

SURVEILLANCE DES MICROORGANISMES RÉSISTANTS AUX ANTIMICROBIENS (MRA)

RAPPORT SOMMAIRE D'APRÈS LES DONNÉES
DU 1^{ER} JANVIER 2009 AU 31 DÉCEMBRE 2014

Mise à jour – juillet 2015



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Surveillance des microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA)

Mise à jour en juillet 2015

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

1. Infection à *Clostridium difficile* (ICD) associée aux soins de santé
2. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)
3. Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)
4. Bacilles Gram négatif résistants aux carbapénèmes (BGNRC)
 - 4.1. Organismes producteurs de carbapénémases (OPC)
 - 4.2. Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (ERC)
 - 4.3. *Acinetobacter* résistant aux carbapénèmes (ARC)

Annexe A : Hôpitaux participant au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, en date de décembre 2014

Annexe B : Définitions de cas et critères d'inclusion utilisés pour la surveillance de 2014

INTRODUCTION

Le présent rapport, intitulé Surveillance des microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) – Rapport sommaire d'après les données du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2014, a été créé par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence). Le rapport fournit un examen des données disponibles sur les MRA au Canada.

Le CLMTI coordonne la collecte de données, en plus d'être responsable de la gestion des données, de l'analyse et de la production de rapports associés au présent rapport sommaire. Le CLMTI soutient l'utilisation de ces données pour informer les praticiens et les décideurs de la santé publique. Il appuie en outre l'engagement permanent de l'Agence pour ce qui est d'améliorer la qualité des données et de définir des normes de surveillance.

L'Agence collecte des données nationales sur diverses infections associées aux soins de santé, notamment les MRA, par l'intermédiaire du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), un effort de collaboration du CLMTI, du Laboratoire national de microbiologie (LNM) et d'hôpitaux sentinelles canadiens membres du Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CEH) [un sous-comité de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada]. Nous sommes reconnaissants de la contribution continue des hôpitaux à la surveillance des MRA à l'échelle nationale.

En décembre 2014, le PCSIN a mené une surveillance dans 62 grands hôpitaux partout au Canada (annexe A). Parmi ces hôpitaux, 33 sont des hôpitaux de soins tertiaires de courte durée (c'est-à-dire des grands hôpitaux proposant un éventail de services spécialisés tels que des unités de soins aux brûlés, des unités de transplantation, des centres de traumatologie, des centres de chirurgie cardiaque spécialisés, etc.) auxquels de plus petits hôpitaux envoient leurs patients), et huit sont des hôpitaux pédiatriques autonomes. Les 21 autres hôpitaux sont des hôpitaux généraux urbains de soins de courte durée offrant des services médicaux et chirurgicaux généraux, mais n'ont pas de sous-spécialité (annexe A). La surveillance des MRA dans les hôpitaux participants est considérée comme faisant partie du mandat des programmes de prévention et de contrôle des infections des hôpitaux et ne s'inscrit pas dans le cadre de la recherche sur des humains. La capacité d'un hôpital à participer à la surveillance des MRA dans le cadre du PCSIN est fondée sur la capacité du site en matière de collecte de données et d'accès aux services de laboratoire de l'hôpital.

La surveillance du PCSIN permet d'obtenir des renseignements importants qui serviront à établir des programmes et des politiques fédéraux, provinciaux et territoriaux de prévention et de contrôle des infections. Lorsqu'elle est effectuée de façon uniforme, la surveillance permet de mesurer le fardeau de la maladie, d'établir des points de référence en vue d'une comparaison interne et externe, de cerner les facteurs de risque potentiels et d'évaluer des interventions précises. La surveillance de MRA est considérée comme une mesure importante relative à la qualité des soins dispensés aux patients.

Ce rapport présente le nombre et les taux de cas selon les données recueillies entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2014. Le rapport comprend les taux d'infection à *Clostridium difficile* associée aux soins de santé et du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), y compris le SARM associé aux soins de santé et acquis dans la collectivité et les bactériémies à SARM; les entérocoques résistant à la vancomycine (ERV); les organismes producteurs de carbapénémases (OPC), les entérobactéries résistantes au carbapénème

(ERC) et le genre *Acinetobacter* résistant aux carbapénèmes (ARC). Bien que l'infection à *Clostridium difficile* associée aux soins de santé ne soit pas considérée comme un MRA, elle est liée à l'utilisation d'antimicrobiens; par conséquent, elle est incluse dans le rapport. On s'attend à ce que tous les hôpitaux participent à toutes les activités de surveillance des MRA, bien que les hôpitaux puissent demander à ne pas participer au cours d'une année civile de surveillance donnée, selon leur capacité à participer sur le plan opérationnel.

Dans la mesure du possible, les taux sont fournis par région et comprennent l'Ouest (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Manitoba), le Centre (Ontario et Québec) et l'Est (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador). Les territoires ne soumettent actuellement aucune donnée à l'Agence.

Les définitions de cas et les critères d'inclusion de 2014 pour ces programmes de surveillance sont fournis dans l'annexe B. Les définitions de cas et les critères d'inclusion sont examinés chaque année avant le début de l'année de surveillance par le groupe de travail du PCSIN chargé de superviser les activités de surveillance des MRA. Les groupes de travail du PCSIN sont composés de membres du CCEH et d'experts techniques de l'Agence du CLMTI et du LNM. Les définitions de cas et les critères d'inclusion peuvent varier d'une année de surveillance à l'autre, étant donné que les protocoles de surveillance sont examinés et mis à jour par le groupe de travail du PCSIN applicable.

Ce rapport remplace les données présentées dans les rapports sur les MRA précédents. La version la plus récente du rapport doit prévaloir, comme elle est la plus fiable. Les données de 2014 sont considérées comme des données préliminaires. Les résultats sont sujets à des changements à mesure que des données à jour sont mises à disposition par les hôpitaux participants.

Si vous avez des questions ou vous désirez obtenir de plus amples renseignements sur ces taux, ou pour obtenir un exemplaire du rapport de surveillance le plus récent de l'Agence, veuillez communiquer avec le CLMTI de l'Agence par courriel à l'adresse suivante : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca.

RÉSULTATS

1. Infection à *Clostridium difficile* (ICD) associée aux soins de santé

Tableau 1.1 : Nombre de cas d'infection à *Clostridium difficile* associée aux soins de santé et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 907 | 4,93 | 1 401 | 4,98 | 175 | 2,54 | 2 483 | 4,65 | 49 |
| 2010 | 1 282 | 4,56 | 1 589 | 5,13 | 155 | 2,04 | 3 026 | 4,54 | 52 |
| 2011 | 1 241 | 4,57 | 2 075 | 5,87 | 101 | 2,20 | 3 417 | 5,09 | 54 |
| 2012 | 1 282 | 4,76 | 1 997 | 5,31 | 203 | 2,55 | 3 482 | 4,80 | 54 |
| 2013 | 1 198 | 3,66 | 1 732 | 4,56 | 230 | 2,81 | 3 160 | 4,00 | 54 |
| 2014 | 1 095 | 2,96 | 1 512 | 3,89 | 240 | 2,53 | 2 847 | 3,33 | 60 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires

Tableau 1.2 : Nombre de cas d'infection à *Clostridium difficile* associée aux soins de santé et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 907 | 6,68 | 1 401 | 5,91 | 175 | 3,23 | 2 483 | 5,81 | 49 |
| 2010 | 1 282 | 6,82 | 1 589 | 6,67 | 155 | 2,27 | 3 026 | 6,12 | 52 |
| 2011 | 1 241 | 5,77 | 2 075 | 7,86 | 101 | 2,88 | 3 417 | 6,65 | 54 |
| 2012 | 1 282 | 5,71 | 1 997 | 7,14 | 203 | 2,80 | 3 482 | 6,04 | 54 |
| 2013 | 1 198 | 4,84 | 1 732 | 6,11 | 230 | 3,07 | 3 160 | 5,22 | 54 |
| 2014 | 1 095 | 4,00 | 1 512 | 5,13 | 240 | 2,74 | 2 847 | 4,34 | 60 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires

Tableau 1.3 : Taux de mortalité attribuable 30 jours après la date du premier test positif pour l'infection à *Clostridium difficile*

| | Nombre de décès* | Taux de mortalité (%) |
|-------------|-------------------------|------------------------------|
| 2009 | 13 | 2,3 |
| 2010 | 26 | 5,4 |
| 2011 | 36 | 6,4 |
| 2012 | 49 | 4,7 |
| 2013 | 21 | 3,1 |
| 2014 | 26 | 4,0 |

**Décès liés directement ou indirectement à une infection à Clostridium difficile associée aux soins de santé, 30 jours après la date de la première culture positive pour l'infection à Clostridium difficile. Les données sur la mortalité sont recueillies durant une période de deux mois (mars et avril de chaque année) pour les adultes (âgés de 18 ans et plus) et toute l'année pour les enfants (âgés d'un an à moins de 18 ans).*

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

2. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)

Tableau 2.1 : Nombre d'infections à SARM et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|--|
| | <i>Ouest</i> | | <i>Centre</i> | | <i>Est</i> | | <i>National</i> | | <i>N^{bre} d'hôpitaux répondeurs</i> |
| | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | |
| 2009 | 962 | 3,39 | 852 | 2,54 | 219 | 2,64 | 2 033 | 2,90 | 50 |
| 2010 | 898 | 2,64 | 846 | 2,13 | 247 | 2,97 | 1 991 | 2,43 | 52 |
| 2011 | 891 | 2,63 | 720 | 1,79 | 246 | 2,63 | 1 857 | 2,23 | 52 |
| 2012 | 844 | 2,42 | 703 | 1,83 | 240 | 2,63 | 1 787 | 2,17 | 51 |
| 2013 | 901 | 2,49 | 742 | 1,80 | 212 | 2,15 | 1 855 | 2,12 | 53 |
| 2014 | 914 | 2,24 | 795 | 1,89 | 219 | 2,19 | 1 928 | 2,08 | 58 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.2 : Nombre d'infections à SARM et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|--|
| | <i>Ouest</i> | | <i>Centre</i> | | <i>Est</i> | | <i>National</i> | | <i>N^{bre} d'hôpitaux répondeurs</i> |
| | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | |
| 2009 | 962 | 4,85 | 852 | 3,23 | 219 | 2,90 | 2 033 | 3,78 | 50 |
| 2010 | 898 | 3,87 | 846 | 3,05 | 247 | 3,24 | 1 991 | 3,40 | 52 |
| 2011 | 891 | 3,56 | 720 | 2,26 | 246 | 2,83 | 1 857 | 2,84 | 52 |
| 2012 | 844 | 3,30 | 703 | 2,35 | 240 | 2,87 | 1 787 | 2,80 | 51 |
| 2013 | 901 | 3,41 | 742 | 2,49 | 212 | 2,34 | 1 855 | 2,84 | 53 |
| 2014 | 914 | 3,17 | 795 | 2,66 | 219 | 2,33 | 1 928 | 2,83 | 58 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.3 : Nombre de colonisations par le SARM et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|-------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| Ouest | | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| N ^{bre} de cas | Taux | | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 1 118 | 3,94 | 3 090 | 9,24 | 311 | 4,36 | 4 519 | 6,55 | 48 |
| 2010 | 1 222 | 3,59 | 3 765 | 9,48 | 381 | 4,58 | 5 368 | 6,54 | 52 |
| 2011 | 1 634 | 4,82 | 3 619 | 9,57 | 439 | 4,70 | 5 692 | 7,02 | 50 |
| 2012 | 1 582 | 4,54 | 3 516 | 9,14 | 320 | 3,89 | 5 418 | 6,64 | 50 |
| 2013 | 1 498 | 4,14 | 3,039 | 7,36 | 338 | 3,42 | 4 875 | 5,58 | 53 |
| 2014 | 2 026 | 4,96 | 2 803 | 6,67 | 326 | 3,26 | 5 155 | 5,55 | 58 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.4 : Nombre de colonisations par le SARM et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|-------|------|-------------------------|-------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| Ouest | | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| N ^{bre} de cas | Taux | | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 1 118 | 5,64 | 3 090 | 11,78 | 311 | 4,46 | 4 519 | 8,52 | 48 |
| 2010 | 1 222 | 5,27 | 3 765 | 13,55 | 381 | 4,99 | 5 368 | 9,16 | 52 |
| 2011 | 1 634 | 6,53 | 3 619 | 12,14 | 439 | 5,05 | 5,692 | 8,96 | 50 |
| 2012 | 1 582 | 6,18 | 3 516 | 11,77 | 320 | 4,23 | 5 418 | 8,60 | 50 |
| 2013 | 1 498 | 5,67 | 3 039 | 10,19 | 338 | 3,74 | 4 875 | 7,47 | 53 |
| 2014 | 2 026 | 7,03 | 2 803 | 9,37 | 326 | 3,47 | 5 155 | 7,57 | 58 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.5 : Nombre d'infections à SARM associées aux soins de santé et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations*

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 607 | 2,14 | 575 | 1,72 | 196 | 2,36 | 1 378 | 1,96 | 50 |
| 2010 | 562 | 1,65 | 563 | 1,42 | 202 | 2,42 | 1 327 | 1,62 | 52 |
| 2011 | 558 | 1,65 | 486 | 1,21 | 217 | 2,32 | 1 261 | 1,51 | 52 |
| 2012 | 517 | 1,48 | 382 | 0,99 | 213 | 2,33 | 1 112 | 1,35 | 51 |
| 2013 | 555 | 1,53 | 404 | 0,98 | 184 | 1,86 | 1 143 | 1,31 | 53 |
| 2014 | 516 | 1,26 | 463 | 1,10 | 178 | 1,78 | 1 157 | 1,25 | 58 |

* Infections à SARM associées aux soins de santé : Comprennent tous les cas repérés par les hôpitaux participant au PCSIN et tout autre milieu de soins de santé (clinique, établissement de soins de longue durée), conformément à la définition de cas à l'annexe B

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.6 : Nombre d'infections à SARM associées aux soins de santé et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients*

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 607 | 3,06 | 575 | 2,18 | 196 | 2,60 | 1 378 | 2,56 | 50 |
| 2010 | 562 | 2,42 | 563 | 2,03 | 202 | 2,65 | 1 327 | 2,26 | 52 |
| 2011 | 558 | 2,23 | 486 | 1,53 | 217 | 2,50 | 1 261 | 1,93 | 52 |
| 2012 | 517 | 2,02 | 382 | 1,28 | 213 | 2,55 | 1 112 | 1,74 | 51 |
| 2013 | 555 | 2,10 | 404 | 1,36 | 184 | 2,03 | 1 143 | 1,75 | 53 |
| 2014 | 516 | 1,79 | 463 | 1,55 | 178 | 1,90 | 1 157 | 1,70 | 58 |

* Infections à SARM associées aux soins de santé : Comprennent tous les cas repérés dans les hôpitaux participant au PCSIN et tout autre milieu de soins de santé (clinique, établissement de soins de longue durée), conformément à la définition de cas à l'annexe B.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.7 : Nombre d'infections à SARM acquises dans la collectivité et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|--|----|
| <i>Ouest</i> | | <i>Centre</i> | | <i>Est</i> | | <i>National</i> | | <i>N^{bre} d'hôpitaux répondants</i> | |
| <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | | |
| 2009 | 270 | 0,95 | 180 | 0,54 | 6 | 0,07 | 456 | 0,65 | 50 |
| 2010 | 299 | 0,88 | 175 | 0,44 | 26 | 0,31 | 500 | 0,61 | 52 |
| 2011 | 303 | 0,89 | 150 | 0,37 | 15 | 0,16 | 468 | 0,56 | 52 |
| 2012 | 309 | 0,89 | 216 | 0,56 | 14 | 0,15 | 539 | 0,65 | 51 |
| 2013 | 323 | 0,89 | 208 | 0,50 | 23 | 0,23 | 554 | 0,63 | 53 |
| 2014 | 381 | 0,93 | 241 | 0,57 | 31 | 0,31 | 653 | 0,70 | 58 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.8 : Nombre d'infections à SARM acquises dans la collectivité et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|--|----|
| <i>Ouest</i> | | <i>Centre</i> | | <i>Est</i> | | <i>National</i> | | <i>N^{bre} d'hôpitaux répondants</i> | |
| <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | | |
| 2009 | 270 | 1,36 | 180 | 0,68 | 6 | 0,08 | 456 | 0,85 | 50 |
| 2010 | 299 | 1,29 | 175 | 0,63 | 26 | 0,34 | 500 | 0,85 | 52 |
| 2011 | 303 | 1,21 | 150 | 0,47 | 15 | 0,17 | 468 | 0,71 | 52 |
| 2012 | 309 | 1,21 | 216 | 0,72 | 14 | 0,17 | 539 | 0,84 | 51 |
| 2013 | 323 | 1,22 | 208 | 0,70 | 23 | 0,25 | 554 | 0,85 | 53 |
| 2014 | 381 | 1,32 | 241 | 0,81 | 31 | 0,26 | 653 | 0,96 | 58 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.9 : Nombre de bactériémies à SARM (infection) et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 112 | 0,39 | 232 | 0,69 | 43 | 0,52 | 387 | 0,55 | 50 |
| 2010 | 113 | 0,33 | 174 | 0,44 | 45 | 0,54 | 332 | 0,40 | 52 |
| 2011 | 139 | 0,41 | 185 | 0,46 | 46 | 0,49 | 370 | 0,44 | 52 |
| 2012 | 116 | 0,33 | 164 | 0,43 | 45 | 0,49 | 325 | 0,39 | 51 |
| 2013 | 130 | 0,36 | 197 | 0,48 | 43 | 0,44 | 370 | 0,42 | 53 |
| 2014 | 147 | 0,36 | 236 | 0,56 | 41 | 0,41 | 424 | 0,46 | 58 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.10 : Nombre de bactériémies à SARM (infection) et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 112 | 0,56 | 232 | 0,88 | 43 | 0,57 | 387 | 0,72 | 50 |
| 2010 | 113 | 0,49 | 174 | 0,63 | 45 | 0,59 | 332 | 0,57 | 52 |
| 2011 | 139 | 0,56 | 185 | 0,58 | 46 | 0,53 | 370 | 0,56 | 52 |
| 2012 | 116 | 0,45 | 164 | 0,55 | 45 | 0,54 | 325 | 0,51 | 51 |
| 2013 | 130 | 0,49 | 197 | 0,66 | 43 | 0,48 | 370 | 0,57 | 53 |
| 2014 | 147 | 0,51 | 236 | 0,79 | 41 | 0,44 | 424 | 0,62 | 58 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 2.11 : Taux de mortalité toutes causes confondues 30 jours après la date de culture positive, pour 100 cas de bactériémies à SARM

| | Nombre de décès* | Taux de mortalité toutes causes confondues pour 100 cas de bactériémies à SARM |
|-------------|------------------|--|
| 2009 | 94 | 24,4 |
| 2010 | 74 | 22,4 |
| 2011 | 102 | 27,8 |
| 2012 | 71 | 22,0 |
| 2013 | 92 | 24,9 |
| 2014 | 86 | 25,1 |

*Le taux de mortalité toutes causes confondues est basé sur le nombre de cas avec des données connexes sur les résultats après 30 jours.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

3. Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

Tableau 3.1 : Nombre d'infections à ERV et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| Ouest | | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| N ^{bre} de cas | Taux | | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 107 | 0,38 | 60 | 0,18 | 2 | 0,02 | 169 | 0,24 | 50 |
| 2010 | 214 | 0,63 | 67 | 0,17 | 0 | 0 | 281 | 0,34 | 52 |
| 2011 | 229 | 0,68 | 146 | 0,36 | 4 | 0,04 | 379 | 0,45 | 52 |
| 2012 | 223 | 0,64 | 168 | 0,43 | 3 | 0,03 | 394 | 0,47 | 53 |
| 2013 | 154 | 0,52 | 161 | 0,37 | 7 | 0,08 | 322 | 0,39 | 48 |
| 2014 | 149 | 0,45 | 144 | 0,32 | 1 | 0,01 | 294 | 0,33 | 54 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires

Tableau 3.2 : Nombre d'infections à ERV et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| Ouest | | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| N ^{bre} de cas | Taux | | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2009 | 107 | 0,54 | 60 | 0,23 | 2 | 0,03 | 169 | 0,31 | 50 |
| 2010 | 214 | 0,92 | 67 | 0,24 | 0 | 0 | 281 | 0,48 | 52 |
| 2011 | 229 | 0,92 | 146 | 0,46 | 4 | 0,05 | 379 | 0,58 | 52 |
| 2012 | 223 | 0,87 | 168 | 0,55 | 3 | 0,04 | 394 | 0,61 | 53 |
| 2013 | 154 | 0,72 | 161 | 0,51 | 7 | 0,08 | 322 | 0,52 | 48 |
| 2014 | 149 | 0,65 | 144 | 0,44 | 1 | 0,01 | 294 | 0,45 | 54 |

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

À partir de janvier 2011, certains hôpitaux participant au PCSIN ont cessé de recueillir des données sur les colonisations par les ERV. Le nombre d'hôpitaux qui continuent de recueillir des données sur les colonisations par les ERV diminue année après année. Par conséquent, les données sur les colonisations par les ERV ne sont pas présentées dans le présent rapport en attente du nettoyage et de la vérification des données.

4. Bacilles Gram négatif résistants aux carbapénèmes (BGNRC)

4.1 Organismes producteurs de carbapénémases (OPC)

Tableau 4.1.1 : Nombre de cas d'infection liée à des cas d'OPC* et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2010 | 10 | 0,08 | 25 | 0,10 | 0 | 0 | 35 | 0,08 | 33 |
| 2011 | 4 | 0,03 | 61 | 0,20 | 0 | 0 | 65 | 0,12 | 37 |
| 2012 | 12 | 0,09 | 46 | 0,13 | 1 | 0,01 | 59 | 0,10 | 38 |
| 2013 | 24 | 0,10 | 41 | 0,09 | 1 | 0,01 | 66 | 0,09 | 45 |
| 2014 | 12 | 0,03 | 54 | 0,12 | 0 | 0 | 66 | 0,07 | 58 |

*Comprend à la fois les infections et les colonisations liées à des cas d'OPC. Ces taux représentent le nombre de microorganismes identifiés; il peut dépasser le nombre de patients, car plusieurs microorganismes peuvent être déclarés pour un même patient.

Remarque : La collecte des données a commencé en 2010.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 4.1.2 : Nombre de cas d'infection liée à des cas d'OPC* et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2010 | 10 | 0,10 | 25 | 0,16 | 0 | 0 | 35 | 0,10 | 33 |
| 2011 | 4 | 0,04 | 61 | 0,27 | 0 | 0 | 65 | 0,16 | 37 |
| 2012 | 12 | 0,11 | 46 | 0,17 | 1 | 0,01 | 59 | 0,13 | 38 |
| 2013 | 24 | 0,13 | 41 | 0,13 | 1 | 0,01 | 66 | 0,11 | 45 |
| 2014 | 12 | 0,05 | 54 | 0,17 | 0 | 0 | 66 | 0,10 | 58 |

*Comprend à la fois les infections et les colonisations liées à des cas d'OPC. Ces taux représentent le nombre de microorganismes identifiés; il peut dépasser le nombre de patients, car plusieurs microorganismes peuvent être déclarés pour un même patient.

Remarque : La collecte des données a commencé en 2010.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 4.1.3 : Taux de mortalité toutes causes confondues et taux de mortalité attribuable 30 jours après la date de culture positive, pour 100 cas d'OPC*

| | Nombre de décès/nombre de cas d'OPC avec des données sur les résultats | Taux de mortalité toutes causes confondues pour 100 cas d'OPC | Nombre de décès attribuables | Taux de mortalité attribuable pour 100 cas d'OPC |
|-------------------------|--|---|------------------------------|--|
| 2010 | 3/18 | 16,7 | 1 | 5,6 |
| 2011 | 7/60 | 11,7 | 0 | 0 |
| 2012 | 6/42 | 14,3 | 2 | 4,8 |
| 2013 | 6/64 | 9,4 | 0 | 0 |
| 2014[†] | 9/62 | 14,5 | s.o. | s.o. |

* Les organismes producteurs de carbapénémases étaient la principale cause de décès ou une cause ayant contribué au décès 30 jours après le diagnostic.

[†] Les données liées au taux de mortalité attribuable n'ont pas été recueillies en 2014

Remarque : La collecte des données a commencé en 2010.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

4.2 Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (ERC)

Tableau 4.2.1 : Nombre de cas d'ERC* et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations, par région | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|-------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre [†] | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2010 | 19 | 0,16 | 42 | 0,17 | 2 | 0,01 | 63 | 0,14 | 33 |
| 2011 | 26 | 0,20 | 106 | 0,35 | 0 | 0 | 132 | 0,25 | 37 |
| 2012 | 38 | 0,29 | 69 | 0,19 | 3 | 0,01 | 110 | 0,19 | 38 |
| 2013 | 44 | 0,18 | 116 | 0,27 | 1 | <0,01 | 161 | 0,21 | 45 |
| 2014 | 16 | 0,04 | 131 | 0,29 | 0 | 0 | 147 | 0,16 | 58 |

*Comprend à la fois les infections et les colonisations liées aux ERC. Ces taux représentent le nombre de microorganismes identifiés; il peut dépasser le nombre de patients, car plusieurs microorganismes peuvent être déclarés pour un même patient.

[†] Le plus grand nombre de cas d'entérobactéries résistantes aux carbapénèmes observés dans la région du Centre sont en grande partie attribuables à un hôpital.

Remarque : La collecte des données a commencé en 2010.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 4.2.2 : Nombre de cas d'ERC* et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients, par région | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|-------|-------------------------|------|--|
| | Ouest | | Centre [†] | | Est | | National | | N ^{bre} d'hôpitaux répondants |
| | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | N ^{bre} de cas | Taux | |
| 2010 | 19 | 0,19 | 42 | 0,27 | 2 | 0,01 | 63 | 0,19 | 33 |
| 2011 | 26 | 0,24 | 106 | 0,48 | 0 | 0 | 132 | 0,32 | 37 |
| 2012 | 38 | 0,34 | 69 | 0,26 | 3 | 0,01 | 110 | 0,24 | 38 |
| 2013 | 44 | 0,24 | 116 | 0,37 | 1 | <0,01 | 161 | 0,28 | 45 |
| 2014 | 16 | 0,0 | 131 | 0,42 | 0 | 0 | 147 | 0,22 | 58 |

*Comprend à la fois les infections et les colonisations liées aux ERC. Ces taux représentent le nombre de microorganismes identifiés; il peut dépasser le nombre de patients, car plusieurs microorganismes peuvent être déclarés pour un même patient.

[†] Le plus grand nombre de cas d'entérobactéries résistantes aux carbapénèmes observés dans la région du Centre sont en grande partie attribuables à un hôpital.

Remarque : La collecte des données a commencé en 2010.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

4.3 *Acinetobacter* résistant aux carbapénèmes (ARC)

Tableau 4.3.1 : Nombre de cas d'ARC* et taux d'incidence pour 1 000 hospitalisations

| Taux pour 1 000 hospitalisations | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------|--|
| <i>National</i> | | | <i>N^{bre} d'hôpitaux répondants</i> |
| | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | |
| 2010 | 9 | 0,02 | 33 |
| 2011 | 2 | <0,01 | 37 |
| 2012 | 9 | 0,02 | 38 |
| 2013 | 42 | 0,05 | 45 |
| 2014 | 7 | 0,01 | 58 |

**Comprend à la fois les infections et les colonisations liées au genre Acinetobacter résistant aux carbapénèmes. Ces taux représentent le nombre de microorganismes identifiés; il peut dépasser le nombre de patients, car plusieurs microorganismes peuvent être déclarés pour un même patient.*

Remarque : En raison du petit nombre de cas déclarés, les taux régionaux d'ARC ne sont pas présentés. Le plus grand nombre de cas d'ARC observés en 2013 est en grande partie attribuable à une éclosion survenue dans un hôpital.

Remarque : La collecte des données a commencé en 2010.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Tableau 4.3.2 : Nombre de cas d'ARC* et taux d'incidence pour 10 000 jours-patients

| Taux pour 10 000 jours-patients | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------|--|
| <i>National</i> | | | <i>N^{bre} d'hôpitaux répondants</i> |
| | <i>N^{bre} de cas</i> | <i>Taux</i> | |
| 2010 | 9 | 0,03 | 33 |
| 2011 | 2 | <0,01 | 37 |
| 2012 | 9 | 0,02 | 38 |
| 2013 | 42 | 0,07 | 45 |
| 2014 | 7 | 0,01 | 58 |

**Comprend à la fois les infections et les colonisations liées au genre Acinetobacter résistant aux carbapénèmes. Ces taux représentent le nombre de microorganismes identifiés; il peut dépasser le nombre de patients, car plusieurs microorganismes peuvent être déclarés pour un même patient.*

Remarque : En raison du petit nombre de cas déclarés, les taux régionaux d'ARC ne sont pas présentés. Le plus grand nombre de cas d'ARC observés en 2013 est en grande partie attribuable à une éclosion survenue dans un hôpital.

Remarque : La collecte des données a commencé en 2010.

Remarque : Les données de 2014 sont préliminaires.

Annexe A : Hôpitaux participant au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, en date de décembre 2014

Hôpitaux participants dans la région de l'Ouest

Vancouver General Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique)
Richmond General Hospital, Richmond (Colombie-Britannique)
Lions Gate Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique)
Powell River General Hospital, Powell River (Colombie-Britannique)
St Mary's Hospital, Sechelt (Colombie-Britannique)
Squamish General Hospital, Squamish (Colombie-Britannique)
Children's and Women's Health Centre, Vancouver (Colombie-Britannique)
Royal Jubilee Hospital, Victoria (Colombie-Britannique)
Nanaimo Regional General Hospital, Nanaimo (Colombie-Britannique)
Victoria General Hospital, Victoria (Colombie-Britannique)
Kelowna General Hospital, Kelowna (Colombie-Britannique)
University of Northern British Columbia, Prince George (Colombie-Britannique)
Peter Lougheed Centre, Calgary (Alberta)
Rockyview General Hospital, Calgary (Alberta)
Foothills Medical Centre, Calgary (Alberta)
South Health Campus, Calgary (Alberta)
Alberta Children's Hospital, Calgary (Alberta)
University of Alberta Hospital, Edmonton (Alberta)
Stollery Children's Hospital, Edmonton (Alberta)
Royal University Hospital, Saskatoon (Saskatchewan)
St. Paul's Hospital, Saskatoon (Saskatchewan)
Health Sciences Centre, Winnipeg (Manitoba)
Université du Manitoba, Division des maladies infectieuses pédiatriques, Winnipeg (Manitoba)

Hôpitaux participants dans la région du Centre

Children's Hospital of Western Ontario, London (Ontario)
Victoria Hospital, London (Ontario)
University Hospital, London (Ontario)
Toronto Western Hospital, Toronto (Ontario)
Toronto General Hospital, Toronto (Ontario)
Princess Margaret Hospital, Toronto (Ontario)
North York General Hospital, Toronto (Ontario)
Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)
Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario)
Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario)
Kingston General Hospital, Kingston (Ontario)
Hamilton Health Sciences, McMaster University Medical Centre, Hamilton (Ontario)
Hamilton Health Sciences, Henderson Research Centre, Hamilton (Ontario)
Hamilton Health Sciences, Hamilton General Hospital, Hamilton (Ontario)
St Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)
L'Hôpital d'Ottawa, Campus Civic, Ottawa (Ontario)
L'Hôpital d'Ottawa, Campus Général, Ottawa (Ontario)
L'Hôpital d'Ottawa, Institut de cardiologie, Ottawa (Ontario)
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario)
Hôpital régional de Sudbury, Sudbury (Ontario)
Hôpital général juif, Montréal (Québec)

Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec)
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal (Québec)
Hôpital général de Montréal, Montréal (Québec)
Hôpital Royal Victoria, Montréal (Québec)
Hôpital neurologique de Montréal, Montréal (Québec)
Institut thoracique de Montréal, Montréal (Québec)
Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ, Québec (Québec)

Hôpitaux participants dans la région de l'Est

L'Hôpital de Moncton, Moncton (Nouveau-Brunswick)
Hôpital Queen Elizabeth, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
QEII Health Sciences Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Centre de soins de santé IWK, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Health Care Corporation of St. John's, General Hospital et Miller Centre, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
Janeway Health Care Corp. of St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
St. Clare's Health Care Corporation of St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
Burin Peninsula Health Centre, Burin (Terre-Neuve-et-Labrador)
Carbonear General Hospital, Carbonear (Terre-Neuve-et-Labrador)
D^r G.B. Cross Memorial Hospital, Clarenville (Terre-Neuve-et-Labrador)
Western Memorial Regional Hospital (Terre-Neuve-et-Labrador)

Nous tenons à souligner la contribution du personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections et du Laboratoire national de microbiologie (à Winnipeg) de l'Agence, ainsi que des médecins, des épidémiologistes, les professionnels en prévention des infections et le personnel des laboratoires de chacun des hôpitaux participants.

Annexe B : Définitions de cas et critères d'inclusion utilisés pour la surveillance de 2014

1. Infection à *Clostridium difficile* associée aux soins de santé

Pour être inclus dans la surveillance, un patient atteint d'une infection à *Clostridium difficile* associée aux soins de santé doit :

- Être âgé d'au moins **UN** an
- Être hospitalisé^a

Critères d'exclusion:

- Cas provenant de l'urgence, de cliniques et patients traités à l'externe
- Les patients qui ont quitté l'hôpital au cours des quatre semaines précédentes et reviennent au service des urgences ou à la clinique externe avec une nouvelle apparition d'infection à *Clostridium difficile*, mais qui ne sont pas réhospitalisés, NE SONT PAS inclus.

Un patient est identifié comme un cas d'infection à *Clostridium difficile* si :

- Il présente une diarrhée* ou de la fièvre, des douleurs abdominales et/ou un iléus, **ET** une confirmation en laboratoire de résultat positif pour *Clostridium difficile* à un essai de détection des toxines ou à une réaction de polymérisation en chaîne.
OU
- Il a un diagnostic de pseudomembranes à la sigmoïdoscopie ou à la colonoscopie ou un diagnostic histologique/pathologique d'infection à *Clostridium difficile*.
OU
- Il a un diagnostic de mégacôlon toxique (**PATIENTS ADULTES SEULEMENT**).

*La diarrhée est définie comme l'un des cas suivants :

- 6 selles aqueuses ou plus sur une période de 36 heures;
- 3 selles non moulées ou plus sur une période de 24 heures pendant au moins un jour, si cela est nouveau ou inhabituel pour le patient (**PATIENTS ADULTES SEULEMENT**).

^a Les patients en soins de longue durée et les patients en attente de placement en salle de soins de courte durée doivent être inclus.

Les patients admis à votre hôpital, mais qui restent au service des urgences après leur hospitalisation sont inclus.

Les patients qui quittent l'hôpital après la date de la culture positive, mais avant que les résultats soient disponibles sont inclus.

NOTE : Si les renseignements sur la fréquence et la constance de la diarrhée NE SONT PAS disponibles, un test positif de détection des toxines dans les selles ou une réaction de polymérisation en chaîne positive sera considéré comme un cas.

Infection à *Clostridium difficile* associée aux soins de santé = Une infection à *Clostridium difficile* est considérée comme « associée aux soins de santé reçus dans votre établissement » si les critères suivants sont remplis :

- Les symptômes d'infection à *Clostridium difficile* du patient apparaissent dans votre hôpital ≥ 72 heures après l'hospitalisation.

OU

- L'infection à *Clostridium difficile* est observée chez un patient qui a été hospitalisé dans votre établissement et qui l'a quitté au cours des **quatre semaines précédentes**.

NOTE : Seuls les patients atteints d'une infection à *Clostridium difficile* associée aux soins de santé contractée dans votre établissement sont inclus dans cette surveillance. N'incluez pas les patients qui sont hospitalisés dans votre établissement, mais qui ont contracté l'infection alors qu'ils se trouvaient dans un autre établissement de soins de courte durée ou de longue durée.

Seuls les épisodes « **primaires** » sont inclus dans la surveillance; ils sont définis comme :

- le premier épisode d'infection à *Clostridium difficile* jamais observé

OU

- un nouvel épisode d'infection à *Clostridium difficile* se produisant > 8 semaines après le premier essai positif de détection des toxines^b.

^b Il s'agit de la valeur limite arbitraire utilisée pour distinguer un cas de rechute d'un nouvel épisode d'ICD, car les patients ne subissent pas de tests répétés jusqu'à un test négatif indiquant la guérison à la suite du traitement.

2. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)

Critères d'inclusion pour la surveillance du SARM

Définition de cas de SARM :

- Isolement de *Staphylococcus aureus*, quel que soit le siège du prélèvement
- ET
- Résistance de l'isolat à l'oxacilline
- ET
- Patient admis à l'hôpital
- ET
- Il s'agit d'un « cas récemment identifié de SARM » dans un établissement affilié au Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CCEH) au moment de l'admission du patient à l'hôpital ou d'un cas identifié pendant l'hospitalisation.

Plus précisément :

- les cas de SARM diagnostiqués pour la première fois pendant cette hospitalisation;
- les cas déjà diagnostiqués dans un établissement non affilié au CCEH (puisque nous nous intéressons aux cas de SARM récemment diagnostiqués dans un établissement affilié au CCEH);
- les cas déjà diagnostiqués dans votre établissement, mais qui constituent de nouveaux cas (c.-à-d. des cas déjà diagnostiqués et récemment infectés par une souche différente).

Critères d'exclusion pour la surveillance du SARM :

- Les cas de SARM déjà diagnostiqués dans d'autres établissements affiliés au CCEH;
- Les cas provenant de l'urgence, de cliniques et patients traités à l'externe.
- Les cas de SARM réhospitalisés (à moins qu'il ne s'agisse d'une nouvelle souche).

Définition des cas associés aux soins de santé :

Lorsque le SARM est détecté chez un patient, le cas est considéré comme cas associé aux soins de santé selon le jugement clinique du professionnel de la santé à partir des critères suivants :

- Exposition à un milieu de soins de santé (y compris les établissements de soins de longue durée ou les cliniques) au cours des 12 derniers mois^c.
- OU
- Patient hospitalisé depuis plus de 48 heures.

^c Il faut tenir compte de la fréquence et de la nature de l'exposition dans un milieu de soins de santé. Par exemple, les patients pédiatriques qui ont visité une clinique au cours des 12 derniers mois peuvent être considérés ou non comme des cas associés aux soins de santé.

Définition des cas associés aux soins de santé chez le nouveau-né :

La présence du SARM chez un nouveau-né peut être considérée comme associée aux soins de santé si :

- le nouveau-né a été hospitalisé pendant plus de 48 heures;
- On n'avait pas décelé d'infection chez la mère au moment de son admission à l'hôpital et il n'y a aucune raison épidémiologique de croire que la mère était colonisée avant son admission, même si le nouveau-né est âgé de moins de 48 heures.

Dans le cas d'un nouveau-né provenant d'un autre établissement, le portage du SARM peut être jugé associé aux soins de santé si la présence du microorganisme était inconnue au moment du transfert et qu'il n'y a aucune raison épidémiologique de croire que l'acquisition a eu lieu avant le transfert.

Définition de cas d'origine communautaire :

- Patient hospitalisé depuis moins de 48 heures
ET
- Aucun antécédent de portage du microorganisme
ET
- Aucune hospitalisation ou aucun séjour dans un établissement de soins de longue durée au cours des 12 derniers mois
ET
- Aucune utilisation signalée de dispositifs médicaux

Infection à SARM :

L'infection à SARM est déterminée au moyen des définitions et des critères de janvier 2014 relatifs aux infections établis par le National Healthcare Safety Network (NHSN) des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, et conformément au meilleur jugement du professionnel en prévention des infections.

www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf

3. Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

Définition d'un cas d'infection à ERV :

- Isolement de la bactérie *Enterococcus faecalis* ou *faecium*
ET
- Concentration minimale inhibitrice de vancomycine $\geq 8 \mu\text{g/ml}$
ET
- Patient admis à l'hôpital
ET
- Cas « récemment » identifié d'infection à ERV dans un établissement affilié au CCEH au moment de l'admission du patient à l'hôpital ou cas identifié pendant l'hospitalisation

L'infection à ERV est déterminée au moyen des définitions et des critères de janvier 2014 relatifs aux infections établis par le National Healthcare Safety Network (NHSN) des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, et conformément au meilleur jugement du professionnel en prévention des infections. Ces critères doivent être remplis au moment de la culture qui a produit l'ERV, ou dans les 72 heures suivant la culture.

www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf

Critères d'exclusion :

- Cas déjà identifiés dans d'autres établissements affiliés au CCEH (afin d'éviter qu'ils soient signalés en double au PCSIN)
- Cas identifiés au service des urgences, en clinique ou dans d'autres services externes
- Cas d'ERV réhospitalisés (**À MOINS** qu'il ne s'agisse d'une nouvelle souche)

4. Organismes producteurs de carbapénémases (OPC), entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (ERC) et genre *Acinetobacter* résistant aux carbapénèmes (ARC)

Tout patient admis dans un établissement participant au PCSIN, au service des urgences d'un hôpital du PCSIN ou dans une unité de soins ambulatoires en milieu hospitalier pour lequel il y a eu confirmation par le laboratoire de l'hôpital (et une confirmation subséquente par le Laboratoire national de microbiologie) de la résistance aux carbapénèmes ou de la sensibilité réduite aux carbapénèmes des entérobactéries et de l'espèce *Acinetobacter spp.*, de tout siège du prélèvement qui remplit les critères du Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) suivants.^d

| Au moins UN des suivants : | <i>Enterobacteriaceae</i> : | |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | CMI ($\mu\text{g/ml}$) | Méthode des disques* (mm) |
| Imipénème | ≥ 2 | ≤ 22 |
| Méropénème | ≥ 2 | ≤ 22 |
| Doripénème | ≥ 2 | ≤ 22 |
| Ertapénème | ≥ 1 | ≤ 21 |

*En utilisant un disque de 10 μg de l'antimicrobien approprié.

| Au moins UN des suivants : | <i>Acinetobacter</i> :* | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | CMI ($\mu\text{g/ml}$) | Méthode des disques (mm) |
| Imipénème | ≥ 8 | ≤ 15 |
| Méropénème | ≥ 8 | ≤ 15 |

* La sensibilité au doripénème n'est plus évaluée pour le pathogène *Acinetobacter spp.*

Les carbapénèmes sont une catégorie d'antibiotiques à spectre large recommandés pour le traitement de première intention des infections graves causées par certains organismes Gram négatif ainsi que pour le traitement dirigé des organismes résistants aux antibiotiques à spectre étroit.

La résistance aux carbapénèmes peut être attribuable à des changements de la perméabilité de l'organisme à l'antibiotique, à la régulation positive des systèmes de sortie qui « pompent » l'antibiotique hors de la cellule et, plus récemment, à l'hyperproduction d'enzymes qui désintègrent les carbapénèmes. Les organismes résistants aux carbapénèmes de ce dernier sous-ensemble sont appelés organismes producteurs de carbapénémases et sont particulièrement préoccupants puisque la résistance peut être facilement transférée à différentes espèces de bactéries. Ils sont rapidement devenus un problème de santé publique, non seulement en raison de la capacité à causer des infections associées aux soins de santé, mais aussi en raison de la capacité potentielle de colonisation des patients hospitalisés et des patients externes, créant ainsi un réservoir de résistance bactérienne.

Les organismes producteurs de carbapénémases représentent un sous-groupe de bacilles Gram négatif résistants aux carbapénèmes comprenant les entérobactéries et le genre *Acinetobacter* résistant aux carbapénèmes représente un sous-groupe de bacilles Gram négatif résistants aux carbapénèmes comprenant les *Acinetobacter* définies comme étant résistantes à un carbapénème selon les lignes directrices du CLSI. Le mécanisme en cause peut être l'acquisition d'un gène de carbapénémase, notamment NDM-1, OXA-48, KPC, VIM, IMP, ou d'autres mécanismes

^dClinical and Laboratory Standards Institute. 2014. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; 24th informational supplement, M100- S24 (Jan., 2014). Clinical and Laboratory Standards, Wayne, PA.

cellulaires, notamment la modification de la perméabilité (surexpression de l'efflux, mutations de la porine) ou la régulation positive de la *B*-lactamases chromosomale (p. ex. *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Morganella*, *Proteus*, *Providencia*).