

**La surveillance des diarrhées  
associées  
aux infections à**

# *Clostridium difficile*

Rapport sommaire tiré du Système de surveillance  
des infections à Clostridium difficile (SSICD)  
de l'Institut national de santé publique du Québec

Janvier 2005



**La surveillance des diarrhées associées aux infections  
à *Clostridium difficile* (*C. difficile*)**

**Rapport sommaire tiré du**

**Système de surveillance des infections à *Clostridium difficile* (SSICD)  
de l'Institut national de santé publique du Québec**

**Direction générale de la santé publique  
MSSS**

**Janvier 2005**

## Préambule

### Le système de surveillance : une des pièces du plan de lutte aux infections nosocomiales

Depuis le signalement d'une augmentation de l'incidence des infections à *C. difficile* dans des établissements du Québec, une série de mesures aux niveaux local, régional et provincial ont été mises en place ou renforcées pour prévenir et contrôler l'acquisition nosocomiale de cette infection. Ces mesures s'inscrivent dans la continuité des travaux entrepris en regard de la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cependant compte tenu de la situation émergente, un plan d'action spécifique à la lutte au *C. difficile* a été mis en place par le MSSS et ses partenaires.

Parmi les principaux éléments de ce plan d'action relevons :

- 1- La parution de lignes directrices : Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au *C. difficile* au Québec - Lignes directrices pour les centres hospitaliers <http://www.inspq.qc.ca/publications/defaultlien.asp?E=p&submit=1&NumPublication=330>.
- 2- La consolidation et l'intensification des mesures de prévention, de vigie et de contrôle dans les établissements.
- 3- Des visites de support par les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de service sociaux (ADRLSSS) dans les établissements pour évaluer leur situation spécifique.
- 4- Le développement d'un système de surveillance novateur spécifique au *C. difficile* dont le recueil de données couvre 88 établissements de soins de courte durée à travers la province.
- 5- Une veille scientifique prospective en regard des nouvelles connaissances et situations ailleurs dans le monde, notamment par la consultation d'experts internationaux et l'organisation d'événements scientifiques.
- 6- La documentation des méthodes de diagnostic pour le *C. difficile* et la mise en place d'études avec des méthodes de laboratoire spécialisées afin de documenter les types de souches circulant au Québec. Ceci afin de vérifier l'hypothèse de l'émergence d'une variante de souche plus virulente.
- 7- La diffusion de lignes directrices au regard de l'utilisation adéquate des antibiotiques et le développement des orientations en regard de la pharmacovigilance.
- 8- Un plan de formation adapté aux divers intervenants.
- 9- Un plan de recherche spécifique.

Ce plan d'action se réalise grâce au travail quotidien des professionnels de la santé dans le réseau et les établissements. Les mesures de surveillance, de prévention, de vigie et de contrôle nécessitent une collaboration de tous les niveaux. Les infections nosocomiales ne sont pas toutes évitables, mais nous voulons diminuer au maximum leurs impacts à partir des mesures reconnues efficaces et recommandées par les experts. Je remercie les professionnels des établissements qui participent au nouveau système de surveillance ainsi que tous ceux qui ont contribué aux travaux qui rendent possible l'élaboration des rapports de surveillance.

Le directeur national de santé publique,

Dr Alain Poirier

## Introduction

Ce rapport fournit les premiers résultats de la surveillance des diarrhées associées aux infections à *C. difficile* en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés au Québec (CHSGS), couvrant la période entre le 22 août et le 13 novembre 2004. Ce rapport sommaire a été rédigé à partir des données provenant du nouveau système opéré de façon continue par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec des experts et qui implique la participation active de 88 établissements à travers la province. Après une revue de la littérature et des consultations d'experts internationaux, nous n'avons pas répertorié de système systématique similaire pour la surveillance de cette infection. On rapporte par ailleurs, des systèmes de surveillance sentinelle impliquant quelques établissements, des études à caractère limité dans le temps ou des systèmes globaux pour la surveillance des infections nosocomiales à partir de quelques indicateurs. Ce nouveau système systématique et continu spécifique au *C. difficile* et couvrant l'ensemble d'une province est une première au Canada.

Les résultats proviennent des analyses issues d'un rapport scientifique produit par l'INSPQ en collaboration avec des experts de la surveillance des infections nosocomiales. Le lecteur qui désire plus de détails peut consulter ce [rapport sur le site Web de l'INSPQ](#).

## Mise en garde

Rendant publics ces résultats préliminaires, le Québec s'inscrit dans une logique de transparence sur la qualité des soins dans les milieux hospitaliers et, par conséquent, sur les infections nosocomiales. Il importe cependant de souligner qu'il faut être prudent dans l'interprétation des données d'incidence de ces maladies, notamment lorsqu'on tente de faire des comparaisons entre les établissements et entre les régions. Plusieurs facteurs décrits dans les sections « éléments méthodologiques » et « résultats » influencent les taux calculés pour l'établissement. Plusieurs limites qualifient de tels systèmes. Sa récente mise en place ne nous permet pas d'avoir des données historiques comparables pour comprendre la dynamique de la situation dans le temps.

Par ailleurs, compte tenu de la saisonnalité associée à ces infections, nous pouvons nous attendre à une hausse au cours des prochaines périodes de l'hiver 2005. Il importe aussi de souligner la difficulté de comparer divers taux provenant de diverses études ayant des méthodes différentes (définitions de cas, population ou type d'installations à l'étude, périodes d'observation). C'est le cas des données du fichier administratif Med-Echo. Des analyses parallèles de ce fichier d'hospitalisations sont aussi en cours et pourront nous informer sur les tendances évolutives.

## Le système de surveillance des infections à *C. difficile* (SSICD)

En juin 2004, le MSSS a mandaté l'INSPQ pour mettre en place un plan de surveillance et de vigie des infections à *C. difficile* dans tous les CHSGS de la province. Ces travaux ont été entrepris avec la collaboration d'experts du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) et de son sous-comité Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN).

## Complémentaire à la vigie effectuée au niveau local

Le système de surveillance n'a pas pour objectif de compiler et de diffuser des données en temps réel. Il est conçu pour nous permettre de faire un portrait pour orienter nos actions systémiques sur la base des analyses épidémiologiques. Il importe de souligner que la prévention et le contrôle des infections reposent sur les actions et la vigie au jour le jour dans les unités des soins. La surveillance provinciale est un ajout pour mieux comprendre la situation et la dynamique aux niveaux local, régional et provincial.

Dans ce contexte, les enjeux de la surveillance sont de fournir un cadre standardisé à l'ensemble des CHSGS (définition de cas, méthode de calcul, etc.) leur permettant de faire leur propre surveillance et d'identifier des augmentations inhabituelles en tenant compte du cycle saisonnier de l'infection. Cette standardisation permettra également un certain niveau de comparaison entre installations de même type à l'échelle provinciale. Les résultats fournissent les renseignements utiles pour envisager le développement de plans et de stratégies pour prévenir et contrôler l'infection.

## Dans 88 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

Un système de surveillance doit rencontrer les critères suivants pour être valide :

- a) une intensité continue;
- b) des définitions standardisées pour les infections visées;
- c) ajustement des résultats en fonction des différents niveaux de risque d'infection.

Le système de surveillance couvre l'ensemble des CHSGS de plus de 1000 admissions par an, hormis les soins de psychiatrie et les soins de néonatalogie. La norme de 1000 admissions par an a été retenue pour s'assurer d'un volume de données nécessaires à la production d'indicateurs robustes. Quarante-huit CHSGS sont visés (cf. liste des installations visées par le SSICD au tableau 1). Ceux-ci admettent 97 % de la clientèle en soins de courte durée de la province.

Une interface Web du SSICD a été programmée par le LSPQ au cours de l'été pour être déployée à la mi-août. Le 22 août 2004, début de la 6<sup>e</sup> période administrative (l'année est administrativement composée de 13 périodes de 4 semaines), marque le début du programme de surveillance au Québec. Les 88 installations qui répondent aux critères à des fins de surveillance transmettent depuis leurs données à la fin de chaque période administrative.

## Éléments méthodologiques

Pour les détails des divers aspects méthodologiques le lecteur est invité à consulter le rapport technique et scientifique disponible [sur le site Web de l'INSPQ](#). Il importe cependant de préciser les définitions de cas retenus et la classification de l'origine d'acquisition de l'infection.

### Définitions de cas

Sont inclus dans la surveillance tous les nouveaux cas hospitalisés répondant à un des trois critères suivants :

- présence de diarrhée (au moins trois selles liquides ou semi-formées par jour pendant plus de 24 heures) ou de mégacôlon toxique, et confirmation de la présence de toxine de *C. difficile* (A ou B) par le laboratoire;
- diagnostic de pseudomembranes lors d'une sigmoïdoscopie ou d'une colonoscopie;
- diagnostic histo-pathologique de colite à *C. difficile* (avec ou sans diarrhée).

Sont exclus :

- les patients non hospitalisés en soins de courte durée;
- les patients asymptomatiques ayant un diagnostic de présence de toxine de *C. difficile*;
- les rechutes, définies comme la réapparition des symptômes moins de huit semaines après la fin de traitement.

## Origine de l'acquisition de la diarrhée associée au *C. difficile*

L'origine de l'acquisition a été catégorisée de la façon suivante :

- **nosocomiale liée à une hospitalisation dans le CH déclarant** : patients dont les symptômes ont débuté  $\geq$  72 heures après l'admission ou l'enregistrement à l'urgence ou moins de huit semaines après le congé du CH;
- **nosocomiale non liée à une hospitalisation dans le CH déclarant** : patient ayant été préalablement hospitalisé au cours des dernières huit semaines dans une autre institution ou ayant reçu des soins ambulatoires (dialyse, centre de jour, chirurgie de jour, hôpital de jour, thérapie intraveineuse ambulatoire, etc.);
- **communautaire** : maladie acquise en communauté, sans lien avec un milieu de soins dans les huit semaines précédentes et dont les symptômes sont survenus moins de 72 heures après l'admission.

## Les indicateurs de surveillance

La présente étude ne porte que sur les cas d'infections contractés à l'hôpital liés à une hospitalisation dans l'installation hospitalière déclarante. Sont exclues les infections nosocomiales non liées à l'institution déclarante et les infections acquises dans la communauté.

L'**incidence** (nouveaux cas pendant une période de temps donnée) a été calculée en rapportant le nombre de cas observés dans l'établissement durant les périodes 6 à 8 sur le nombre de jours-présences de patients dans l'établissement pour les mêmes périodes administratives (ex. : 1000 patients séjournant en moyenne 10 jours = 10 000 personnes-jours). Ceci permet de prendre en compte le niveau d'activité hospitalière qui fluctue dans le temps et entre les établissements. Les taux sont ainsi exprimés en densité d'incidence de DACD/10 000 personnes-jours. Des percentiles ont été calculés pour permettre à chaque CH de situer son propre taux par rapport à celui des autres CH. Par exemple, un établissement se situant au delà du 90<sup>e</sup> percentile fait partie du 10% d'établissements ayant les taux les plus élevés.

Les petits hôpitaux qui ont peu d'admissions par période peuvent voir leur taux fluctuer de façon importante d'une période à l'autre en raison d'un faible dénominateur. Le plan d'analyse détaillé fourni par le système aux établissements par l'INSPQ, prend en compte cette limite, notamment par le calcul des intervalles de confiance sur le taux. L'intervalle de confiance est une mesure qui permet d'apprécier l'imprécision du taux. Elle permet de cadrer avec une certaine confiance les bornes inférieures et supérieures susceptibles de contenir la vraie valeur du taux.

Les données de ce rapport ont été extraites pour l'analyse en date du 3 janvier 2005. Comme il s'agit d'un système dynamique ou des corrections peuvent être apportées en continue, certains rapports ou tableaux extraits du système après cette période peuvent présenter des variations de taux.

## Facteurs à prendre en considération dans l'interprétation des données

Les données sont présentées en fonction de la taille de l'installation qui est exprimée en nombre de lits par installation. Les hôpitaux qui ont des nombres de lits de plus de 250 peuvent avoir des taux d'infection à *C. difficile* plus élevés. Ceci n'est pas tant en fonction du nombre de lits que de la complexité des services offerts dans ces hôpitaux. En effet, ces hôpitaux offrent souvent des niveaux de spécialisation plus importants qui supportent des clientèles avec des maladies souvent plus sévères. Ces clientèles sont alors plus vulnérables à ce genre d'infection.

La maladie est liée à l'âge. On remarque que la maladie est plus fréquente chez les personnes de 65 ans et plus. Les hôpitaux qui ont des patients dont les moyennes d'âge sont plus élevées ont plus de chance d'avoir des taux d'infection à *C. difficile* plus élevés.

Il est difficile de définir pour le moment de façon précise des taux seuils qui distinguent la situation endémique d'une situation d'éclosion à partir du seul indicateur de taux. L'infection à *C. difficile* subit des fluctuations saisonnières. Il faut s'attendre à voir les taux fluctuer à la hausse pour plusieurs centres au cours de la période hivernale. Les taux peuvent être plus élevés en hiver en raison de la plus forte consommation d'antibiotiques au cours de cette période car cette maladie est liée à cette classe de médicaments.

## Résultats

Résultats globaux pour les trois premières périodes et évolution dans le temps.

Le taux provincial moyen pour les trois périodes à l'étude est de **11,7/10 000 personnes-jours** dans l'ensemble des établissements.

Le tableau 1 présente les données par établissement pour la période d'observation.

- La moitié (50 %) des installations présentent des taux inférieurs à 6/10 000 personnes-jours ;
- 22 (25%) installations ont un taux plus grand ou égal à 13/10 000 personnes-jours ;
- 9 (10%) installations ont un taux supérieur à 20,7/10 000 personnes-jours.

Depuis le début de la surveillance le 22 août dernier dans les 88 installations hospitalières, le taux d'infection nosocomiale à *C. difficile* a **augmenté**. Il était de 10,7 par 10 000 personnes-jours à la période 6. Il a progressé jusqu'à 13,0 par 10 000 personnes-jours à la période 8. Cette fluctuation était prévisible compte tenu du cycle saisonnier de l'infection et des effets liés à la période hivernale alors que le recours aux antibiotiques augmente. N'ayant pas de données historiques, il demeure impossible pour le moment de comparer les taux obtenus avec une période antérieure. Cependant on note que la situation s'améliore dans les hôpitaux qui ont participé à une étude coordonnée par le Dr Vivian Loo entre février et juin 2004 (CHUM, CUSM, St Mary's, Hôpital général juif, CHUS, HMR, Charles Lemoyne, Jean-Talon, Cité-de-la-santé et Le Gardeur). Bien que les périodes d'observation soient différentes, les taux d'infection à *C. difficile* d'origine nosocomiale ont diminué de 43%. Cette diminution est plus importante que ce que l'on pourrait attendre d'un effet saisonnier. Le taux moyen pour ces hôpitaux serait de 14,4/10 000 personnes-jours selon les données du SSICD pour les périodes 6 à 8.

## Selon les caractéristiques des établissements

Dans les **installations de 100 lits et moins**, près de 75% des installations ont des taux inférieurs à 5/10 000 personnes-jours et près de 40% de ces installations n'ont pas rapporté de cas durant la période. Cependant, ces taux peuvent fluctuer de façon importante d'une période à l'autre en raison d'un faible dénominateur.

Dans les **installations de 100 à 249 lits**, près de 50% d'entre elles ont des taux égaux ou inférieurs à 10/10000 personnes-jours. Dans cette catégorie, quatre installations présentent des taux supérieurs à 20/100000 personnes-jours.

**Les hôpitaux de plus de 250 lits** présentent des taux deux fois plus élevés que les hôpitaux de 100 lits et moins. Cela était prévisible considérant la complexité des services offerts dans ces hôpitaux. En effet, ces hôpitaux offrent souvent des services hautement spécialisés auprès de clientèles affectées de maladies graves. Celles-ci sont alors plus vulnérables à ce genre d'infection. Ainsi, dans les installations de plus de 250 lits, 75% de celles-ci présentent des taux égaux ou supérieurs à 10/10 000 personnes-jours. Dans cette catégorie trois installations présentent des taux supérieurs à 20/10000 personnes-jours.

## Comparaisons régionales

Les régions ont été regroupées selon le sud-ouest (régions de l'Estrie, Montréal, Laval et Montérégie), le centre (Capitale nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Lanaudière et Laurentides) et le nord-est (Bas Saint-Laurent, Saguenay-Lac-St-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Baie-James, Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine). Il existe des variations régionales importantes. Par exemple, dans les régions du nord-est, la valeur médiane des taux est de 1,32. Dans la région du centre, la valeur médiane est de 5,67/10 000 personnes-jours et dans le sud-ouest, cette valeur est de 11,84/10 000 personnes-jours. Il semble que ces variations régionales soient indépendantes de la grosseur des installations.

## Conclusion

Ce premier rapport découlant du nouveau système de surveillance nous permet de faire état de la situation épidémiologique des infections à *C. difficile* dans les établissements du Québec. Les indicateurs calculés vont se préciser avec le temps. Par ailleurs, il importera aussi de faire des analyses en regard des conséquences de la maladie en termes de morbidité et de mortalité. Le portrait des complications (colectomies, visites aux soins intensifs, mortalité, etc.) est nécessaire et prioritaire. La méthodologie adéquate pour les documenter est développée actuellement. On a des évidences que les souches de bactéries qui circulent dans les hôpitaux du Québec présentent des caractéristiques et des complications qui peuvent différer. Parmi les variantes classiques de la bactérie, le syndrome clinique semble moins morbide causant une diarrhée qui répond au traitement. Les nouvelles souches auraient des conséquences plus sévères. Une étude vérifiera la présence d'une souche plus virulente, qui aurait aussi été observée aux États-Unis, à l'aide des méthodes de laboratoire hautement spécialisées.

**Taux d'incidence des infections à *Clostridium difficile* d'origine nosocomiale  
liées à une hospitalisation dans l'installation déclarante selon la région  
Province de Québec, périodes administratives 6 à 8, 2004-2005**

Région et Installation hospitalière	Catégorie selon le nombre de lits (1)	Nombre de cas (2)	Taux par 10 000 p.-j. (3)	Intervalle de confiance du taux à 95% (4)	
<b>ENSEMBLE DU QUÉBEC</b>		<b>1 406</b>	<b>11,7</b>	<b>11,1</b>	<b>12,3</b>
<b>BAS-ST-LAURENT (01)</b>		<b>16</b>	<b>5,0</b>	<b>2,8</b>	<b>7,7</b>
CENTRE NOTRE-DAME-DE-FATIMA	1	0	0,0	-	-
CH D'AMQUI	1	0	0,0	-	-
CH DE MATANE	1	0	0,0	-	-
CH NOTRE-DAME-DU-LAC	1	0	0,0	-	-
CHR DU GRAND-PORTAGE	2	1	1,2	0,0	4,7
CHR DE RIMOUSKI	2	15	11,5	6,4	18,0
<b>SAGUENAY-LAC-ST-JEAN (02)</b>		<b>14</b>	<b>2,1</b>	<b>1,2</b>	<b>3,4</b>
CENTRE MARIA-CHAPDELAINÉ - CS DOLBEAU	1	0	0,0	-	-
CH JONQUIÈRE	1	6	3,2	1,2	6,3
PAVILLON DE L'HÔTEL-DIEU D'ALMA	2	0	0,0	-	-
HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL	2	3	3,5	0,7	8,7
COMPLEXE HOSPITALIER DE LA SAGAMIE	3	5	2,0	0,6	4,1
<b>QUÉBEC (03)</b>		<b>140</b>	<b>10,8</b>	<b>9,1</b>	<b>12,7</b>
CH SAINT-JOSEPH DE LA MALBAIE	1	0	0,0	-	-
HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT	3	5	4,1	1,3	8,5
PAVILLON CH DE L'UNIVERSITÉ LAVAL	3	13	5,1	2,7	8,3
HÔPITAL LAVAL	3	12	5,5	2,8	9,0
PAVILLON SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE	3	20	9,8	6,0	14,6
HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	3	39	14,2	10,1	18,9
PAVILLON L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC	3	51	25,5	19,0	33,0
<b>MAURICIE ET CENTRE DU QUÉBEC (04)</b>		<b>93</b>	<b>14,2</b>	<b>11,5</b>	<b>17,3</b>
HÔPITAL DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE	2	3	2,8	0,5	6,8
HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA	2	8	6,6	2,8	11,9
HÔPITAL SAINTE-CROIX	2	13	10,0	5,3	16,2
CHR TROIS RIVIERES	3	69	23,4	18,2	29,3
<b>ESTRIE (05)</b>		<b>51</b>	<b>11,3</b>	<b>8,4</b>	<b>14,6</b>
CSSS DU GRANIT	1	0	0,0	-	-
CSSS MEMPHRÉMAGOG	1	3	14,4	2,7	35,2
CHUS - HÔTEL-DIEU	2	25	17,7	11,4	25,3
CHU DE SHERBROOKE - HÔPITAL FLEURIMONT	3	23	8,4	5,3	12,2
<b>MONTRÉAL (06)</b>		<b>614</b>	<b>13,7</b>	<b>12,6</b>	<b>14,8</b>
HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL	1	2	3,6	0,3	10,3
HÔPITAL CATHERINE BOOTH DE L'ARMÉE DU SALUT	1	4	6,2	1,6	13,8
* CH RICHARDSON	1	16	31,2	17,8	48,4
CH DE LACHINE	2	0	0,0	-	-
HÔPITAL MARIE CLARAC	2	0	0,0	-	-
L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	2	1	1,2	0,0	4,6
L'HÔPITAL DE RÉADAPTATION LINDSAY	2	2	2,0	0,2	5,7
VILLA MÉDICA	2	5	5,3	1,7	11,0
HÔPITAL JEAN-TALON	2	12	7,0	3,6	11,6
INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	2	8	7,8	3,3	14,2
CH DE LASALLE	2	4	11,4	3,0	25,2
HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE	2	20	11,6	7,1	17,3
HÔTEL-DIEU DU CHUM	2	27	14,8	9,8	20,9

**Taux d'incidence des infections à *Clostridium difficile* d'origine nosocomiale liées à une hospitalisation dans l'installation déclarante selon la région Province de Québec, périodes administratives 6 à 8, 2004-2005**

Région et Installation hospitalière	Catégorie selon le nombre de lits (1)	Nombre de cas (2)	Taux par 10 000 p.-j. (3)	Intervalle de confiance du taux à 95% (4)	
<b>MONTREAL (06) suite</b>					
CH DE ST. MARY	2	35	16,3	11,4	22,2
CH FLEURY	2	33	37,5	25,8	51,3
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE CHU MÈRE-ENFANT	3	8	4,9	2,1	8,8
HÔPITAL SAINT-LUC DU CHUM	3	24	11,1	7,1	16,0
HÔPITAL ROYAL VICTORIA	3	33	12,1	8,3	16,5
HÔPITAL NOTRE-DAME DU CHUM	3	43	14,5	10,5	19,2
CH DE VERDUN	3	29	15,1	10,1	21,0
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	3	39	15,3	10,9	20,5
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	3	53	15,5	11,6	20,0
L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	3	79	18,0	14,3	22,2
PAV. MAISONNEUVE/PAV. MARCEL-LAMOUREUX	3	85	18,3	14,7	22,5
HÔPITAL SANTA CABRINI	3	52	22,0	16,5	28,4
<b>OUTAOUAIS (07)</b>		<b>21</b>	<b>4,7</b>	<b>2,9</b>	<b>6,9</b>
CSSS VALLÉE-DE-LA-GATINEAU	1	0	0,0	-	-
CH DU PONTIAC	1	1	4,0	0,0	15,6
* PAPINEAU - PAVILLON DU CH	1	9	20,4	9,2	35,9
PAVILLON DE GATINEAU	2	1	0,6	0,0	2,3
PAVILLON DE HULL	3	10	5,6	2,7	9,7
<b>ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (08)</b>		<b>17</b>	<b>8,7</b>	<b>5,1</b>	<b>13,4</b>
CH HÔTEL-DIEU D'AMOS	1	1	1,7	0,0	6,7
CH LA SARRE	1	2	9,6	0,9	27,6
CH ROUYN-NORANDA	2	2	4,0	0,4	11,6
CH DE VAL-D'OR	2	12	18,2	9,4	30,0
<b>CÔTE-NORD (09)</b>		<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>2,9</b>
CHR DE SEPT-ÎLES	1	0	0,0	-	-
CHR BAIE-COMEAU	1	1	1,4	0,0	5,6
<b>NORD-DU-QUÉBEC (10)</b>		<b>0</b>	<b>0,0</b>	-	-
CSSS DE CHIBOUGAMAU	1	0	0,0	-	-
<b>GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE (11)</b>		<b>4</b>	<b>2,6</b>	<b>0,7</b>	<b>5,8</b>
CH BAIE-DES-CHALEURS	1	0	0,0	-	-
COTE DE GASPE- PAVILLON HÔTEL-DIEU	1	0	0,0	-	-
CH DE CHANDLER	1	1	2,6	0,0	10,1
HÔPITAL DES MONTS	1	3	10,3	1,9	25,3
<b>CHAUDIÈRE-APPALACHE (12)</b>		<b>25</b>	<b>6,3</b>	<b>4,1</b>	<b>9,0</b>
HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY	1	1	1,8	0,0	7,2
CH DE LA RÉGION DE L'AMIANTE	2	3	5,7	1,1	14,0
CH BEAUCE-ETCHEMIN	2	7	7,0	2,8	13,1
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	3	14	7,4	4,0	11,7
<b>LAVAL (13)</b>		<b>75</b>	<b>16,6</b>	<b>13,1</b>	<b>20,6</b>
HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION	2	11	11,4	5,7	19,1
CITE DE LA SANTÉ DE LAVAL	3	64	18,0	13,9	22,7
<b>LANAUDIÈRE (14)</b>		<b>54</b>	<b>12,9</b>	<b>9,7</b>	<b>16,6</b>
CH PIERRE-LE GARDEUR	2	4	1,9	0,5	4,3
CHR DE LANAUDIÈRE	3	50	23,8	17,7	30,8

**Taux d'incidence des infections à *Clostridium difficile* d'origine nosocomiale liées à une hospitalisation dans l'installation déclarante selon la région Province de Québec, périodes administratives 6 à 8, 2004-2005**

Région et Installation hospitalière	Catégorie selon le nombre de lits (1)	Nombre de cas (2)	Taux par 10 000 p.-j. (3)	Intervalle de confiance du taux à 95% (4)	
<b>LAURENTIDES (15)</b>		<b>90</b>	<b>17,1</b>	<b>13,8</b>	<b>20,9</b>
CENTRE DE MONT-LAURIER	1	0	0,0	-	-
CH LAURENTIEN	1	4	5,3	1,4	11,7
CH SAINT-EUSTACHE	2	35	20,4	14,2	27,7
HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME	3	51	21,9	16,3	28,3
<b>MONTÉRÉGIE (16)</b>		<b>191</b>	<b>13,5</b>	<b>11,7</b>	<b>15,5</b>
CH DE GRANBY	2	5	5,1	1,6	10,5
CH HONORÉ-MERCIER	2	9	8,3	3,8	14,6
HÔTEL-DIEU DE SOREL	2	17	15,6	9,1	23,9
HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	2	12	17,1	8,8	28,2
CH ANNA-LABERGE	2	34	20,8	14,4	28,3
CHRS DU SUROÏT	2	35	26,6	18,5	36,1
CH PIERRE-BOUCHER	3	16	6,7	3,8	10,3
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	3	28	9,6	6,4	13,5
HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	3	35	17,7	12,3	24,0

Source : Système de surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile*, LSPQ, INSPQ, 24 janvier 2005.

Notes :

- (1) Taille de l'installation selon le nombre de lits de courte durée. Soit : {1: < 100 lits; 2: 100 à 249 lits; 3: >= 250 lits}.
  - (2) Nouveaux cas d'infections à *Clostridium difficile* d'origine nosocomiale liée à une hospitalisation dans l'installation hospitalière déclarante à l'exclusion des infections nosocomiales non liées à l'institution déclarante et des infections acquises dans la communauté.
  - (3) Taux pour 10 000 personnes-jours calculé en rapportant le nombre de cas sur le nombre de jours-présence (nombre de jours multiplié par le nombre de patients hospitalisés) pour la période considérée. Le résultat est, par la suite, multiplié par 10 000.
  - (4) Intervalle de confiance à 95%. Les intervalles de confiance n'ont pas été calculées lorsque le nombre de cas recensé est nul. Ces intervalles indiquent les limites dans lesquelles se situe le taux réel avec une probabilité de 95%.
- \* Des informations récentes nous indiquent que, pour certaines installations hospitalières, le nombre de cas inscrits au système de surveillance en date de l'extraction et ayant servi au rapport d'analyse sera ajusté. Il sera corrigé lors d'un prochain traitement. Compte tenu du caractère dynamique du système, il est possible que d'autres établissements apportent des corrections postérieures au 24 janvier 2005.

La surveillance des diarrhées à *Clostridium difficile* est réalisée dans 88 installations hospitalières ayant eu, en 2003, plus de 1 000 admissions en soins de courte durée, excluant les soins de longue durée, la psychiatrie, la pouponnière et la néonatalogie.