



Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

Surveillance des bactériémies dues aux *entérocoques* résistants à la vancomycine (ERV) dans les hôpitaux participant au PCSIN

Coordonnées

Veuillez adresser toutes vos questions à:

Agence de la santé publique du Canada

Surveillance du PCSIN

Courriel: cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca

Laboratoire national de microbiologie (LNM)

Courriel: nml.arni-rain.lnm@phac-aspc.gc.ca

Group de travail:

John Conly, Jennifer Ellison, John M. Embil, George Golding‡, Susy S. Hota, Jennie Johnstone (Représentante primaire du groupe), Kevin Katz, Melissa McCracken‡ (Responsable du laboratoire), Annie-Kim Nguyen* (Responsable de l'épidémiologie), Kelly Choi*, Jennifer Parsonage, Stephanie W. Smith, Kathy N. Suh, Jen Tomlinson

‡ Laboratoire national de microbiologie (LNM)

* Agence de la santé publique (ASPC)

Nous souhaitons exprimer notre sincère reconnaissance à Jessica Bartoszko et Robyn Mitchell, membres de notre équipe, dont les contributions significatives ont été déterminantes pour l'élaboration de ce protocole.

Table des matières

CONTEXTE	3
OBJECTIFS	3
MÉTHODES	3
ADMISSIBILITÉ DES SITES	3
POPULATION DE PATIENTS	3
<i>Critères d'inclusion des patients:</i>	3
<i>Critères d'exclusion des patients:</i>	4
NUMÉRATEURS	4
<i>Identification de cas</i>	4
<i>Classification d'exposition</i>	4
DÉNOMINATEUR	5
GESTION DES DONNÉES AT RAPPORTS	5
<i>Rapports de cas</i>	5
<i>Rapport par laboratoire</i>	5
<i>Algorithme de surveillance</i>	6
<i>Échéancier de soumission</i>	6
<i>Rapport à zéro</i>	7
ANALYSE DES DONNÉES	8
ÉTHIQUES	8
PROTECTION DES DONNÉES	8
ANNEXE 1 – ALGORITHME DE SURVEILLANCE ERV	9
ANNEXE 2 – FORMULAIRE D'EXPÉDITION DU LABORATOIRE	10
ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT	11
ANNEXE 4 - LEXIQUE RELATIF AU FORMULAIRE DES RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	15
RÉFÉRENCES	19
HISTORIQUES DES RÉVISIONS	20

CONTEXTE

Les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) causent une morbidité et une mortalité importantes chez les patients hospitalisés dont l'état immunitaire est compromis et qui ont besoin de soins intensifs, avec peu d'interventions antimicrobiennes efficaces disponibles¹. Au Canada, l'incidence des bactériémies dues aux ERV a augmenté de façon constante au cours des dernières années. La divergence des pratiques de prévention et de contrôle des infections - y compris l'arrêt du dépistage et l'isolement des patients hospitalisés dans certains hôpitaux - a été postulée comme le principal moteur de ces changements². De plus, une nouvelle souche d'*Enterococcus faecium* résistante à la vancomycine, qui était auparavant « non typable » par typage de séquences multilocus (MLST) en raison de la perte du gène *pstS*, a été décrite pour la première fois en Australie et a été identifiée dans les hôpitaux du PCSIN en 2013. Au Canada, cette nouvelle souche a reçu la séquence de type ST1478. Une augmentation du nombre de ST1478 (de < 5 % des isolats en 2013 à 38,7 % en 2018) coïncide avec une augmentation des taux de bactériémies à ERV. Cette souche est également associée à une non-sensibilité à la daptomycine et à une résistance élevée à la gentamicine.

OBJECTIFS

1. Déterminer l'incidence des bactériémies à ERV dans les hôpitaux du PCSIN.
2. Proposer un point de repère pour les taux des bactériémies à ERV au Canada.
3. Décrire l'épidémiologie des bactériémies à ERV.
4. Caractériser le profil de sensibilité et le sous-type moléculaire des isolats des bactériémies associées aux ERV.

MÉTHODES

Admissibilité des sites

Tous les hôpitaux du PCSIN sont admissible à participer.

Population de patients

Critères d'inclusion des patients:

Critère 1: Isolement de la bactérie *Enterococcus faecalis* ou *faecium* dans le sang

ET

Critère 2: Concentration minimale inhibitrice (CMI) de vancomycine $\geq 8 \mu\text{g/ml}$

ET

Critère 3: Le patient doit avoir été admis à l'hôpital.

ET

Critère 4: Il s'agit d'un cas « récemment » identifié d'une bactériémie à ERV dans un hôpital du PCSIN au moment de l'hospitalisation ou d'un cas identifié pendant l'hospitalisation.

- On définit une **nouvelle bactériémie à ERV** comme un isolat d'hémoculture positif aux ERV > 14 jours après la fin du traitement pour une infection précédente, considérée comme n'ayant pas de lien avec cette dernière selon le jugement clinique des médecins et des praticiens responsables de la prévention des infections.

Critères d'exclusion des patients:

Cas concernant des patients examinés dans le service d'urgence, dans le cadre d'une consultation clinique ou d'autres patients externes, qui **n'ont pas été admis** à l'hôpital.

Numérateurs**Identification de cas**

Pour chaque cas d'une **bactériémie à ERV** qui correspond aux critères ci-dessus, un questionnaire du patient (voir [ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT](#)) doit être rempli en examinant le dossier médical du patient. Il doit ensuite être signalé à l'Agence de la santé publique.



IMPORTANT: Dans le cas de patients ayant contracté plus qu'une bactériémie à ERV au cours de la même année civile, il convient d'identifier les **NOUVELLES** infections en les saisissant comme des nouveaux cas, et d'établir un lien vers le dossier de la première bactériémie à ERV du patient en saisissant le code d'identification unique d'origine du patient à la fin du questionnaire du patient. Cela permettra d'identifier les patients en double.

Classification d'exposition

Une fois l'existence d'une bactériémie à ERV confirmée pour le patient, le cas sera classé parmi ceux associés aux soins de santé et contractés dans votre établissement de soins de courte durée, ceux associés aux soins de santé et à toute exposition à des soins de santé ou à des cas d'origine communautaire, en fonction des critères suivants et selon le meilleur jugement du professionnel en prévention et contrôle des infections (PCI).

Cas nosocomiale acquise dans votre établissement de soins de courte durée:

- Le patient est au jour 3 ou au-delà de son hospitalisation¹
- OU**
- A été hospitalisé dans votre établissement au cours des 7 derniers jours, ou bien jusqu'à 90 jours², selon l'origine de l'infection
- OU**
- A reçu des soins de santé dans votre établissement qui auraient entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique)

Cas nosocomiale, toute autre exposition à des soins de santé:

Tout patient qui a une bactériémie non contractée dans votre établissement que l'on pense être associée à une exposition à un milieu de soins de santé (p. ex., autre établissement de soins de santé de courte durée, soins de longue durée, soins continus complexes (c'est-à-dire de soins chroniques, établissement de réadaptation, visite au service des urgences ou exposition à un dispositif médical).

¹ Le jour d'entrée à l'hôpital est la 1^{ère} journée d'hospitalisation

²Par exemple, une bactériémie à ERV issue d'une plaie chirurgicale déclarée 3 semaines après une procédure chirurgicale effectuée dans votre établissement doit être considérée comme associée aux soins de santé et contractée dans votre établissement de soins de courte durée (jusqu'à 90 jours après l'intervention dans le cas d'implant). Une bactériémie à ERV consécutive à une infection urinaire déclarée >7 jours après la sortie du patient de votre établissement ne doivent pas être considérée comme étant associée aux soins de santé et contractée dans votre établissement de soins de courte durée.

Cas d'acquisition communautaire:

Aucun soin de santé reçu qui aurait entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique³) et ne correspond pas aux critères d'une bactériémie associée à des soins de santé.

Dénominateur

Des données servant de dénominateurs seront recueillies sur le formulaire trimestriel d'information sur les dénominateurs.

Les données recueillies comprendront:

- 1) Le nombre total annuel d'hospitalisations
- 2) Le nombre total annuel de jours d'hospitalisation

Gestion des données et rapports

Rapports de cas

Toutes les données relatives au dénominateur et au questionnaire du patient (voir [ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT](#)) doivent être soumis par l'entremise du réseau canadien d'information sur la santé publiques (RCRSP) à www.cnphi-rcrsp.ca.

Rapport par laboratoire

Isolats d'hémocultures: Un isolat d'hémoculture est exigé pour chaque cas admissible d'une bactériémie à ERV. Il doit être soumis au LNM. Pour les patients ayant contracté plus d'une bactériémie à ERV au cours de la même année civile, veuillez indiquer le code d'identification unique précédent du patient sur le formulaire d'expédition (voir [ANNEXE 2 – FORMULAIRE D'EXPÉDITION DU LABORATOIRE](#)).

Formulaire d'expédition obligatoire: Chaque envoi d'isolats d'hémocultures d'ERV admissible doit être accompagné d'un formulaire d'expédition normalisé. Veuillez remplir le modèle fourni à l'annexe 4 et vous assurer qu'il est inclus dans l'envoi. Veuillez noter que [ANNEXE 2 – FORMULAIRE D'EXPÉDITION DU LABORATOIRE](#) doit être jointe à l'envoi **ET** envoyée par courriel au LNM à nml.arni-rain.lnm@phac-aspc.gc.ca

Instructions pour la soumission des échantillons de laboratoire:

- Les bactéries *E. faecium* et *E. faecalis* résistantes à la vancomycine isolées à partir d'une bactériémie seront identifiées au moyen des méthodes privilégiées par le laboratoire expéditeur (p. ex. croissance sur une plaque perforée d'ERV et identification par des méthodes phénotypiques).
- L'isolat en culture pure et identifié correctement avec un numéro d'identification du CCEH (à l'encre indélébile ou au marqueur) doit être conservé selon une méthode appropriée (c.-à-d. écuvillonnage à 4 °C, cryoperles ou stock glycérol à -20 °C). Les isolats peuvent être stockés pour être expédiés en lot au LNM.

³ Il faut tenir compte de la fréquence et de la nature de l'exposition à un dispositif médical, une procédure et/ou une installation. Par exemple, les patients pédiatriques qui consultent pour une otite moyenne, de l'asthme, un bébé en bonne santé, etc., peuvent ou non être considérés comme des cas nosocomiales, tandis que les patients pédiatriques qui consultent pour des procédures invasives ou une chirurgie d'un jour sont plus susceptibles d'être considérés comme des cas nosocomiales. Les patients adultes sous dialyse, sous chimiothérapie, en consultation externe pour des procédures invasives, dans un hôpital de soins continus complexes ou subissant une chirurgie d'un jour sont également plus susceptibles d'être considérés comme des cas nosocomiales.

- Si votre hôpital expédie des isolats de SARM et d'ERV dans le même lot, veuillez indiquer sur les écouvillons/tubes quels isolats sont des SARM et quels isolats sont des ERV.
- Le numéro de patient unique doit utiliser la syntaxe suivante:

Code (alphanumérique) de l'établissement, p. ex. 99Z, année (2 chiffres), p. ex. 22, et numéro de la souche (3 chiffres), p. ex. un n° CCEH pourrait être 99Z-22-001.



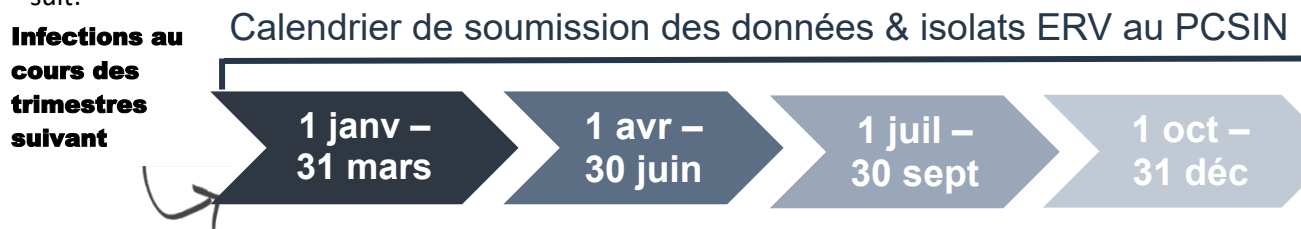
Remarque: Le numéro de patient unique pour l'isolat doit être identique au numéro de la souche (3 chiffres).

Algorithme de surveillance

Une algorithmme ([ANNEXE 1 – ALGORITHME DE SURVEILLANCE ERV](#)) a été fourni pour faciliter la surveillance.

Échéancier de soumission

Veuillez soumettre les données et isolats pour les cas d'une bactériémie à ERV selon l'échéancier qui suit:



Numérateur (cas)	Soumettre au plus tard le 30 septembre	Soumettre au plus tard le 31 décembre	Soumettre au plus tard le 31 mars de l'année suivante	Soumettre au plus tard le 30 juin de l'année suivante
Dénominateurs /Rapport à zéro	Soumettre au plus tard le 31 mars de l'année suivante			

Rapport à zéro

Pour tout trimestre où il n'y a pas de cas dans votre site, un rapport de zéro doit être créé dans le module ERV du RCRSP afin de pouvoir différencier les trimestres avec des comptes de zéro des données manquantes. Si aucun cas n'est soumis et qu'il vous manque un rapport zéro pour une année de surveillance, les données de votre hôpital ne seront pas incluses dans l'analyse visuelle.

Nouveau rapport à zéro

Un report à zero est requis par année

Sections obligatoires sont signalées par un astérisque ()*

Numéro du site*

Année*

2019

Trimestre*

Q1 Q2 Q3 Q4

Analyse des données

Les taux nationaux et régionaux d'une bactériémie (pour 1 000 hospitalisations et pour 10 000 jours d'hospitalisation) seront calculés chaque année par le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada. Les taux seront présentés dans les rapports de surveillance, les présentations et les publications de l'Agence et publiés sur le site de l'Agence ou de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI).

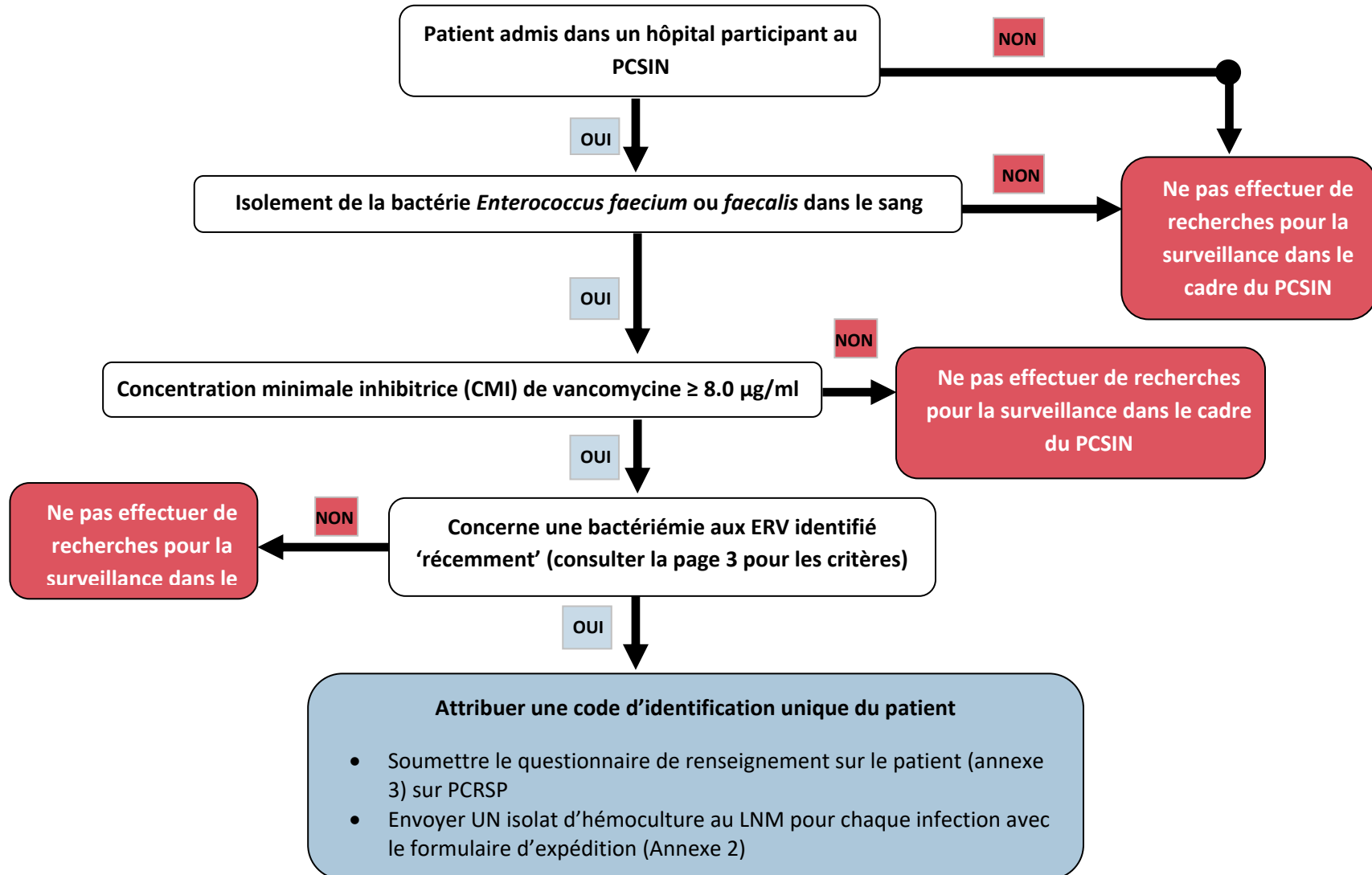
ÉTHIQUES

Bien que le présent projet de surveillance soit fondé sur l'observation et qu'il n'ait aucune influence sur les soins administrés aux patients, une approbation éthique peut être nécessaire pour certains établissements hospitaliers. Comme la surveillance des infections nosocomiales est une composante de base de l'assurance de la qualité et des soins aux patients dans les établissements de soins de santé au Canada, le consentement éclairé n'est pas nécessaire. Le code d'identification unique attribué à chaque patient ne servira qu'à identifier les patients dans l'établissement affilié au CCEH: il n'est pas transmis à l'Agence. Toutes les données transmises à l'Agence sont considérées comme strictement confidentielles.

PROTECTION DES DONNÉES

Il existe actuellement une demande de divulgation publique des infections nosocomiales. Toutes les données publiées par le PCSIN seront présentées sous forme de résumé et n'identifieront pas les hôpitaux individuels. Les administrateurs des hôpitaux doivent être informés que les données globales seront communiquées à l'échelle nationale.

Annexe 1 – Algorithme de surveillance ERV



Annexe 2 – Formulaire d’expédition du laboratoire

Joignez le formulaire suivant à l’envoi **ET** envoyez-le par courriel à l’adresse du LNM fournie.

Si votre hôpital expédie des isolats de SARM et d'ERV dans le même lot, veuillez indiquer sur les écouvillons/tubes quels isolats sont des SARM et quels isolats sont des ERV.

Envoyez les isolats à:
Dr. George Golding
Laboratoire national de microbiologie
1015 Arlington St., Winnipeg, Manitoba R3E 3R2
Tél: 204 784 8096
Fax: 204 789 5020

Utilisez le numéro de facturation FedEx: 6327-8173-3

De plus, envoyez le formulaire d’expédition par courriel à
nml.arni-rain.lnm@phac-aspc.gc.ca

***Veuillez cliquer sur l’icône ci-dessous pour accéder au formulaire
d’expédition en Excel (feuille ‘français’):***



Appendix 4_VRE
Standardized Shippi

Annexe 3 – Questionnaire de renseignement sur le patient



Ce formulaire ne doit être rempli que pour les bactériémies

1.	Ce patient remplit-il les critères d'une bactériémie à ERV? <input type="checkbox"/> Oui – Si oui, veuillez finir de remplir le questionnaire. <input type="checkbox"/> No – Dans ce cas, NE PAS remplir ce questionnaire.	
2.	N° de l'établissement affilié au CCEH: _____	
3.	Code d'identification unique du patient: _____ YY _____ (ex. 99Z22001) <small>(no° d'établissement affilié au CCEH) (année) (no° de cas)</small>	
4.	Âge: _____ <input type="checkbox"/> Années <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Jours	
5.	Code postale (<i>trop premier chiffres</i>): _____	
6.	Sexe: <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
7.	Date d'hospitalisation: ____ / ____ / ____ <small>JJ MMM AAA</small>	
8.	Date de la culture positive: ____ / ____ / ____ <small>JJ MMM AAA</small>	
9.	Quelle était l'origine probable de la bactériémie? <i>Sélectionnez une seule réponse :</i>	
	<u>Bactériémie primaire</u> <input type="checkbox"/> liée à un cathéter IV <input type="checkbox"/> Cathéter central inséré par voie périphérique <input type="checkbox"/> Cathéter veineux central <input type="checkbox"/> Autre cathéter, <i>préciser:</i> _____ <input type="checkbox"/> Bactériémie primaire (source inconnue/impossible à établir)	<u>Bactériémie secondaire</u> <input type="checkbox"/> peau ou tissu mou/brûlure <input type="checkbox"/> infection d'une plaie chirurgicale <input type="checkbox"/> endocardite <input type="checkbox"/> infection urinaire/septicémie d'origine urinaire <input type="checkbox"/> gastro-intestinal (ex. abcès intra-abdominal, liquide péritonéal, cholangite ascendante, etc.) <input type="checkbox"/> lésion de la barrière muqueuse <input type="checkbox"/> Autre site, <i>préciser:</i> _____

	<input type="checkbox"/> Le décès n'est pas lié à l'IS ERV <input type="checkbox"/> Le lien de causalité entre l'Is ERV et le décès ne peut être déterminé. <input type="checkbox"/> Inconnu
19.	<p>S'agit-il d'une NOUVELLE infection chez un patient identifié plus tôt au cours de l'année de surveillance comme étant atteint d'une bactériémie à ERV?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez saisir son code d'identification unique précédent: <p style="text-align: center;"> _____ YY _____ (ex. 99Z20001) <i>(no° d'établissement affilié au CCEH) (année) (no° de cas)</i> </p>

Annexe 4 - Lexique relatif au formulaire des renseignements sur le patient

Définitions et notes pour aider à compléter le questionnaire de renseignements sur le patient (voir **ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT**)

1. Ce patient remplit-il les critères d'une BACTÉRIÉMIE à ERV?

Consultez les critères d'inclusion/d'exclusion à la page 2.

Si le patient remplit les critères pour une bactériémie à ERV, veuillez continuer à remplir le questionnaire. Si le cas ne remplit **PAS** les critères pour une bactériémie à ERV, veuillez ne PAS remplir ce questionnaire.

2. Numéro de l'établissement affilié au CCEH

Il s'agit du code alphanumérique à **trois caractères** attribué à votre établissement. Il commence toujours par les deux (2) chiffres désignant le membre qui vous représente au CCEH (p. ex. 07, 15), suivis de la lettre attribuée par le membre du CCEH pour l'établissement en question (p. ex. A, B, C, etc.). Le numéro de chaque établissement affilié au CCEH doit demeurer le même pour l'ensemble des projets de surveillance du CCEH/PCSIN et doit toujours être constitué des trois (3) caractères uniques à chaque établissement (p. ex. 07A, 15A).

3. Code identification unique du patient

Ce numéro à dix caractères comprend les trois caractères du numéro de l'établissement affilié au CCEH (p. ex. 09A), l'année de surveillance au cours de laquelle le cas d'infection s'est produit (p. ex. 22) et un numéro consécutif commençant par 001 et augmentant avec chaque cas supplémentaire. Par exemple, le premier cas dans un établissement recevrait le code 09A-22-001. Le trente-cinquième cas serait numéroté 09A-22-035, et ainsi de suite.

Remarque: Identifiez toujours l'isolat de laboratoire en indiquant ce même numéro d'identification unique du patient

En ce qui concerne les patients ayant contracté plus d'une bactériémie à ERV au cours de la même année civile, il convient d'identifier les **NOUVELLES** infections en les saisissant comme des nouveaux cas, et d'établir un lien vers le dossier de la première **bactériémie** à ERV du patient en saisissant le numéro du cas à la fin du questionnaire.

4. Âge

Saisir l'âge du patient (en année, mois, ou jours) selon la date de la culture positive de ce patient.

5. Code postale

Veuillez indiquer les trois premiers chiffres du code postal résidentiel du patient.

6. Sexe

Cochez homme ou femme, selon le cas.

7. Date d'hospitalisation

Indiquez la date à laquelle le patient a été admis à l'hôpital.

8. Date de la culture positive de ce patient

Pour l'hospitalisation en cours, indiquez la date à laquelle l'isolat d'hémoculture positif aux tests de détection de l'ERV a été obtenu

9. Origine de la bactériémie

Veuillez indiquer l'origine de l'infection pour laquelle l'hémoculture a été prélevée.

La définition de la **lésion de la barrière muqueuse** du National Healthcare Safety Network (NHSN):

Patient ayant au moins une hémoculture d'un organisme intestinal admissible ou au moins deux hémocultures de streptocoques du groupe des viridans, mais aucun autre organisme isolé, qui répond aux critères du Réseau national de la sécurité des soins de santé en matière de lésion de la barrière muqueuse: plus précisément, un receveur de greffe de cellules souches hématopoïétiques allogéniques qui répond aux critères du Réseau national de la sécurité des soins de santé ; ou un patient neutropénique qui répond aux critères du Réseau national de la sécurité des soins de santé.

Veuillez consulter le document du Réseau national de la sécurité des soins de santé https://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/4PSC_CLABScurrent.pdf pour les définitions complètes (CDC, janvier 2020).

Référez au document du National Healthcare Safety Network pour des définitions complètes: https://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/4PSC_CLABScurrent.pdf (CDC, January 2022).

10. Lieu où a été contractée l'infection

Veuillez indiquer si la bactériémie a été contractée dans un milieu de soins de santé ou dans la communauté d'après les définitions suivantes. S'il est impossible de déterminer ce lieu, veuillez indiquer « inconnu ».

Cas nosocomiale acquise dans votre établissement de soins de courte durée:

- Le patient est au jour 3 ou au-delà de son hospitalisation⁵

OU

⁵ Le jour d'entrée à l'hôpital est la 1^{ère} journée d'hospitalisation

- A été hospitalisé dans votre établissement au cours des 7 derniers jours, ou bien jusqu'à 90 jours⁶, selon l'origine de l'infection

OU

- A reçu des soins de santé dans votre établissement qui auraient entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique)

Cas nosocomiale, toute autre exposition à des soins de santé:

Tout patient qui a une bactériémie non contractée dans votre établissement que l'on pense être associée à une exposition à un milieu de soins de santé (p. ex., autre établissement de soins de santé de courte durée, soins de longue durée, établissement de réadaptation, clinique, visite au service des urgences ou exposition à un dispositif médical).

Cas d'acquisition communautaire:

Aucun soin de santé reçu qui aurait entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique⁷) et ne correspond pas aux critères d'une bactériémie associée à des soins de santé.

11. Sous traitement au moment du résultat positif à l'hémoculture

Veillez indiquer si le patient recevait l'un des traitements suivants au moment où il a obtenu un résultat positif à l'hémoculture: chimiothérapie, radiothérapie, hémodialyse, dialyse péritonéale.

12. Patient ayant un cathéter veineux central (CVC) au moment du résultat positif à l'hémoculture

Veillez indiquer si le patient avait un CVC au moment où il a obtenu un résultat positif à l'hémoculture. Les cathéters veineux centraux (CVC) comprennent les CVC (standard) non tunnélisés, enduits ou non, les cathéters insérés par voie périphérique (CIP), les dispositifs tunnélisés (p. ex. Broviac, Hickman), les cathéters tunnélisés pour hémodialyse, les cathéters intracardiaques tels que les cathéters intra-artériels et ventriculaires, les cathéters double fonction tels que les cathéters veineux périphériques/avec capteur de température (p. ex. les cathéters Cool,

⁶Par exemple, une bactériémie à ERV issue d'une plaie chirurgicale déclarée 3 semaines après une procédure chirurgicale effectuée dans votre établissement doit être considérée comme associée aux soins de santé et contractée dans votre établissement de soins de courte durée (jusqu'à 90 jours après l'intervention dans le cas d'implant). Une bactériémie à ERV consécutive à une infection urinaire déclarée >7 jours après la sortie du patient de votre établissement ne doivent pas être considérées comme étant associée aux soins de santé et contractée dans votre établissement de soins de courte durée.

⁷ Il faut tenir compte de la fréquence et de la nature de l'exposition à un dispositif médical ou à une procédure médicale. Par exemple, les patients pédiatriques ayant consulté en clinique pour une otite moyenne, de l'asthme, clinique bébés en santé, etc., peuvent ou non être considérés comme atteints d'une infection nosocomiale, tandis que les patients pédiatriques s'étant rendus en clinique pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection nosocomiale. Les patients adultes recevant une dialyse, une chimiothérapie, les consultations externes pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection nosocomiale, par rapport aux patients adultes ayant des consultations externes occasionnelles ou de clinique de santé communautaire.

Quattro, les dispositifs d'insertion, etc.), les cathéters artériels pulmonaires, artériels ombilicaux, les cathéters veineux et les cathéters implantés (y compris les orifices).

13. Receveur de greffes de moelle osseuse ou de cellules souches

Veillez indiquer si le patient était un receveur de greffes de moelle osseuse ou de cellules souches. Si oui, veuillez préciser la date de la greffe.

14. Receveur de transplantation d'un organe plein

Veillez indiquer si le patient était un receveur de transplantation d'organe plein. Si oui, veuillez préciser la date de la greffe.

15. Traitement pour la bactériémie à ERV

Veillez indiquer tous les traitements que le patient a reçus pour la bactériémie à ERV.

16. Exposition aux agents antimicrobiens au cours des 30 derniers jours

Veillez indiquer les agents antimicrobiens que le patient a reçus 30 jours avant l'hémoculture positive.

17. Admission en unité de soins intensifs dans les 30 jours

Veillez indiquer si le patient a été admis ou transféré en unité de soins intensifs dans les 30 jours suivant la date de l'hémoculture positive.

18. État du patient 30 jours après la date de culture positive

Veillez indiquer le résultat pour le patient 30 jours après la date de la culture positive.

19. S'agit-il d'une NOUVELLE infection chez un patient identifié plus tôt au cours de l'année de surveillance comme étant atteint d'une bactériémie à ERV?

Veillez indiquer s'il s'agit d'une NOUVELLE infection chez un patient identifié plus tôt au cours de l'année de surveillance comme étant atteint d'une bactériémie à ERV. Si oui, veuillez indiquer le code d'identification du patient correspondant au cas original/précédent.

Références

1. Johnstone J, Chen C, Rosella L et al. Patient and hospital level predictors of vancomycin-resistant *Enterococcus* (VRE) bacteremia in Ontario, Canada. *Am J Infect Control* 2018; **46**(11):1266-1271.
2. Johnstone J, Policarpio ME, Lam F et al. Rates of blood cultures positive for vancomycin-resistant *Enterococcus* in Ontario: a quasi-experimental study. *CMAJ Open* 2017; **5**(2): E273-E280.
3. Carter GP, Buultjens AH, Ballard SA et al. Emergence of endemic MLST non-typeable vancomycin-resistant *Enterococcus faecium*. *J Antimicrob Chemother* 2016; **71**: 3367–71.
4. Van Hal SJ, Beukers AG, Timms VJ et al. Relentless spread and adaptation of non-typeable vanA vancomycin resistant *Enterococcus faecium*: a genome-wide investigation. *J Antimicrob Chemother* 2018; **73**: 1487–1491

Historiques des révisions

Date	Révisions
1er mai 2014	Ajout de la question 9 au questionnaire portant sur le résultat après 30 jours des patients atteints d'une bactériémie à ERV.
30 octobre 2014	Début des modifications pour homogénéiser le format du protocole du PCSIN.
3 novembre 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. « Définition de cas » remplacé par « Critères d'inclusion ». 2. « Données servant de numérateurs » placé dans la section « Critères d'inclusion ».
5 novembre 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. « Introduction » ajoutée (tirée de la section « Contexte » du rapport sur les ERV). 2. « Analyse de données » et « Éthique » tirés du protocole ICD
12 novembre 2014	Modification du « Code d'identification unique » figurant dans les dictionnaires de données.
27 novembre 2014	Mise à jour du protocole pour l'adapter à l'année de surveillance 2015.
29 décembre 2014	Ajout des questions 9 à 18 pour recueillir des données supplémentaires sur les bactériémies uniquement.
30 octobre 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucune collecte de données sur la colonisation par ERV pour 2016. 2. Ajout d'une catégorie de réponse (autre site stérile) à la question du siège de la culture positive 3. Ajout d'une question sur les isolats sanguins: « Le patient avait-il un cathéter veineux central au moment du résultat positif à l'hémoculture? ». 4. La question 14 a été modifiée. La durée de 3 mois précédant l'hémoculture positive est passée à 30 jours.
29 décembre 2016	Ajout d'agents antimicrobiens à la question 15. Ajout des termes « plaie chirurgicale » et « urine » dans le lexique des données.
10 novembre 2017	<p>Les mises à jour suivantes ont été apportées au protocole pour 2018:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surveillance des infections du sang uniquement. 2. Sources supplémentaires d'infection du sang (question 9). 3. Définitions des cas associés aux soins de santé et des cas d'origine communautaire mises à jour. 4. Mise à jour des critères d'inclusion/d'exclusion – définition des nouveaux cas d'infection du sang à ERV au cours de la même année civile. 5. Ajout de la question 18 au questionnaire du patient - pour les patients présentant plusieurs infections du sang à ERV au cours de la même année civile, indiquez le code d'identification d'origine du patient.

15 octobre 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suppression de toutes les références à une année de surveillance particulière, car le protocole peut ne pas être mis à jour annuellement. 2. Ajout des options de réponse suivantes à la source de l'infection sanguine : lésion de la barrière muqueuse et GI 3. Ajout des 3 premiers chiffres du code postal et suppression de la date de naissance
7 février 2019	Format mis à jour (numérotation)
30 septembre 2019	Dans le dictionnaire de données inclus dans la définition de janvier 2019 du NHSN sur les lésions de la barrière muqueuse
8 janvier 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise à jour de la section sur l'historique 2. Dans le dictionnaire de données, a inclus la définition du NHSN 2020 des lésions de la barrière muqueuse
janvier 2021	Une nouvelle question a été ajoutée (Q. 20): au cours de cette admission ou dans les 14 jours précédant cette admission, ce patient a-t-il été testé positif au COVID-19 pour la première fois ?
janvier 2022	Mise à jour de la liste des membres du groupe de travail et des adresses e-mail pour PCSIN et NML
novembre 2022	Ajout d'une sous-question relative à la mortalité attribuable (Q18). Supprimé la question Q20 à propos de la co-infection au covid-19.
novembre 2023	<p>Mise à jour de la liste des membres du groupe de travail</p> <p>Remplacement de l'infection du sang par la bactériémie dans l'ensemble du document (sur la base des commentaires reçus, cette traduction française a été jugée préférable)</p> <p>Pour clarifier, nous avons ajouté la suivante phrase :</p> <p>« Si votre hôpital expédie des isolats de SARM et d'ERV dans le même lot, veuillez indiquer sur les écouvillons/tubes quels isolats sont des SARM et quels isolats sont des ERV. »</p>
novembre 2024	<p>Mise à jour de la liste des membres du groupe de travail</p> <p>Mise à jour de la question sur l'origine de la bactériémie à "origine probable de la bactériémie" (Q9), séparation des options de réponses en bactériémie primaire et secondaire et ajout d'options de réponses pour préciser si le cathéter IV associé à la bactériémie est périphérique, central ou autre</p>