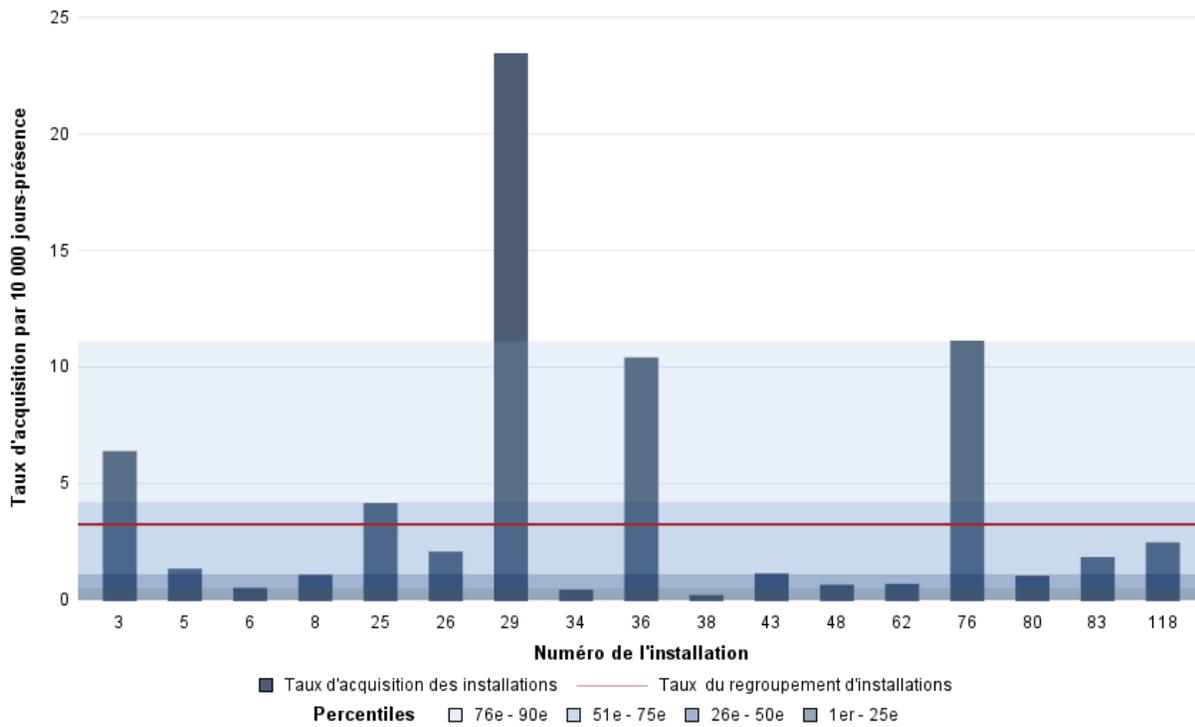
Note : les installations 5, 6, 8, 12, 13, 26, 34, 36, 38, 48, 62, 80, 83 et 118 n'ont déclaré aucune infection nosocomiale en 2022-2023.

Figure 6 Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence pour les installations à l'extérieur de la région de Montréal, 2022-2023



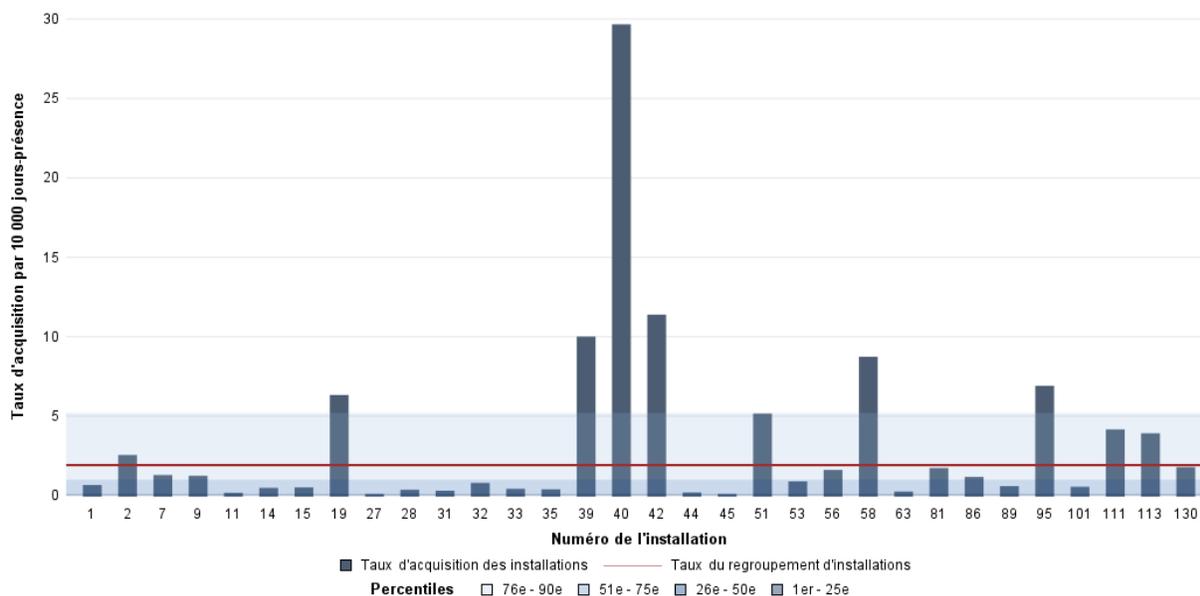
Note : les installations 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 47, 49, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 61, 63, 64, 65, 67, 70, 71, 72, 74, 77, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 89, 95, 99, 100, 101, 103, 107, 109, 111, 112, 113 et 130 n'ont déclaré aucune infection nosocomiale en 2022-2023.

Figure 7 Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'acquisition pour les installations de la région de Montréal, 2022-2023



Note : les installations 12 et 13 n'ont déclaré aucune colonisation nosocomiale en 2022-2023.

Figure 8 Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'acquisition pour les installations à l'extérieur de la région de Montréal, 2022-2023



Note : les installations 10, 16, 18, 20, 23, 24, 30, 37, 41, 47, 49, 52, 59, 61, 64, 65, 67, 70, 71, 72, 74, 77, 82, 84, 85, 88, 99, 100, 103, 107, 109 et 112 n'ont déclaré aucune colonisation nosocomiale en 2022-2023.

Sur le plan local, en 2022-2023, le taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV a varié de 0 à 1,01/10 000 jours-présence, alors que le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV a varié de 0 à 29,67/10 000 jours-présence. Un total de 34 installations (41,0 %) n'a déclaré aucune infection ni colonisation d'origine nosocomiale (cat. 1a et 1b). Un sommaire détaillé des données de surveillance des infections et colonisations nosocomiales à ERV par installation est présenté au tableau 12. À noter que lorsque la proportion est égale à zéro, l'intervalle de confiance n'est pas calculé.

Tableau 12 Nombre de cas, taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région, 2022-2023

Nom	Infections		Colonisations		Moyenne des tests de dépistage
	N	Taux d'incidence [IC à 95 %]	N	Taux d'acquisition [IC à 95 %]	
Région 01 - Bas-Saint-Laurent	0	0	2	0,21 [0,05 ; 0,82]	1,11
HÔPITAL RÉGIONAL DE RIMOUSKI	0	0	0	0	0,88
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU GRAND-PORTAGE	0	0	2	0,79 [0,20 ; 3,14]	1,41
HÔPITAL NOTRE-DAME-DE-FATIMA	0	0	0	0	0,97
HÔPITAL DE MATANE	0	0	0	0	1,23
HÔPITAL D'AMQUI	0	0	0	0	1,38
HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DU-LAC	0	0	0	0	0,96
Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	0	0	0	0	0,82
HÔPITAL DE CHICOUTIMI	0	0	0	0	0,75
HÔPITAL ET CENTRE DE RÉADAPTATION DE JONQUIÈRE	0	0	0	0	1,18
HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI	0	0	0	0	1,02
HÔPITAL ET CHSLD DE ROBERVAL	0	0	0	0	0,74
HÔPITAL DE LA BAIE	0	0	0	0	1,10
HÔPITAL D'ALMA	0	0	0	0	0,75
Région 03 - Capitale-Nationale	2	0,04 [0,01 ; 0,14]	46	0,85 [0,64 ; 1,13]	0,89
HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	1	0,09 [0,01 ; 0,71]	27	2,55 [1,75 ; 3,72]	0,95
PAVILLON L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC	1	0,13 [0,02 ; 0,90]	10	1,29 [0,70 ; 2,39]	1,00
HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT	0	0	0	0	0,80
PAVILLON CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ LAVAL	0	0	1	0,1 [0,02 ; 0,66]	0,86
PAVILLON SAINT-FRANCOIS D'ASSISE	0	0	3	0,36 [0,12 ; 1,11]	0,75
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC	0	0	4	0,42 [0,16 ; 1,13]	0,91
CENTRE MULTI. SSS DE BAIE-SAINT-PAUL	0	0	0	0	1,52
HÔPITAL DE LA MALBAIE	0	0	1	1,17 [0,16 ; 8,34]	1,23

Tableau 12 Nombre de cas, taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région, 2022-2023 (suite)

Installation		Infections		Colonisations		Moyenne des tests de dépistage
Numéro	Nom	N	Taux d'incidence [IC à 95 %]	N	Taux d'acquisition [IC à 95 %]	
Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec		0	0	5	0,18 [0,08 ; 0,43]	0,66
23	HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA	0	0	0	0	0,67
31	PAVILLON SAINTE-MARIE	0	0	4	0,30 [0,11 ; 0,81]	0,84
41	HÔPITAL DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE	0	0	0	0	0,34
44	HÔPITAL SAINTE-CROIX	0	0	1	0,19 [0,03 ; 1,32]	0,58
85	CENTRE MULTI. SSS DU HAUT-SAINT-AURICE	0	0	0	0	0,34
Région 05 - Estrie		0	0	5	0,23 [0,10 ; 0,55]	0,87
15	CHUS - HÔPITAL FLEURIMONT	0	0	5	0,51 [0,21 ; 1,22]	1,03
30	CHUS - HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE	0	0	0	0	0,73
49	CSSS DE MEMPHREMAGOG	0	0	0	0	1,66
99	HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	0	0	0	0	0,42
Région 06 - Montréal		8	0,05 [0,02 ; 0,11]	481	3,24 [2,96 ; 3,54]	1,07
3	GLEN - ROYAL VICTORIA	2	0,17 [0,04 ; 0,69]	74	6,39 [5,09 ; 8,02]	1,12
5	HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	0	0	24	1,34 [0,90 ; 2,00]	0,95
6	GLEN - ENFANTS	0	0	2	0,52 [0,13 ; 2,06]	0,27
8	HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	0	0	17	1,08 [0,67 ; 1,74]	0,71
12	CHU SAINTE-JUSTINE	0	0	0	0	0,11
13	INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	0	0	0	0	0,96
25	HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	1	0,08 [0,01 ; 0,55]	53	4,16 [3,18 ; 5,44]	2,61
26	HÔPITAL DE VERDUN	0	0	13	2,07 [1,20 ; 3,57]	0,86
29	HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	2	0,29 [0,07 ; 1,15]	163	23,47 [20,13 ; 27,36]	1,50
34	HÔPITAL SANTA CABRINI	0	0	3	0,44 [0,14 ; 1,38]	0,78
36	HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE	0	0	76	10,41 [8,31 ; 13,04]	0,75
38	HÔPITAL JEAN-TALON	0	0	1	0,21 [0,03 ; 1,52]	1,23
43	CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	2	0,11 [0,03 ; 0,43]	21	1,14 [0,74 ; 1,75]	1,54
48	CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	0	0	5	0,65 [0,27 ; 1,57]	1,09
62	HOPITAL NOTRE-DAME	0	0	4	0,69 [0,26 ; 1,84]	0,73
76	HÔPITAL DE LACHINE	1	1,01 [0,14 ; 7,2]	11	11,13 [6,16 ; 20,10]	2,38
80	HÔPITAL FLEURY	0	0	4	1,04 [0,39 ; 2,77]	1,38
83	HÔPITAL DE LASALLE	0	0	4	1,84 [0,69 ; 4,89]	0,89
118	HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL	0	0	6	2,47 [1,11 ; 5,50]	1,29

Tableau 12 Nombre de cas, taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région, 2022-2023 (suite)

Installation		Infections		Colonisations		Moyenne des tests de dépistage
Numéro	Nm	N	Taux d'incidence [IC à 95 %]	N	Taux d'acquisition [IC à 95 %]	
Région 07 - Outaouais		5	0,36 [0,15 ; 0,86]	222	15,83 [13,88 ; 18,06]	1,04
39	HÔPITAL DE GATINEAU	0	0	48	10,01 [7,54 ; 13,28]	1,04
40	HÔPITAL DE HULL	5	0,98 [0,41 ; 2,35]	152	29,67 [25,31 ; 34,78]	1,04
51	HÔPITAL DE MANIWAKI	0	0	7	5,16 [2,46 ; 10,83]	1,03
95	HÔPITAL ET CHSLD DU PONTIAC	0	0	9	6,91 [3,6 ; 13,28]	1,13
111	HÔPITAL ET CHSLD DE PAPINEAU	0	0	6	4,16 [1,87 ; 9,26]	1,01
Région 08 - Abitibi-Témiscamingue		0	0	0	0	0,65
47	HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA	0	0	0	0	0,58
52	HÔPITAL D'AMOS	0	0	0	0	0,37
65	HÔPITAL ET CRD DE VAL-D'OR	0	0	0	0	0,63
70	CENTRE DE SOINS DE COURTE DURÉE LA SARRE	0	0	0	0	0,94
82	PAVILLON SAINTE-FAMILLE	0	0	0	0	1,36
Région 09 - Côte-Nord		0	0	0	0	0,36
64	CLSC ET HÔPITAL LE ROYER	0	0	0	0	0,53
72	HÔPITAL ET CLSC DE SEPT-ÎLES	0	0	0	0	0,21
Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine		0	0	1	0,39 [0,05 ; 2,83]	0,11
53	HÔPITAL DE CHANDLER	0	0	1	0,89 [0,13 ; 6,32]	0,03
107	HÔPITAL DE L'ARCHIPEL	0	0	0	0	0,27
109	HÔPITAL DE SAINTE-ANNE-DES-MONTS	0	0	0	0	0,08
Région 12 - Chaudière-Appalaches		0	0	10	0,66 [0,36 ; 1,23]	0,91
18	HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	0	0	0	0	0,72
63	HÔPITAL DE SAINT-GEORGES	0	0	1	0,25 [0,04 ; 1,77]	0,95
89	HÔPITAL ET CRDP DE MONTMAGNY	0	0	1	0,59 [0,08 ; 4,14]	1,36
113	HÔPITAL ET CRDP DE THETFORD MINES	0	0	8	3,92 [1,96 ; 7,83]	1,12
Région 13 - Laval		0	0	108	6,33 [5,24 ; 7,64]	0,78
19	HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ	0	0	108	6,33 [5,24 ; 7,64]	0,78
Région 14 - Lanaudière		0	0	6	0,30 [0,13 ; 0,67]	0,91
11	HÔPITAL PIERRE-LE GARDEUR	0	0	2	0,17 [0,04 ; 0,68]	0,86
14	HÔPITAL DE LANAUDIÈRE ET CHSLD PARPHILIA-FERLAND	0	0	4	0,48 [0,18 ; 1,29]	0,96

Tableau 12 Nombre de cas, taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région, 2022-2023 (suite)

Installation		Infections		Colonisations		Moyenne des tests de dépistage
Numéro	Nom	N	Taux d'incidence [IC à 95 %]	N	Taux d'acquisition [IC à 95 %]	
Région 15 - Laurentides		0	0	11	0,42 [0,23 ; 0,75]	1,31
45	HÔPITAL DE SAINT-EUSTACHE	0	0	1	0,10 [0,01 ; 0,73]	1,11
56	CENTRE MULTI. SSS D'ARGENTEUIL	0	0	2	1,61 [0,40 ; 6,45]	2,20
81	HÔPITAL DE MONT-LAURIER	0	0	2	1,73 [0,43 ; 6,94]	2,32
101	HÔPITAL DE SAINT-JÉRÔME	0	0	6	0,55 [0,25 ; 1,23]	1,37
103	CENTRE MULTI. SSS DE SAINTE-AGATHE	0	0	0	0	1,09
Région 16 - Montérégie		1	0,02 [0 ; 0,10]	149	2,52 [2,15 ; 2,96]	0,90
1	HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE	1	0,08 [0,01 ; 0,60]	8	0,66 [0,33 ; 1,32]	1,25
9	HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	0	0	10	1,24 [0,67 ; 2,31]	0,17
10	HÔPITAL PIERRE-BOUCHER	0	0	0	0	0,30
35	HÔPITAL HONORÉ-MERCIER	0	0	3	0,39 [0,13 ; 1,2]	1,08
37	HÔTEL-DIEU DE SOREL	0	0	0	0	0,69
42	HÔPITAL ANNA-LABERGE	0	0	79	11,39 [9,14 ; 14,2]	1,94
58	HÔPITAL DU SUROÏT	0	0	47	8,74 [6,57 ; 11,63]	1,20
130	HÔPITAL BARRIE MÉMORIAL	0	0	2	1,79 [0,45 ; 7,16]	1,82
L'ensemble du Québec		16	0,04 [0,03 ; 0,06]	1046	2,35 [2,21 ; 2,50]	0,95

4 LIMITES

4.1 Limites générales

Le programme de surveillance comporte certaines limites :

- Certains cas pourraient ne pas être déclarés s'ils surviennent dans une installation ne participant pas à la surveillance (p. ex. une installation ayant moins de 1000 admissions).
- Les données du programme de surveillance sont tributaires du respect des définitions par les équipes déclarant les cas.
- Les installations de petite taille sont sujettes à de très grandes variations de leurs taux d'incidence. Par exemple, une variation d'un cas sur un petit dénominateur aura une plus grande influence sur le taux d'incidence que pour une installation avec un plus grand dénominateur.
- Considérant que le dénominateur est celui des jours-présence lors d'une hospitalisation, uniquement les cas de catégories 1a et 1b (cas hospitalisés ou ayant été hospitalisés) sont utilisés pour le calcul des taux.
- Pour la létalité, il n'y a pas d'évaluation à l'effet que le décès soit relié à l'infection, donc les décès rapportés peuvent être associés ou non à l'infection.
- En tout temps, un cas peut être ajouté ou retiré de la base de données par les équipes des installations participantes, à la suite d'un processus de validation par exemple, et ce, pour n'importe quelle année de surveillance. En conséquence, les résultats d'une installation donnée pour une même période peuvent différer selon le moment de l'extraction de la base de données du système.

5 ANALYSE ET DISCUSSION

Les taux d'incidence des infections à ERV observés sont stables par rapport à l'année dernière et sont en diminution par rapport à 2018-2019. Cette baisse s'explique encore cette année par une stabilité des taux d'infections rapportés dans la province (en excluant l'Outaouais) et une diminution progressive dans la région de l'Outaouais depuis 2018-2019 depuis la reprise des mesures de prévention pour l'ERV.

De façon intéressante, 13 des 16 infections à ERV ont été répertoriées dans 2 régions (Montréal (8) et Outaouais (5)).

Pour comparaison, le programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) ne donne pas accès aux taux d'incidence d'infections à ERV, mais bien le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales. À ce niveau, le Québec se compare favorablement avec des taux beaucoup plus bas dans les dernières années. Alors que les dernières données accessibles de PCSIN montraient des taux d'incidence de bactériémies nosocomiales à ERV de 0,23, 0,33, 0,30, 0,30 et 0,33/10 000 jours-présence de 2017 à 2021 respectivement, les dernières données de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) ont montré dans les 5 dernières années des taux inférieurs à 0,04/ 10 000 jours-présence.

Pour ce qui est des taux d'acquisition des colonisations, nous observons une augmentation significative cette année par rapport à l'année dernière. Cette augmentation s'explique certainement par la reprise de dépistage à la suite d'une baisse observée lors de la pandémie. Effectivement, on note une augmentation du nombre de dépistage et de la moyenne de tests effectués par admission. Il est important de noter que les taux d'acquisition des colonisations à ERV sont dépendants du nombre de dépistage effectué, de la technique de dépistage utilisée et des critères de rejet du prélèvement déterminés localement et peuvent donc varier d'une installation à l'autre.

Alors que les taux d'acquisition des colonisations en Outaouais sont en diminution progressive, nous notons l'augmentation des taux de colonisation dans la région de Laval qui, avec un taux de 6,33/ 10 000 jours-présence, se tient au 2^e rang des régions avec le plus haut taux d'acquisition des colonisations, après l'Outaouais.

Certains établissements se démarquent aussi cette année en présentant des taux nettement supérieurs aux autres établissements de leur région : hôpital du Suroît (8,74/10 000 jours-présence) et hôpital Anna-Laberge (11,39/10 000 jours-présence), en Montérégie; hôpital et CRDP de Thetford Mines (3,93/10 000 jours-présence), en Chaudière-Appalaches; hôpital de Hull (29,67/10 000 jours-présence) et Gatineau (10,01/10 000 jours-présence), en Outaouais; hôpital général de Montréal (23,47/10 000 jours-présence), hôpital général du Lakeshore (10,41/10 000 jours-présence) et hôpital de Lachine (11,13/10 000 jours-présence), dans la région de Montréal. Il est à noter que les taux d'acquisition des colonisations ne sont pas corrélés en fonction du nombre de tests de dépistage fait par l'installation. Il sera intéressant de voir si ces taux de colonisation se répercuteront dans le nombre d'infection dans les prochaines années.

6 RÉFÉRENCES

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. Infections associées aux soins de santé et résistance aux antimicrobiens dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée, 2017 à 2021.

Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2023-49/numero-5-mai-2023/infections-resistance-antimicrobiens-hopitaux.html>

ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN

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

Fanny Beaulieu
Marie-Claude Roy, présidente du CINQ
Annie Ruest, présidente du comité SPIN-HD
Maxime-Antoine Tremblay, président du comité SPIN-BACC
Pascale Trépanier, présidente du comité SPIN-BGNPC
CHU de Québec - Université Laval

Annick Boulais
Ruth Bruno
Fanny Desjardins
Dominique Grenier
Patricia Hudson
Natasha Parisien
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique

Eliel Brochu
Annick Des Cormiers
Zeke Mc Murray
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

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

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

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

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

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

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

Marc-André Smith, président du comité SPIN-BACTOT
Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-ERV

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

Eliel Brochu
Direction de la vigie sanitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

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

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

Chantal Soucy
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

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



www.inspq.qc.ca