



SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)

SEPTEMBRE 2009-SEPTEMBRE 2010

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Rapport de surveillance

Surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)

SEPTEMBRE 2009-SEPTEMBRE 2010

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Mars 2011

AUTEUR

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

RÉDACTEURS

Simon Lévesque,
Institut national de santé publique du Québec

Patrice Vigeant,
Centre de santé et des services sociaux du Suroît

Anne-Marie Bourgault,
Institut national de santé publique du Québec

Avec la collaboration de
Isabelle Rocher,
Institut national de santé publique du Québec

Christophe Garenc,
Institut national de santé publique du Québec

Charles Frenette,
Centre universitaire de santé McGill

Lise-Andrée Galarneau,
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Brigitte Lefebvre,
Institut national de santé publique du Québec

Pauline Laplante,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) Notre-Dame

Daniel Bolduc,
Direction de la santé publique et des soins de santé primaire, région Bas-Saint-Laurent

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

SECRÉTARIAT

Sofia El Mouftaquir,
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Remerciements et félicitations au personnel des laboratoires hospitaliers participants, aux équipes de prévention et contrôle des infections, ainsi qu'au personnel du Laboratoire de santé publique du Québec pour la compilation et le suivi des données.

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 – 3^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1920-1494 (VERSION IMPRIMÉE)
ISSN : 1920-1508 (PDF)
ISBN : 978-2-550-62612-1 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-62613-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE	3
2 MÉTHODES	5
2.1 Laboratoires participants	5
2.2 Collecte de données.....	5
3 RÉSULTATS	7
3.1 Sommaire des nouveaux cas d'ERV et mode de détection	7
3.2 Répartition par région sociosanitaire des nouveaux cas d'ERV	8
3.3 Répartition mensuelle des nouveaux cas d'ERV.....	9
3.4 Données sur le nombre de tests de dépistage et le nombre de patients	9
4 ÉCLOSIONS À ERV.....	11
4.1 Système de communication	11
4.2 Déclaration	11
5 SYNTHÈSE ET DISCUSSION.....	13
CONCLUSION	15
RECOMMANDATIONS.....	17
RÉFÉRENCES.....	19
ANNEXE 1 PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES NOUVEAUX CAS D'ERV (FORMULAIRE EXCEL).....	21
ANNEXE 2 RÉPARTITION PAR RSS DES NOUVEAUX CAS D'ERV : SEPTEMBRE 2009-SEPTEMBRE 2010	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre d'ERV isolés par dépistage ou dans un spécimen clinique.....	7
Tableau 2	Distribution des ERV obtenus de spécimens cliniques selon le site d'isolement.....	7
Tableau 3	Répartition par RSS des nouveaux cas d'ERV : septembre 2009-septembre 2010.....	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition des nouveaux cas d'ERV par RSS pour les 4 années de surveillance.....	8
Figure 2	Distribution mensuelle des nouveaux cas d'ERV.....	9
Figure 3	Évolution du nombre d'éclosions déclarées par année.....	11

INTRODUCTION

L'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) a fait son apparition au Québec à la fin des années 90 dans quelques centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). En octobre 1998, un groupe de travail sur l'ERV a émis des lignes directrices sur les mesures de contrôle et de prévention des infections à ERV, lesquelles ont été révisées en 1999 par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)⁴.

Dans le but de limiter la propagation des ERV intra- et inter-installations au Québec, un système de communication et de déclaration des éclosions a été mis en place en 1996. Ce système d'information bien qu'il fournissait un état de situation sur les éclosions dans les installations n'était cependant pas un programme de surveillance. En effet, il ne permettait pas de connaître l'incidence exacte des ERV dans les centres hospitaliers ni d'évaluer l'importance des éclosions puisque le nombre de cas par éclosion n'était pas systématiquement rapporté.

Depuis novembre 2003, les éclosions à ERV font partie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) selon le Règlement d'application de la Loi sur la santé publique du Québec. Les établissements de soins (CHSGS, centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centres de réadaptation) sont tenus de déclarer leurs éclosions aux directions régionales de santé publique, lesquelles font la saisie des informations dans le système MADO. Cependant, si la définition nosologique d'éclosion peut être claire pour une installation qui n'a jamais eu de cas d'ERV nosocomial, elle devient très difficile à appliquer pour celles où l'ERV est endémique. De plus, les critères utilisés pour définir la fin d'une éclosion et les protocoles de dépistage varient d'une installation à l'autre ce qui rend les comparaisons inter-installations difficiles.

La surveillance de l'antibiorésistance constitue une priorité de santé publique dans le cadre du plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015. Dans ce contexte, il est essentiel de disposer d'un réseau de surveillance actif, prospectif et continu du taux d'incidence de l'ERV dans tous les CHSGS du Québec. Le Comité SPIN-ERV (Surveillance provinciale des infections nosocomiales portant sur l'ERV) a recommandé la mise en place d'une surveillance des nouveaux cas d'ERV afin d'établir le taux d'incidence de l'ERV au Québec.

Ce rapport présente les résultats de la quatrième année de surveillance par les laboratoires des nouveaux cas d'ERV pour la période allant du 13 septembre 2009 au 11 septembre 2010. Ce programme de surveillance obligatoire est en place depuis 2007. Ces informations permettent d'estimer l'ampleur de la problématique et de guider le Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) dans la mise à jour des lignes directrices en prévention et contrôle de l'infection (PCI). L'analyse des données et de leurs limites permettra de proposer un programme de surveillance structuré avec des objectifs définis, précis, pertinents, mesurables et comparables.

1 OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE

La surveillance des nouveaux cas d'ERV a pour objectif de :

- suivre l'évolution temporelle et la répartition géographique des nouveaux cas d'ERV;
- déterminer les sites d'isolement des ERV afin d'identifier les foyers à l'origine des infections et des colonisations à ERV;
- calculer une densité de dépistage dans les installations participantes.

2 MÉTHODES

2.1 LABORATOIRES PARTICIPANTS

Cette année, 78 laboratoires hospitaliers de 85 installations avec au moins 1 000 admissions par année et inscrits au programme de surveillance provinciale des diarrhées à *Clostridium difficile* (SPIN-CD) ont participé au programme de surveillance des nouveaux cas d'ERV.

2.2 COLLECTE DE DONNÉES

Pour l'année de surveillance 2009-2010, à partir de janvier 2010, l'unité de collecte de donnée fut changée. Le nouveau dénominateur utilisé pour la compilation et la déclaration des nouveaux cas est la période administrative, alors que les déclarations étaient faites par mois pour les années passées. Ce changement de dénominateur implique que nous n'avons possiblement pas obtenu les données du programme de surveillance pour les journées du 1^{er} et du 2 janvier 2010.

Entre le 13 septembre 2009 et le 11 septembre 2010, les laboratoires participants ont rempli un questionnaire papier acheminé au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) à la fin de chaque période administrative. Les informations suivantes étaient recueillies :

- nombre total de nouveaux cas d'ERV détectés par leur laboratoire au cours de la dernière période (un nouveau cas = une souche d'ERV par patient à l'intérieur d'une période de 1 an);
- origine des souches (échantillon pour dépistage ou spécimen clinique).

À partir de janvier 2010, un questionnaire informatisé (formulaire Excel) a été envoyé à tous les laboratoires participants (annexe 1). Des renseignements supplémentaires y étaient demandés :

- nombre total de tests de dépistage réalisés dans leur institution;
- nombre de patients testés;
- précision sur le type de spécimens cliniques et leur signification (infection ou colonisation).

Les centres hospitaliers devaient exclure les doublons de leur institution. L'information sur l'origine nosocomiale ou communautaire des souches n'a pas été collectée.

3 RÉSULTATS

Pour l'année 2009-2010, 78 laboratoires ont participé au programme de surveillance de l'ERV par rapport à 79 l'année précédente. Ceci s'explique par le fait qu'un laboratoire a cessé ses activités. Le taux de participation a donc été de 100 %.

3.1 SOMMAIRE DES NOUVEAUX CAS D'ERV ET MODE DE DÉTECTION

Un total de 1 897 nouveaux cas a été déclaré. Presque tous les cas (1 857; 97,9 %) ont été détectés par les épreuves de dépistage effectuées sur les échantillons de selles ou les écouvillons périmrectaux. Seulement 40 (2,1 %) nouveaux cas ont été identifiés par les cultures de spécimens cliniques. Le tableau 1 présente le nombre de nouveaux cas d'ERV détectés au cours des 4 dernières années selon le type d'analyse microbiologique. Les cultures des spécimens cliniques ont permis d'identifier 3,0 %, 2,6 %, 2,5 % et 2,1 % des nouveaux cas annuels entre 2006-2007 et 2009-2010, respectivement.

Tableau 1 Nombre d'ERV isolés par dépistage ou dans un spécimen clinique

Année de surveillance	Dépistage	Spécimen clinique (%)	Total ERV
2006-2007	809	25 (3,0 %)	834
2007-2008	562	15 (2,7 %)	577
2008-2009	1 125	29 (2,6 %)	1 154
2009-2010	1 857	40 (2,1 %)	1 897

Le tableau 2 liste la nature des spécimens cliniques dans lesquels l'ERV a été isolé. Selon les informations fournies par les équipes de prévention des infections, 37 patients présentaient une infection. Ainsi, 98 % des nouveaux cas d'ERV représentaient des colonisations et 2 % des infections.

Tableau 2 Distribution des ERV obtenus de spécimens cliniques selon le site d'isolement

Site d'isolement	Infection	Colonisation
Ascite	1	—
Liquide articulaire	2	—
Liquide céphalorachidien (LCR)	1	—
Liquide pleural	2	—
Pus	3	1
Sang	3	—
Spécimen respiratoire	1	—
Urine	15	1
Autre	9	1
Total	37	3

3.2 RÉPARTITION PAR RÉGION SOCIO SANITAIRE DES NOUVEAUX CAS D'ERV

La figure 1 montre la répartition annuelle des nouveaux cas d'ERV par région socio-sanitaire pour les années 2006-2010. Les données sont présentées à l'annexe 2.

L'augmentation de 64,4 % des cas en 2009-2010 par rapport à l'année précédente est très importante, mais la structure du programme de surveillance ne permet pas d'identifier les causes. La majorité des cas se retrouvent dans la région de Montréal (78,8 % des cas). Une augmentation a aussi été observée dans les régions socio-sanitaires 03 (Capitale-Nationale), 10 (Nord-du-Québec), 13 (Laval), 14 (Lanaudière) et 15 (Laurentides), tandis qu'une diminution a été observée dans les régions 04, 08 et 16. La région 06 (Montréal) est responsable de 82,1 % de l'augmentation constatée en 2009-2010.

Pour l'ensemble des 78 CHSGS, 25 (32 %) laboratoires n'ont déclaré aucun nouveau cas d'ERV, 29 (37,2 %) en ont déclaré entre 1 et 9, et 24 (30,8 %) 10 nouveaux cas ou plus. Il est à noter que 5 laboratoires ont déclaré plus de 120 nouveaux cas. En 2006-2007, 39 (50 %) laboratoires n'avaient déclaré aucun ERV.

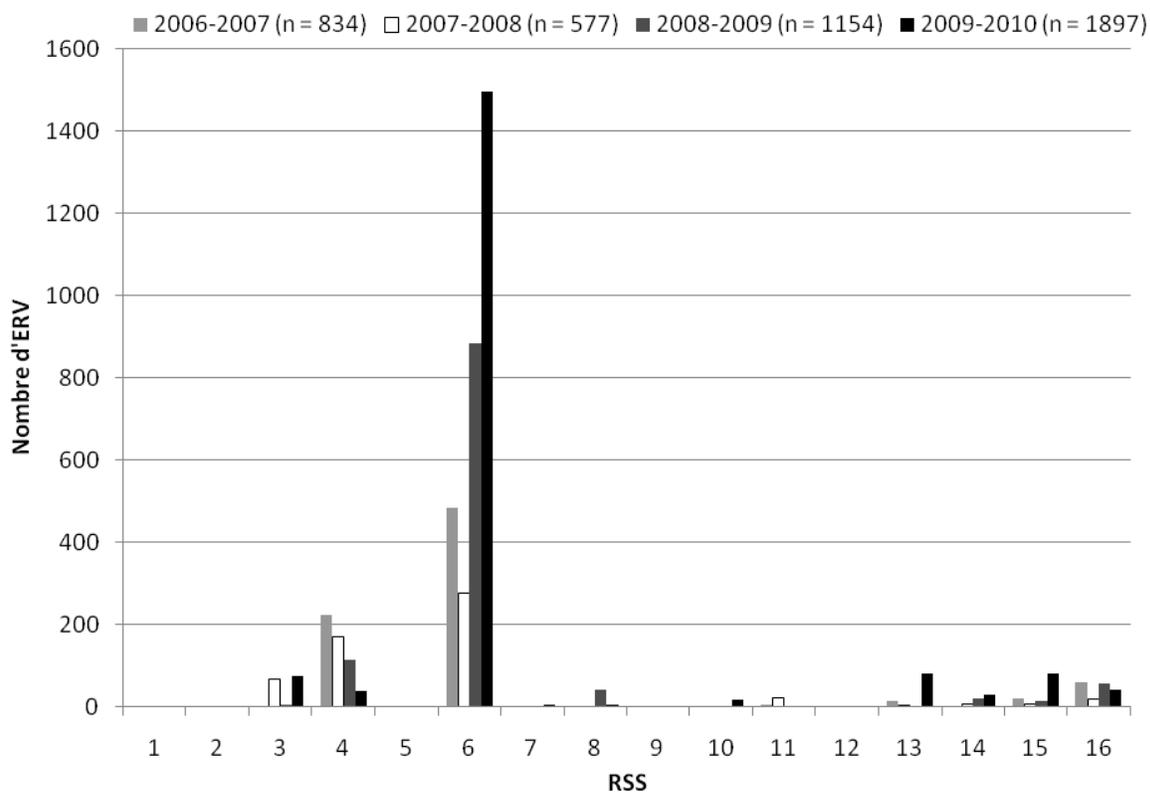


Figure 1 Répartition des nouveaux cas d'ERV par RSS pour les 4 années de surveillance

3.3 RÉPARTITION MENSUELLE DES NOUVEAUX CAS D'ERV

La figure 2 illustre la répartition périodique des cas pour l'année de surveillance 2009-2010. Alors que la distribution des nouveaux cas d'ERV était relativement stable d'un mois à l'autre entre 2006 et 2009, elle a été plus variable en 2009-2010, avec un plus grand nombre de cas identifiés entre les mois de décembre à juin. Les variations peuvent être influencées par un plus grand achalandage de patients durant ces mois, un plus grand nombre de dépistages et la survenue d'éclotions.

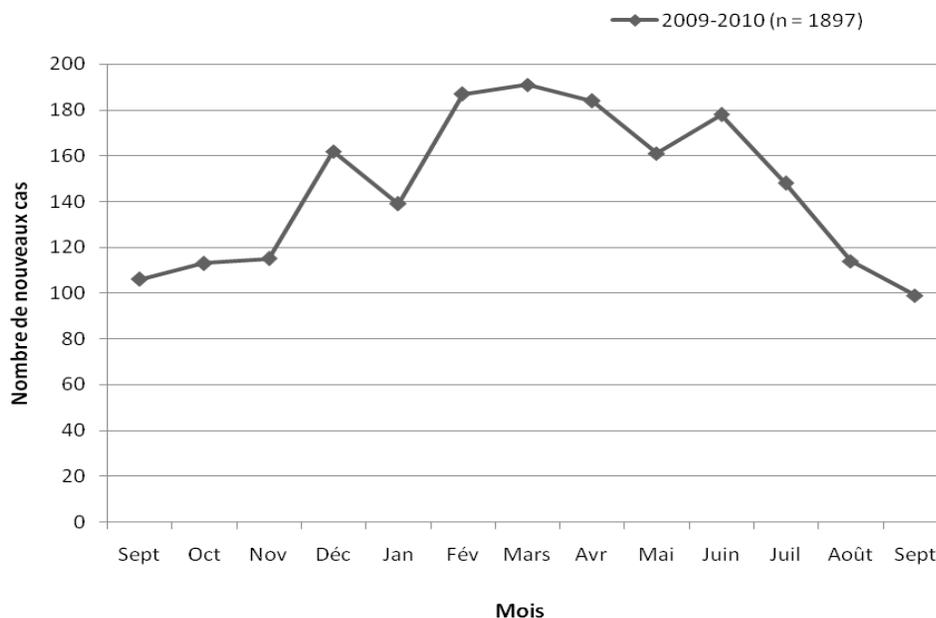


Figure 2 Distribution mensuelle des nouveaux cas d'ERV

3.4 DONNÉES SUR LE NOMBRE DE TESTS DE DÉPISTAGE ET LE NOMBRE DE PATIENTS

À partir de la période 11 (3 janvier 2010), le programme a tenté d'obtenir pour chaque centre hospitalier le nombre de tests de dépistage effectués et le nombre de patients testés. Pour les périodes de janvier à septembre 2010, 68 des 78 laboratoires ont transmis l'information sur le nombre total de tests de dépistage et 47 ont été en mesure de donner le nombre de patients testés. Ainsi, un total de 301 908 tests de dépistages ont été effectués par les 68 laboratoires répondants.

L'analyse des données dépistages-patients fournies par 47 laboratoires a révélé que 180 637 dépistages ont été effectués chez 149 891 patients (moyenne de 1,2 dépistage par patient). Ces 47 laboratoires ont identifié 529 nouveaux cas d'ERV. Dans cette clientèle, le taux de détection de nouveaux cas d'ERV détectés était de 0,35 % (529 nouveaux cas/149 891 patients dépistés). Il est cependant important de mentionner que plusieurs centres avec une forte prévalence d'ERV n'ont pas pu fournir l'information sur le nombre de patients dépistés. Le taux n'est donc pas le reflet de la fréquence globale provinciale.

4 ÉCLOSIONS À ERV

4.1 SYSTÈME DE COMMUNICATION

Depuis le 11 avril 2007, le bureau de surveillance et de vigie (BSV) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reçoit des directions de santé publique (DSP) les signalements des éclosions des établissements de soins. Ce système permet de compiler le nombre d'éclosions déclarées et la durée approximative des éclosions. La figure 3 montre une augmentation progressive du nombre d'éclosions déclarées depuis 1996. La hausse est importante depuis 2006 et a atteint un sommet de 60 éclosions déclarées en 2010 (données du 19 janvier 2011).

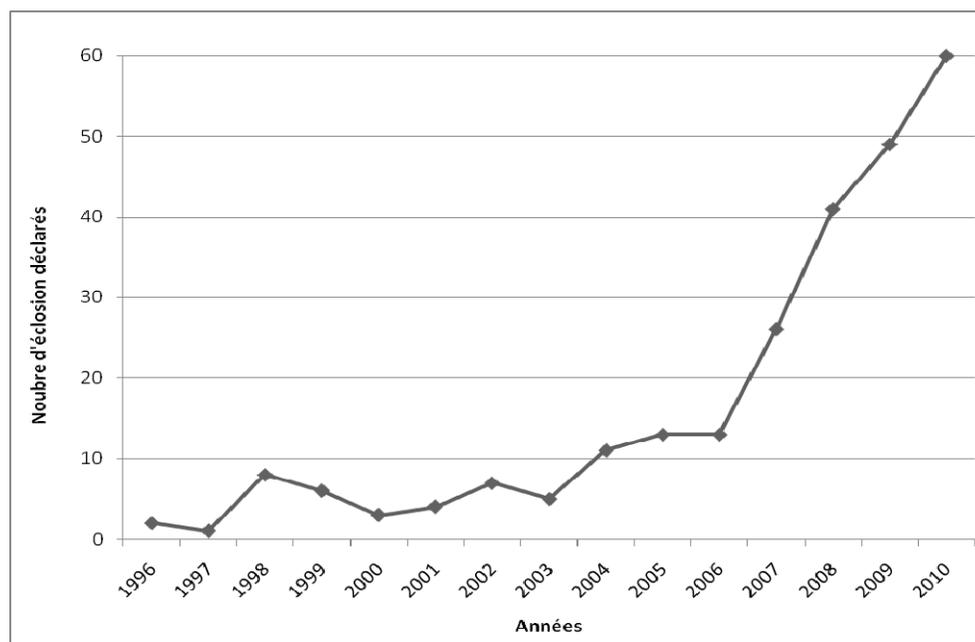


Figure 3 Évolution du nombre d'éclosions déclarées par année

4.2 DÉCLARATION

Depuis 2003, les éclosions à ERV sont à déclaration obligatoire. C'est à partir de cette déclaration que les directions régionales de santé publique peuvent initier une enquête et proposer une intervention auprès des installations.

5 SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Pour la quatrième année de surveillance, un CHSGS s'est retiré du programme de surveillance pour cause de fermeture de son laboratoire. Lors de la dernière année de surveillance, ce centre n'avait déclaré qu'un nouveau cas d'ERV. Au total, 1 897 nouveaux cas d'ERV ont été rapportés en 2009-2010 comparativement à 1 154 en 2008-2009, une augmentation de 64,4 %.

Il est intéressant de constater que 32,1 % (25/78) des laboratoires n'ont isolé aucun ERV durant cette période et que 37,2 % (29/78) n'ont isolé que de 1 à 9 souches au cours de l'année. L'ERV représente un problème plus important pour 30,8 % (24/78) des laboratoires. Ces dernières observations sont similaires à celles des trois premières années de surveillance, sauf pour le nombre de laboratoires sans ERV qui est en diminution constante depuis 2007^{5,7}.

La problématique de l'ERV est surtout concentrée dans la grande région de Montréal et dans les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec et de la Capitale-Nationale. L'ERV est cependant présent à travers la province puisqu'il a été détecté dans les 16 régions sociosanitaires participant à la surveillance.

Dans le cadre de la surveillance en laboratoire de l'ERV, la presque totalité des cas a été identifiée à partir de selles ou d'écouvillons péri-rectaux obtenus dans le cadre des activités de dépistage. En 2009-2010, seulement 2,1 % des cas (40/1 897) ont été détectés à partir de cultures de spécimens cliniques. Ce pourcentage diminue progressivement depuis le début de la surveillance en 2006-2007. Par contre, le nombre absolu de patients détectés par les spécimens cliniques augmente lentement. En 2009-2010, 11 (0,6 %) bactériémies nosocomiales à ERV ont été rapportées dans le programme de surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières (SPIN-BACTOT) comparativement à 4 (0,2 %) en 2007-2008^{1,2}. Cette situation confirme le risque d'infections sévères à ERV dans les installations où l'ERV est plus problématique, et ce, même si le taux d'infection pour l'année de surveillance en cours est faible et comparable à celui obtenu en 2008-2009 (1,4 % des cas, 16/1 154). Le faible taux d'infection par rapport au taux de colonisation est conforme aux données de la littérature et s'explique en grande partie par le biais de l'échantillonnage. En effet, les dépistages pour la détection d'ERV sont majoritairement effectués sur les selles et les écouvillons rectaux.

Le National Health Safety Network (NHSN) a publié une étude sur la microbiologie des infections nosocomiales en 2006-2007 aux États-Unis. Durant cette période, les trois pathogènes nosocomiaux les plus fréquents étaient le *Staphylococcus aureus* à coagulase négative (15,3 %), le *Staphylococcus aureus* (14,5 %) et les Entérocoques spp. (12,5 %). Parmi les infections nosocomiales à entérocoques, le tiers était causé par des souches d'ERV. Dans cette même étude, 16 % des infections nosocomiales étaient causées par des germes résistants. De ce 16 %, le SARM représentait 8 % de la résistance et l'ERV 4 %³. L'ERV est donc devenu en quelques années une cause majeure d'infections nosocomiales dans les centres participant au NHSN.

Au Canada, les données du *Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program* (CNISP) démontrent que l'incidence de l'ERV a considérablement augmenté ces dernières années passant de 1,32 cas de colonisation et/ou infections/1000 admissions en 2005 à plus de 5 cas /1000 admissions en 2009. L'Ontario, pour sa part, rapporte en 2009 une incidence de 6541 cas colonisés et/ou infectés par l'ERV et 27 bactériémies à ERV (communication personnelle, Allison McGeer).

La surveillance de l'ERV dans son format actuel comporte des limites importantes. La déclaration des nouveaux cas d'ERV est basée sur la surveillance en laboratoire sans complément d'information épidémiologique. Il n'est donc pas possible de déterminer le lieu d'acquisition (communautaire vs milieu de soins) ni les facteurs de risque. Il est aussi impossible de calculer des taux d'incidence faute de dénominateurs, qu'ils soient le nombre d'admissions ou le nombre de jours-présence. Pour permettre des comparaisons intra et inter-installations, il faudra développer des instruments qui soient bien définis, bien compris, bien respectés (revue de processus) par tous les établissements et faciles d'utilisation. La tâche est d'autant plus difficile que plus de 97,9 % des nouveaux cas sont détectés par les épreuves de dépistage et non par les spécimens cliniques, généralement obtenus dans un contexte symptomatique. Également un biais de déclaration des infections est observé chez les patients connus antérieurement comme porteur ERV, car seul le spécimen de dépistage est rapporté comme nouveau cas pour cette surveillance. Également, ces données n'excluent pas les doublons reliés à des patients identifiés dans des laboratoires différents.

Le défi sera d'obtenir des numérateurs et des dénominateurs fiables et d'associer aux taux d'incidence une mesure de densité de dépistage. Afin d'obtenir cette information pertinente, un portail de surveillance similaire à ceux déjà en place pour les autres programmes de SPIN est en développement et il permettra au service de prévention des infections de suivre les nouveaux cas à chaque période. Il sera alors possible d'effectuer des analyses de résultats plus précises et plus adaptées aux besoins de surveillance des infections nosocomiales, dont celui de fournir un taux d'incidence par installation, par région ou pour la province.

Par ailleurs, si la définition nosologique d'éclosion peut être claire pour une institution qui n'a jamais eu de cas d'ERV nosocomial, elle devient très difficile à appliquer pour les installations où l'ERV est endémique. De plus, les critères utilisés pour définir la fin d'une éclosion et les protocoles de dépistage varient d'un CHSGS à l'autre ce qui rend les comparaisons inter-installations difficiles. Le système de déclaration des éclosions ne permet pas de connaître le taux d'incidence exacte des ERV dans les CHSGS ni d'évaluer l'importance des éclosions puisque le nombre de cas par éclosion n'est pas fidèlement rapporté.

CONCLUSION

Les données de ce rapport SPIN-ERV font état de 1 897 nouveaux cas d'ERV pour l'année de surveillance 2009-2010, ce qui représente une hausse de 64,4 % par rapport à l'année précédente. Dans sa structure actuelle, le programme ne permet pas de mesurer la contribution de l'intensité du dépistage (accroissement) lié à cette augmentation puisque cette information n'est disponible que depuis janvier 2010 et que pour certains laboratoires, cet accroissement de fréquence des nouveaux cas d'ERV s'accompagne également d'une augmentation du nombre d'infections, ainsi qu'une augmentation du nombre d'éclosions déclarées en 2009-2010. L'ERV est surtout observé à Montréal et dans ses régions limitrophes ainsi que dans les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec et de la Capitale-Nationale. L'ERV est surtout détecté par les dépistages (97,9 % des cas).

Les infections à ERV demeurent rares au Québec, mais leur nombre augmente d'année en année. Ces infections peuvent être sévères, particulièrement pour les patients fragilisés (immunosupprimés, néoplasies hématologiques, etc.) et leur traitement peut représenter un défi en raison des options thérapeutiques limitées.

Le 23 novembre 2010, une rencontre d'experts en prévention des infections s'est tenue à Montréal afin de discuter des principaux enjeux liés au contrôle de l'ERV et des défis associés à la mise en place des mesures de contrôle dans les milieux de soins québécois. À la lumière des recommandations qui ont résulté de cette rencontre, le directeur national de la santé publique a réitéré l'importance du maintien des mesures de prévention et de contrôle de l'ERV décrites dans les lignes directrices publiées en 1998 et recommandé qu'elles soient appliquées dans tous les milieux de soins, quelle que soit l'épidémiologie qui prévale dans le milieu. Une mise à jour des lignes directrices est prévue pour la fin de l'année 2011.

RECOMMANDATIONS

Il nous apparaît indiqué de poursuivre le programme de surveillance, mais en le modifiant de façon substantielle. Après quatre années de surveillance, il est impératif que le programme soit amélioré afin de générer des données fiables, basées sur les pratiques d'autres programmes en vigueur, qui puissent permettre une analyse pertinente de la problématique de l'ERV au Québec.

Il devient donc essentiel de transférer la surveillance de l'ERV des laboratoires vers les équipes de prévention des infections. Ce transfert permettrait, tel qu'il a déjà été noté dans les rapports précédents :

- de valider la qualité de la surveillance en introduisant une mesure de la densité de la surveillance;
- de déterminer le nombre d'infections cliniques (par rapport au nombre de nouveaux cas de dépistage);
- de déterminer l'origine d'acquisition des souches (nosocomiale vs communautaire);
- de suivre les taux d'incidence de l'ERV (ex. : /1 000 admissions, /10 000 jours-présence) pour chacune des installations, par région et au niveau de la province.

Ces données plus complètes seront un outil essentiel pour permettre aux installations ainsi qu'aux autorités de santé publique de mieux cibler les interventions afin de limiter la progression de l'ERV au Québec.

RÉFÉRENCES

1. Fortin E, Quach C, Rocher I, Frenette, C. Rapport de surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières : avril 2008-mars 2009 (ISBN 978-2-550-60188-3). Institut national de santé publique du Québec, 2010.
2. Fortin E, Quach C, Rocher I, Trudeau M, Frenette, C. Rapport de surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières : avril 2009-mars 2010. Institut national de santé publique du Québec, 2011 (en rédaction).
3. Hidron AI, Edwards JR, Patel J, Horan TC, Sievert DM, *et al.* Antimicrobial resistant pathogens associated with healthcare associated infections: annual summary of data reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2006-2007. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 2008. 29:996-1011.
4. Le Guerrier P, Gourdeau M, *et al.* Mesures de contrôle et prévention des infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec. Collection orientations et interventions, MSSS du Québec, octobre 1998 (mise à jour 1999).
5. Vigeant P, Jetté L, Frenette C, Gourdeau M, Létourneau J. Rapport de la surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) : septembre 2006-août 2007 (ISBN 978-2-550-53368-9). Institut national de santé publique du Québec, 2008.
6. Vigeant P, Jetté L, Frenette C, Gourdeau M, Létourneau J. Rapport de la surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) : septembre 2007-août 2008 (ISBN 978-2-550-56006-7). Institut national de santé publique du Québec, 2009.
7. Vigeant P, Lefebvre B, Bourgault AM. Rapport de la surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) : septembre 2008-août 2009 (ISBN 978-2-550-59766-7). Institut national de santé publique du Québec, 2010.

ANNEXE 1

**PROGRAMME DE SURVEILLANCE
DES NOUVEAUX CAS D'ERV (FORMULAIRE EXCEL)**



Programme de surveillance des nouveaux cas d'ERV 2010																				
Nom du centre :																				
Périodes	11	12	13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							
Date de fin de la période (2010)	30 jan.	27 fév.	27 mars	24 avril	22 mai	19 juin	17 juillet	14 août	11 sept.	9 oct.	6 nov.	4 déc.	1 janv. 2011							
1- Nombre de dépistages réalisés																				
2- Nombre de patients testés																				
3- Total des nouveaux cas (nouveau cas dépistage + clinique)																				
4- Parmi le nombre total déclaré au numéro 3, précisez le nombre de nouveaux cas d'ERV - dépistage (selles, anus, rectal)																				
5- Parmi le nombre total déclaré au numéro 3, précisez le nombre de nouveaux cas d'ERV - spécimen clinique																				
6- Parmi le nombre total déclaré au numéro 5, précisez le type de spécimen clinique et précisez s'il est associé à une infection (I) ou à une colonisation (C)	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
- Ascite																				
- Biopsie																				
- Liquide articulaire																				
- Liquide céphalorachidien (LCR)																				
- Liquide pleural																				
- Pus																				
- Sang																				
- Spécimen respiratoire																				
- Urine																				
- Autres (précisez) :																				
<p>Déclarez seulement les ERV isolés dans votre centre. Considérez seulement 1 souche par patient par année même si un ERV est isolé de plusieurs sites ou à différentes dates. Considérez des espèces différentes d'ERV comme des cas séparés. Notez qu'il n'y a pas lieu d'envoyer les souches d'ERV au LSPQ.</p>																				
<p align="center">S'il vous plaît, veuillez retourner ces informations avant la fin de la période suivant la période actuelle de déclaration des cas à l'adresse suivante : Marqueurs@inspq.qc.ca ou par télécopieur au 514-457-9185</p>																				

ANNEXE 2

**RÉPARTITION PAR RSS DES NOUVEAUX CAS D'ERV :
SEPTEMBRE 2009-SEPTEMBRE 2010**

Tableau 3 Répartition par RSS des nouveaux cas d'ERV : septembre 2009-septembre 2010

RSS (Nombre de laboratoires participants)	Nb total ERV	Nb spécimens cliniques	Nb de lab sans ERV	Nb de lab avec 1-2 ERV	Nb de lab avec 3-9 ERV	Nb de lab avec 10-49 ERV	Nb de lab avec ≥ 50 ERV
01- Bas-St-Laurent (6)	4	0	5	0	1	0	0
02- Saguenay–Lac-Saint-Jean (5)	5	0	2	3	0	0	0
03- Capitale-Nationale (5)	78	1	0	1	1	3	0
04- Mauricie et Centre-du-Québec (5)	39	0	2	1	1	1	0
05- Estrie (3)	1	0	2	1	0	0	0
06- Montréal (18)	1 494	36	2	0	2	7	7
07- Outaouais (4)	6	0	2	1	1	0	0
08- Abitibi-Témiscamingue (4)	7	0	1	2	1	0	0
09- Côte-Nord (2)	0	0	2	0	0	0	0
10- Nord-du-Québec (1)	19	0	0	0	0	1	0
11- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (4)	2	0	3	1	0	0	0
12- Chaudière-Appalaches (4)	2	0	2	2	0	0	0
13- Laval (1)	82	0	0	0	0	0	1
14- Lanaudière (2)	31	1	0	0	1	1	0
15- Laurentides (5)	83	0	1	2	1	0	1
16- Montérégie (9)	44	2	1	3	3	2	0
Total (78)	1 897	40	25	17	12	15	9



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

