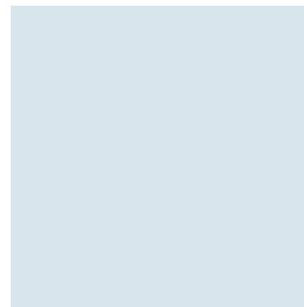
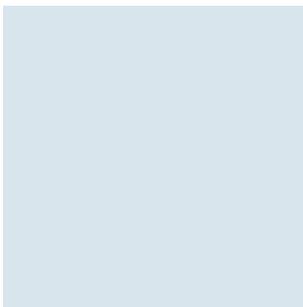


PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES



**Modèle général pour la vigie
des infections nosocomiales
assurée par les directions de santé publique**

Document rédigé par le groupe de travail de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses :

D^{re} Patricia Hudson, responsable du groupe de travail
Coordonnatrice de l'équipe maladies transmissibles
Direction de santé publique de la Montérégie

D^r Jasmin Villeneuve
Équipe maladies transmissibles
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

D^{re} Alejandra Irace-Cima
Coordonnatrice de l'équipe maladies transmissibles
Direction de santé publique de Laval

D^{re} Josée Massicotte
Équipe maladies transmissibles
Direction de santé publique de la Montérégie

M^{me} Madeleine Tremblay
Coordonnatrice du dossier des infections nosocomiales
Direction de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^{re} Anne Fortin
Chef d'unité scientifique surveillance, prévention et contrôle des maladies infectieuses
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

M. Christophe Garenc, Agent de planification, de programmation et de recherche
Unité scientifique surveillance, prévention et contrôle des maladies infectieuses
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Mise en page

Liette Labrecque, agente administrative
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Révision linguistique

Yvette Gagnon, réviseure

Document adopté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) le 16 février 2012 et par la Table de concertation nationale en santé publique (TCNSP) le 4 avril 2012.

Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetresseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66202-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

REMERCIEMENTS

Le groupe de travail tient à remercier les membres de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses et ceux de la Table nationale en prévention des infections nosocomiales pour leurs précieux commentaires, lesquels ont permis d'enrichir le contenu du présent document.

PRÉAMBULE

À la suite de la publication du *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population : Les infections nosocomiales*, en 2008, la Table de concertation nationale en maladies infectieuses a demandé à un groupe de travail de définir les besoins des autorités de santé publique pour que ces dernières puissent remplir adéquatement leur mandat de vigie relatif aux infections nosocomiales.

Le groupe de travail avait le mandat, notamment, de produire un modèle général pour la vigie des infections nosocomiales dans lequel seraient précisés les critères qui permettent de considérer un agent d'infection nosocomiale comme étant d'intérêt pour la vigie de santé publique, les sources d'information et le délai acceptable pour la réception des données provisoires nécessaires aux activités de vigie.

Au cours du processus de rédaction du présent document, les orientations ont été approuvées par la Table de concertation nationale en santé publique, en juin 2011. De plus, une consultation formelle a eu lieu auprès des membres de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, du Forum en infections nosocomiales et de la Table nationale de prévention des infections nosocomiales.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
DIARRHÉE ASSOCIÉE AU <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> (DACD)	3
ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)	5
<i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RÉSISTANTS À LA MÉTHICILLINE (SARM).....	7
GASTROENTÉRITE INFECTIEUSE	9
INFECTIONS RESPIRATOIRES.....	11
AGENTS PATHOGÈNES EN ÉMERGENCE.....	13
RÉFÉRENCES	15
ANNEXE	17

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
DPSP	Direction de la protection de la santé publique
DSP	Direction de santé publique
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSP	Loi sur la santé publique
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SARV	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine

INTRODUCTION

La Loi sur la santé publique (LSP) précise les pouvoirs et les devoirs dévolus aux directeurs de santé publique concernant la surveillance de l'état de santé de la population, la vigie au regard de certaines maladies et la protection de la santé de la population. Dans le domaine des maladies infectieuses, y compris les infections nosocomiales, la LSP édicte certaines mesures qui permettent aux directeurs de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et d'intervenir lorsque la santé de celle-ci est menacée¹, notamment en matière de signalement, d'enquête épidémiologique et d'intervention.

Le Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population : Les infections nosocomiales a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en 2008, afin de mieux définir le champ d'action des autorités de santé publique en ce qui a trait à la surveillance, à la vigie et à l'intervention au regard des infections nosocomiales. Tel qu'il est mentionné dans ce document, les directions de santé publique (DSP) reconnaissent que « la prévention et le contrôle des infections nosocomiales sont d'abord et avant tout la responsabilité des établissements de santé et de services sociaux [...] et qu'il est de leur devoir d'assurer une prestation sécuritaire de soins à leur clientèle ; [cependant,] les directeurs de santé publique considèrent la question de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales comme une priorité, et entendent surveiller, exercer une vigie et intervenir en temps opportun de manière à exercer leur devoir de protection de la santé de la population » (MSSS, 2008, p. 15).

Après la publication du Cadre de référence, la Table de concertation nationale en santé publique et la Table de concertation nationale en maladies infectieuses ont souligné la nécessité de définir les besoins des DSP et de préciser les interventions qu'effectuent celles-ci au regard de la vigie relative aux infections nosocomiales, vigie qui s'exerce principalement par l'entremise des différents programmes de surveillance des infections nosocomiales et des autres agents pathogènes d'intérêt pour la santé publique. De plus, une action (action 1) visant à soutenir l'opérationnalisation de ce cadre de référence est prévue dans le Plan d'action 2010-2015 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (DPSP du MSSS, 2011, p. 18).

Le présent document, qui s'adresse aux intervenants des directions régionales de santé publique, vient donc :

- donner des précisions sur les besoins des autorités de santé publique à l'égard de la vigie sanitaire des infections nosocomiales ;
- clarifier la portée des interventions de santé publique en matière d'infections nosocomiales.

Concept de *vigie sanitaire*

La vigie sanitaire fait partie des fonctions de santé publique définies par la LSP. Il est important de différencier la surveillance de la vigie sanitaire. « Selon les définitions utilisées en santé publique, la surveillance permet la planification à long terme alors que la vigie vise l'intervention rapide dans le but de limiter, contrôler ou éliminer les risques de transmission d'un agent biologique pathogène qui menace la santé de la population. Les données recueillies grâce aux programmes de surveillances peuvent cependant être utiles dans un contexte de vigie qui conduira à une intervention de santé publique (MSSS, 2008, p. 17) ». « Ces données permettront aux directions de santé publique d'évaluer rapidement la situation et de détecter précocement des menaces réelles ou appréhendées (MSSS, 2008, p. 22) ». « Les données doivent donc être obtenues en temps opportun afin d'intervenir de façon efficace. La vigie sanitaire permettra de remplir la fonction de protection de la santé publique visant l'investigation sur les cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions (MSSS, 2008, p. 20-21) ».

1. LSP, article 2 : [...] On entend par une menace à la santé de la population, la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. [...]

Sources des données pour la vigie sanitaire

Les sources d'information utilisées par les directions de santé publique pour assurer la vigie des infections nosocomiales sont :

- les signalements² ;
- les données provenant de la déclaration des MADO, les éclosions de gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée ainsi que les éclosions à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) ou à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), entre autres ;
- les données, notamment les données provisoires, de différents programmes, dont les programmes de surveillance provinciale des infections nosocomiales ou de surveillance en laboratoire.

On accorde une importance particulière aux signalements et aux MADO qui, d'emblée, sont des sources de données utiles à la vigie. Le signalement vise notamment tout événement ou toute situation qui sont ou peuvent devenir une menace pour la santé et qui peuvent mener à une intervention de santé publique, par exemple :

- une éclosion (nombre de cas supérieur à ce qui est normalement attendu, dans une unité de soins ou un établissement) ;
- une morbidité ou une mortalité exceptionnelles ou inhabituelles (qui toucheraient un groupe de la population habituellement exempté, notamment) ;
- la présence de maladies ou d'infections émergentes.

L'intervention de santé publique

Les interventions de santé publique relatives à une menace, réelle ou appréhendée, à la santé d'une population ont comme objectif de protéger la santé de la population. Les leviers auxquels peuvent alors recourir les DSP pour exercer leur rôle de protection vont du rehaussement de la vigie au déclenchement d'une enquête épidémiologique, qui se ferait en collaboration avec l'établissement visé dans le cas d'une éclosion, en passant par la formulation de recommandations et le suivi de l'évolution d'une situation. Pour plus de détails sur la gradation des interventions de santé publique relatives à une menace à la santé d'une population, que cette menace soit réelle ou appréhendée, nous invitons le lecteur à consulter le chapitre 3 du cadre de référence précité.

Le présent document porte essentiellement sur les infections nosocomiales suivantes :

- les diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) ;
- les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) ;
- les staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) ;
- les gastroentérites infectieuses ;
- les infections respiratoires ;
- les pathogènes en émergence.

Les infections qui ne se transmettent pas de personne à personne (telles que les bactériémies sur cathéters centraux contractées aux soins intensifs ou en hémodialyse, les infections urinaires et les infections des sites opératoires) ne sont généralement pas surveillées selon l'approche de la vigie. Le rôle des autorités de santé publique à l'égard de ces infections s'apparente davantage à une approche de promotion des pratiques reconnues efficaces. Par ailleurs, l'établissement ou le médecin ont la responsabilité de signaler² aux autorités de santé publique toute situation inhabituelle survenant dans un établissement, par exemple une éclosion de bactériémies dues à un microorganisme en particulier. À la suite de ce signalement, la DSP interviendra selon la situation et utilisera, au besoin, les pouvoirs qui lui sont conférés.

2. LSP, articles 92 à 95 et *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population : Les infections nosocomiales*, annexe 5 : « Un signalement est une information fournie par toute personne qui s'identifie de façon vérifiable, sauf exception probante ou légitime, dont elle a une connaissance personnelle, ou à titre de représentant d'une entité organisationnelle, ou par un médecin, et se rapportant à une menace à la santé réelle ou appréhendée, ou à ce qui est perçu comme étant ou pouvant être une menace à la santé, et qui n'est pas une [...] MADO pour le signalant (MSSS, 2008, p. 68) ».

DIARRHÉE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (DACD)

Objets de surveillance	Sources d'information	Délai / fréquence pour la réception des données	Utilisation des données aux fins de la vigie	Exemples d'interventions faites par les DSP dans le cadre de la vigie
1. Cas de DACD et complications				
Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'acquisition nosocomiale (cat. 1)	Programme de surveillance obligatoire des DACD (hôpitaux) <ul style="list-style-type: none"> • Système de saisie SPIN de l'INSPQ • Rapport hebdomadaire du Bureau de surveillance et de vigie du Ministère 	Sur une base hebdomadaire, au plus tard sept jours après la fin de chaque période administrative (données provisoires ou non validées)	Détection d'une augmentation significative des taux d'incidence (qu'il y ait ou non présence d'éclosions) <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de définir le taux d'incidence attendu de DACD dans un hôpital par période administrative (notion de seuil, établi par la DSP et les établissements)³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la situation avec l'établissement concerné afin de caractériser la situation
Données sur les complications (décès et colectomies)	<ul style="list-style-type: none"> • Système de saisie SPIN de l'INSPQ • Rapports produits par l'INSPQ 	Sur une base hebdomadaire, au plus tard sept jours après la fin de chaque période administrative (données provisoires ou non validées)	Détection de situations particulières (augmentation de la morbidité ou de la mortalité)	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en alerte des établissements de la région (vigie intensifiée) si la situation épidémiologique le justifie
2. Souches de <i>C. difficile</i> dans les hôpitaux				
Caractéristiques des souches de <i>C. difficile</i> , cas de DACD d'acquisition nosocomiale (cat. 1)	Programme de surveillance de laboratoire des souches de <i>C. difficile</i> du LSPQ <ul style="list-style-type: none"> • Transmission de l'information du LSPQ à la DSP 	Sur une base régulière (données par établissement)	Détection de situations particulières	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en alerte des établissements de la région (vigie intensifiée) si la situation épidémiologique le justifie

4

3. Une méthode, inspirée de celle qui est utilisée par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, a été définie pour identifier des seuils de vigilance et d'alerte concernant la DACD. Ces seuils, calculés sur une base périodique, se distinguent des seuils annuels déterminés dans le cadre de la planification stratégique du MSSS.

DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD) (SUITE)

Objets de surveillance	Sources d'information	Délai / fréquence pour la réception des données	Utilisation des données aux fins de la vigie	Exemples d'interventions faites par les DSP dans le cadre de la vigie
3. Éclosions de cas de DACD				
<ul style="list-style-type: none"> Augmentation du nombre de cas observés par rapport au nombre de cas attendus, au cours d'une période de temps définie, dans un même lieu géographique (hôpital, CHSLD ou unité de soins) Augmentation du taux d'incidence de DACD au-delà du seuil attendu qui a été établi par la DSP et l'hôpital pour cette période 	Signalements à la DSP faits par les établissements	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la situation avec l'établissement concerné Augmentation de la fréquence de la transmission des données permettant d'assurer la surveillance des cas Entente sur les modalités de suivi avec l'établissement (ex. : suivi hebdomadaire ou liste sommaire des cas) Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de gestion de l'éclosion Transmission de l'information à la Direction de la protection de la santé publique (DPSP) du Ministère, le cas échéant
4. Situations particulières				
<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la morbidité (sévérité des symptômes) ou de la mortalité Différence dans le profil de la population affectée habituellement (ex. : des femmes enceintes ou un groupe beaucoup plus jeune atteints de DACD) 	Signalements à la DSP faits par les établissements	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la situation avec l'établissement qui a transmis les données Entente sur les modalités de suivi avec l'établissement (ex. : suivi hebdomadaire ou liste sommaire des cas) Mise en alerte des établissements de la région si la situation épidémiologique le justifie Transmission de l'information à la DPSP du Ministère

ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)

Objets de surveillance	Sources d'information	Délai / fréquence pour la réception des données	Utilisation des données aux fins de la vigie	Exemples d'interventions faites par les DSP dans le cadre de la vigie
1. Nouveaux cas d'ERV				
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de nouveaux cas d'ERV (colonisés et infectés) • Nombre de spécimens cliniques et tests de dépistage effectués • Nombre et types d'infections à ERV 	Programme de surveillance obligatoire des ERV (hôpitaux) <ul style="list-style-type: none"> • Système de saisie SPIN de l'INSPQ • Rapports produits par l'INSPQ 	Sur une base mensuelle (données validées)	Suivi des situations épidémiologiques locale et régionale	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant
2. Éclosions de cas d'ERV				
Éclosion de cas d'infection ou de colonisation à ERV, (MADO, voir la définition donnée dans l'annexe)	Déclarations à la DSP (MADO) faites par les établissements	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la situation avec l'établissement concerné • Entente sur les modalités de suivi avec l'établissement (ex. : suivi hebdomadaire ou liste sommaire des cas) • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant • Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de contrôle de l'éclosion • Saisie et validation des données dans le Registre des MADO et transmission d'un avis à la DPSP du Ministère
	Rapport cumulatif des signalements d'éclosions de bactéries multirésistantes (Bureau de surveillance et de vigie du MSSS)	En temps réel	Suivi des situations épidémiologiques régionale et provinciale	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en alerte des établissements (hôpitaux, CHSLD, centres de réadaptation) de la région

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANTS À LA MÉTHICILLINE (SARM)

Objets de surveillance	Sources d'information	Délai / fréquence pour la réception des données	Utilisation des données aux fins de la vigie	Exemples d'interventions faites par les DSP dans le cadre de la vigie
1. Bactériémies à SARM				
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de bactériémies nosocomiales et dénominateurs • Site infectieux à l'origine de la bactériémie 	<p>Programme de surveillance obligatoire des bactériémies à <i>S. aureus</i> et à SARM (hôpitaux)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Système de saisie SPIN de l'INSPQ • Rapports produits par l'INSPQ 		Non requis à des fins de vigie	
2. Éclosions de cas de SARM				
<ul style="list-style-type: none"> • Éclosion de cas de SARM, selon le Registre des MADO (voir la définition donnée dans l'annexe) • Augmentation du nombre de cas observés par rapport au nombre de cas attendus, au cours d'une période de temps définie, dans un même lieu géographique (hôpital, CHSLD ou unité de soins) 	<p>Déclarations (MADO) ou signalements à la DSP faits par les établissements (selon les critères établis conjointement)</p>	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la situation avec l'établissement concerné • Entente sur les modalités de suivi avec l'établissement • Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de contrôle de l'éclosion • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant • Saisie et validation des données dans le Registre des MADO pour les éclosions répondant à la définition nosologique et transmission d'un avis à la DPSP du Ministère, le cas échéant

GASTROENTÉRITE INFECTIEUSE

Objets de surveillance	Sources d'information	Délai / fréquence pour la réception des données	Utilisation des données aux fins de la vigie	Exemples d'interventions faites par les DSP dans le cadre de la vigie
1. Éclosions de cas de gastroentérite				
Gastroentérite épidémique d'origine indéterminée (MADO voir la définition donnée dans l'annexe)	Déclarations à la DSP (MADO) faites par les établissements	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la situation avec l'établissement concerné afin de caractériser la situation • Aide à l'identification de l'agent étiologique, au besoin • Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de contrôle de l'éclosion • Entente sur les modalités de suivi avec l'établissement • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant, selon les modalités définies régionalement • Saisie et validation des données dans le Registre des MADO et saisie dans le registre ÉCLOSIONS
	Registre ÉCLOSIONS	En temps réel	Suivi des situations épidémiologiques régionale et provinciale	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant

INFECTIONS RESPIRATOIRES

Objets de surveillance	Sources d'information	Délai / fréquence pour la réception des données	Utilisation des données aux fins de la vigie	Exemples d'interventions faites par les DSP dans le cadre de la vigie
1. Éclosions de cas d'influenza				
<ul style="list-style-type: none"> • Éclosion de cas d'influenza dans les CHSLD (voir la définition donnée dans l'annexe) • Éclosion de cas d'influenza dans les centres hospitaliers (voir la définition donnée dans l'annexe) 	<p>Programme de surveillance de l'influenza en CHSLD</p> <p>Signalements à la DSP faits par les établissements</p>	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la situation avec l'établissement concerné afin de caractériser la situation • Aide à l'identification de l'agent étiologique, au besoin • Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de contrôle de l'éclosion • Entente sur les modalités du suivi avec l'établissement • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant, selon les modalités définies régionalement • Saisie des données dans le registre ÉCLOSIONS
2. Éclosions de cas d'infection respiratoire aiguë				
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre de cas d'infection respiratoire aiguë observés par rapport au nombre de cas attendus liés de manière épidémiologique (selon les caractéristiques relatives au temps, au lieu ou aux personnes) 	<p>Signalements à la DSP faits par les établissements (selon les critères établis conjointement)</p>	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la situation avec l'établissement concerné afin de caractériser la situation • Aide à l'identification de l'agent étiologique, au besoin • Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de contrôle de l'éclosion • Entente sur les modalités du suivi avec l'établissement • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant, selon les modalités définies régionalement • Saisie des données dans le registre ÉCLOSIONS

AGENTS PATHOGÈNES EN ÉMERGENCE

Objets de surveillance	Sources d'information	Délai / fréquence pour la réception des données	Utilisation des données aux fins de la vigie	Exemples d'interventions faites par les DSP dans le cadre de la vigie
1. Infections à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine (SARV)				
Infections à SARV, (MADO voir la définition donnée dans l'annexe)	Déclarations à la DSP (MADO) faites par les établissements	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> • Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de prévention et de contrôle concernant le cas et les contacts • Suivi régulier de l'évolution de la situation • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant • Saisie et validation des données dans le Registre des MADO • Signalement à la DPSP du Ministère
2. Maladies respiratoires sévères				
Cas de maladies respiratoires sévères (voir la définition donnée dans l'annexe)	Signalements à la DSP faits par les établissements	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à l'identification de l'agent étiologique, au besoin • Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de prévention et de contrôle concernant le cas et les contacts • Suivi régulier de l'évolution de la situation • Mise en alerte des établissements de la région, le cas échéant • Signalement à la DPSP du Ministère

AGENTS PATHOGÈNES EN ÉMERGENCE (SUITE)

Objets de surveillance	Sources d'information	Délai / fréquence pour la réception des données	Utilisation des données aux fins de la vigie	Exemples d'interventions faites par les DSP dans le cadre de la vigie
3. Pathogènes multirésistants aux antibiotiques				
<ul style="list-style-type: none"> Caractérisation des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémases (spécimens cliniques) 	<p>Programme de surveillance de laboratoire des bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases du LSPQ</p> <p>Transmission de l'information du LSPQ à la DSP</p>	Sur une base régulière	Suivi des situations épidémiologiques régionale et provinciale	<ul style="list-style-type: none"> Mise en alerte des établissements de la région si la situation épidémiologique le justifie
<ul style="list-style-type: none"> Éclosions de cas infectés ou colonisés par des entérobactéries productrices de carbapénémases (voir la définition donnée dans l'annexe) 	Signalements à la DSP faits par les établissements	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la situation avec l'établissement concerné afin de caractériser la situation Offre d'une expertise-conseil de deuxième ligne et d'un soutien, au besoin, pour l'investigation épidémiologique ou la mise en place des mesures de prévention et de contrôle de l'éclosion Entente sur les modalités de suivi avec l'établissement Mise en alerte des établissements de la région si la situation épidémiologique le justifie Transmission de l'information à la DPSP du Ministère, le cas échéant
<ul style="list-style-type: none"> Éclosions de cas d'infections à pathogènes multirésistants (ex. : <i>Acinetobacter baumannii</i> multirésistant) 	Signalements à la DSP faits par les établissements	En temps réel	Informations recueillies d'emblée aux fins de la vigie	<ul style="list-style-type: none"> Entente sur les modalités de suivi avec l'établissement Mise en alerte des établissements de la région si la situation épidémiologique le justifie Transmission de l'information à la DPSP du Ministère, le cas échéant

RÉFÉRENCES

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population : Les infections nosocomiales*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008) 84 p. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-209-07F.pdf>].
- Proposition d'offre de service de base des directions de santé publique pour certaines infections nosocomiales. Décembre 2006.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Définitions nosologiques – Maladies d'origine infectieuse*, 8^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 125 p. + annexes avril 2011. [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/c998857c12429a008525720a006203ea?OpenDocument>].
- COMITÉ PERMANENT DE LA TCNMI « INFLUENZA EN CHSLD » (2011). *Fiche synthèse sur l'influenza dans les CHSLD 2011-2012*, rédigé par Alejandra Irace-Cima, Dany Dorval et Jasmin Villeneuve, [s. l.], ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/f995f92f8e29a010852571f10055991b?OpenDocument>].
- DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Prévention et contrôle des infections nosocomiales : Plan d'action 2010-2015*, rédigé par Hélène Beaulieu et al., [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 74 p. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-209-04.pdf>].
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Surveillance accrue des maladies respiratoires sévères émergentes d'origine infectieuse : Recommandations*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2008 68 p. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-271-01W.pdf>].
- COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2012). *Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés : Avis et recommandations*, rédigé par Hugues Charest et al, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 83 p. [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391_MesuresPrevContrôleGrippeSaisonCHSGS.pdf].
- COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2010). *Prévention et contrôle de la transmission des entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus du Québec*, rédigé par Lucie Beaudreau, Lise-Andrée Galarneau et Marie Gourdeau, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 28 p. Octobre 2010[En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1168_PreventionTransmissionEnterobactCarbapenemases.pdf].
- QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} mars 2012*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne]. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].

ANNEXE

Définitions

- **Éclosion :**

Au moins deux cas de la même maladie, ou au moins deux personnes présentant des symptômes similaires ou souffrant du même syndrome, avec une des deux conditions suivantes : un lien épidémiologique, c'est-à-dire des caractéristiques de temps, de lieu ou de personnes en commun, ou une ou plusieurs expositions en commun.¹

OU

Augmentation significative du nombre de cas ou du taux d'incidence observés d'une infection par rapport au nombre de cas ou au taux d'incidence attendus pour cette infection, dans une période de temps définie, dans un même lieu géographique (hôpital, CHSLD ou unité de soins).

- **Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) – MADO :**

Présence, dans un même établissement de soins, de deux cas de colonisation ou d'infection par une même souche d'ERV transmise en milieu de soins (toujours se référer aux définitions nosologiques en vigueur)¹.

- **Éclosion à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) – MADO :**

Présence, dans un même établissement de soins de longue durée, de deux nouveaux cas d'infections graves causées par la même souche de SARM transmise en milieu de soins et nécessitant une chirurgie ou une antibiothérapie intraveineuse de plus de quatorze jours. La transmission doit survenir à l'intérieur d'un mois (toujours se référer aux définitions nosologiques en vigueur)¹.

- **Éclosion à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) :**

Lorsqu'il y a augmentation significative du nombre de cas (colonisés ou infectés) observés par rapport au nombre de cas attendus, dans une période de temps définie, dans un même lieu géographique (hôpital, CHSLD ou une unité de soins).

- **Gastroentérite épidémique d'origine indéterminée – MADO :**

Symptômes gastro-intestinaux d'étiologie infectieuse confirmée ou présumée chez au moins deux personnes et un lien épidémiologique entre les cas sans qu'une origine alimentaire ou hydrique n'ait été mise en évidence (toujours se référer aux définitions nosologiques en vigueur)¹.

- **Éclosion d'influenza en CHSLD :**

Deux cas ou plus de SAG chez les résidents, liés de manière épidémiologique (au moins un autre cas en dix jours dans le même milieu) avec confirmation de la présence du virus influenza chez deux cas (deux tests positifs du même type d'influenza (A ou B). Dans le cas d'une éclosion d'influenza A, l'un de ces tests doit être un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) (ex. : RT-PCR)².

- **Éclosion d'influenza en centre hospitalier :**

Deux cas nosocomiaux ou plus de grippe confirmés (d'un même type d'influenza A ou B) chez des patients et liés de manière épidémiologique. La confirmation d'au moins un cas par un test d'amplification des acides nucléiques est nécessaire³.

- **Cas de maladies respiratoires sévères (hôpitaux) :**

Voir la définition dans le document intitulé *Surveillance accrue des maladies respiratoires sévères émergentes d'origine infectieuse : Recommandations*⁴.

- **Infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV) – MADO :**

Isolement de *Staphylococcus aureus* présentant une sensibilité intermédiaire ou résistant à la vancomycine (toujours se référer aux définitions nosologiques en vigueur)¹.

- **Éclosion d'entérobactéries productrices de carbapénémases :**

Survenue de deux cas, colonisés ou infectés et reliés de manière épidémiologique, à l'intérieur d'un même établissement. Un signalement doit être fait à la DSP lorsqu'un cas pour lequel on ne peut conclure à l'acquisition hors Québec est identifié⁵.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011), *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Définitions nosologiques – Maladies d'origine infectieuse*, 8^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 125 p. + annexes. [En ligne]. [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/c998857c12429a008525720a006203ea?Opendocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/c998857c12429a008525720a006203ea?Opendocument).

2. COMITÉ PERMANENT DE LA TCNMI « INFLUENZA EN CHSLD » (2011), *Fiche synthèse sur l'influenza dans les CHSLD 2011-2012*, rédigé par Alejandra Irace-Cima, Dany Dorval et Jasmin Villeneuve, [s. l.], ministère de la Santé et des Services sociaux, 7 + [1] p. [En ligne]. [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/download.php?f=198d72c7a3f669d72f4048c8bd5a0a83\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/download.php?f=198d72c7a3f669d72f4048c8bd5a0a83).

3. COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2012), *Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés : Avis et recommandations*, rédigé par Hugues Charest *et al.*, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, xx, 83 p. [En ligne]. [\[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391_MesuresPrevControleGrippeSaisonCHSGS.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391_MesuresPrevControleGrippeSaisonCHSGS.pdf).

4. DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011), *Surveillance accrue des maladies respiratoires sévères émergentes d'origine infectieuse : Recommandations*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 68 p. [En ligne]. [\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-271-01W.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-271-01W.pdf).

5. COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2010), *Prévention et contrôle de la transmission des entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus du Québec*, rédigé par Lucie Beaudreau, Lise-Andrée Galarneau et Marie Gourdeau, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 28 p. [En ligne]. Octobre 2010 [\[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1168_PreventionTransmissionEnterobactCarbapenemases.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1168_PreventionTransmissionEnterobactCarbapenemases.pdf).

