

La surveillance des diarrhées
associées
aux infections à

Clostridium difficile

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

Avril 2005



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

Clostridium difficile

du 22 août 2004 au 5 février 2005

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

Avril 2005

Édition produite par :

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

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN 2-550-44325-X

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Introduction _____	1
Mise en garde _____	1
Le système de surveillance des infections à <i>Clostridium difficile</i> (SSICD) _____	1
Les objectifs du système de surveillance du <i>Clostridium difficile</i> _____	1
Définitions de cas _____	2
Les indicateurs de surveillance _____	2
Facteurs à prendre en considération dans l'interprétation des données _____	3
Résultats _____	3
Conclusion _____	5

INTRODUCTION

Ce deuxième rapport (le premier ayant été publié en janvier 2005) fournit les résultats de la surveillance des diarrhées associées aux infections à *Clostridium difficile* (*C. difficile*) en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés au Québec (CHSGS), couvrant la période du 22 août au 5 février 2005. Il a été rédigé à partir des données provenant du 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.

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

Il importe de souligner que les données doivent être interprétées avec prudence. La récente mise en place du système (six mois) ne nous permet pas d'avoir des données historiques comparables pour comprendre la dynamique de la situation dans le temps. Plusieurs facteurs, comme la taille de l'établissement et la moyenne d'âge des personnes hospitalisées influencent les taux calculés pour l'établissement.

Le système de surveillance des infections à *Clostridium difficile* (SSICD)

Le système de surveillance de l'infection à *Clostridium difficile* est en place depuis la fin du mois d'août 2004 et est opéré par l'INSPQ. 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).

Les objectifs du système de surveillance du *Clostridium difficile*

La surveillance comporte deux objectifs distincts. Le premier objectif est de déterminer l'incidence des nouveaux cas d'infection à *Clostridium difficile* reliés à l'installation déclarante dans un CHSGS. Cette surveillance est obligatoire pour tous les CHSGS visés.

Le second objectif est de déterminer, au cours des quatre semaines suivant le diagnostic, la fréquence des complications les plus importantes associées à cette maladie : décès, colectomies, admissions aux soins intensifs et réadmissions. Les CHSGS ont été invités par lettre du sous-ministre, monsieur Juan Robert Iglesias, à transmettre leurs données sur les complications associées. Plusieurs d'entre eux l'ont déjà fait. Les données préliminaires devraient être disponibles en mai 2005.

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 mégacolon 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 histopathologique 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 du traitement.

Les indicateurs de surveillance

La présente étude ne porte que sur les cas d'infections contractées à l'hôpital liées 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 sur le nombre de jours-présence de patients par période administrative dans l'établissement (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 possédant des caractéristiques similaires.

Les petits hôpitaux qui ont peu d'admissions par période peuvent voir fluctuer leur taux 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 permet d'apprécier la variation de la mesure avec des bornes inférieures et supérieures qui sont susceptibles de contenir la vraie valeur du 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.

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 seuls 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.

Résultats

Résultats globaux pour les six premières périodes et évolution dans le temps :

Les données démontrent une augmentation significative de l'incidence globale de l'infection à *C. difficile* dans la province de Québec au cours de la période onze (du 9 janvier au 5 février 2005). Ces taux varient de 10,9 à 12,3 par 10 000 personnes-jours au cours des périodes six à dix et il augmente à 16,3/10 000 personnes-jours à la période onze.

Évolution temporelle et géographique :

Deux zones géographiques telles que définies dans le système de surveillance SSICD connaissent une augmentation significative de leur taux au cours de la période onze : la région de Montréal-Laval-Montérégie (06, 13, et 16) et l'ouest du Québec qui réunit les régions de l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, le Nord du Québec et les Laurentides respectivement (07, 08, 10 et 15). Pour cette dernière région, on observe une augmentation importante du taux d'incidence dans les Laurentides (région 15) et plus modérée dans l'Outaouais (région 07).

Selon la répartition de la zone géographique dans le SSICD, le taux d'incidence dans la région de Québec est présenté avec celui de Chaudière-Appalaches. Pris de façon isolée, le taux d'incidence pour la région de Québec a augmenté de façon significative pour la période onze.

On peut faire la même observation pour la région du Cœur du Québec qui réunit les régions de la Mauricie, de l'Estrie et de Lanaudière. Prise de façon isolée, la région de Lanaudière présente une augmentation importante de son taux à la période onze.

Distribution globale des taux dans les établissements :

Pour les six périodes agrégées soit de six à onze, on observe que dix centres hospitaliers présentent des taux d'incidence qui sont supérieurs à 20/10000 personnes-jours, valeur qui représente le 90e percentile pour cette période. Cette donnée signifie que les taux d'incidence ont été généralement plus élevés pour ces établissements, et ce, sur plusieurs périodes.

Selon les caractéristiques des établissements :

On constate qu'il peut y avoir de grandes variations sur les taux d'incidence par CH et sur des périodes consécutives. Il n'est pas possible pour le moment de fournir des explications à ce phénomène.

Dans les installations de 250 lits et plus, les taux d'infection sont globalement trois fois plus élevés que dans les petits hôpitaux de moins de 100 lits. Cette situation 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.

Dans les grands centres urbains tels Montréal, Laval et la Montérégie, les taux d'incidence sont trois fois plus élevés que dans les petits centres urbains tels Bas St-Laurent, Saguenay, Côte-Nord par exemple.

Interprétation des données :

Il peut y avoir de grandes fluctuations entre les périodes de surveillance. Les interprétations demeurent délicates dans le contexte d'augmentation saisonnière.

Les variations saisonnières observées peuvent être attribuées à une augmentation de la consommation d'antibiotiques liées aux infections respiratoires qui sont plus importantes au cours de cette période.

On ne peut conclure actuellement que l'augmentation des taux observés peut être liée à la présence d'un nouveau clone ou liée aux variations saisonnières habituelles.

États de situation au 4 avril 2005 pour dix établissements présentant des taux d'incidence élevée sur plusieurs périodes consécutives

Des plans d'action ont été établis en janvier 2005 dans les différents établissements au Québec afin de mettre en place des mesures de prévention et de contrôle qui permettent de mieux contrôler les éclosions et ceci, en conformité avec les recommandations élaborées par le CINQ. Le SSICD a permis d'identifier dix établissements qui présentent des taux d'incidence élevée de l'infection à *C. difficile* sur quelques périodes.

Une demande a été faite à chacun de ces établissements de nous décrire le degré d'avancement de leur plan d'action. Tous les établissements concernés ont collaboré afin de nous préciser les interventions qui ont été mises en place à ce jour.

Ces établissements se répartissent dans cinq régions soit La Mauricie, Montréal, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie. Ce sont tous des hôpitaux de plus de 100 lits.

Les dix établissements concernés mentionnent qu'ils ont soit des cas isolés ou des éclosions. Lorsqu'une éclosion est identifiée, elle peut être sur une ou plusieurs unités de soins.

On constate que les dix établissements se sont mobilisés pour dresser un plan d'action et adopter des mesures qui permettent de mieux contrôler les éclosions dans les établissements de soins. Les effectifs en personnel infirmier ont été comblés. Des mesures de prévention, d'isolement, de désinfection ont été rehaussées. Des équipes de gestion des éclosions ont été formées et informent régulièrement le conseil d'administration de la situation qui prévaut dans le centre. Des formations ont été mises en place pour différents corps d'emploi tant au niveau du personnel infirmier que du personnel de l'entretien ménager. Au niveau de l'immobilisation en matériel, tous les établissements ont fait l'achat d'équipements dédiés. On constate que certains établissements ont des travaux importants à faire et qui nécessitent des plans d'aménagement plus complexes comme par exemple, l'installation de lavabos. La réalisation de ces travaux nécessite un échéancier plus long.

Dans les lignes directrices émises par le CINQ, il est recommandé de créer un comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques dans les établissements. Certains d'entre eux ont mis en place ce comité et d'autres précisent qu'ils le feront au cours de l'année.

CONCLUSION

Ce deuxième rapport découlant du nouveau système de surveillance SSICD permet de dresser un portrait de la situation du *C. difficile* dans 88 installations hospitalières au Québec et sur six périodes administratives.

Il permet de constater qu'il y a une augmentation du taux d'incidence de cette infection dans quelques régions et établissements au Québec, augmentation, qui nous le croyons, était prévisible en fonction de la saisonnalité de cette infection. Un suivi a été effectué auprès de dix centres qui présentent des taux d'incidence élevée sur plusieurs périodes.

On constate un effort de mobilisation important dans les établissements les plus touchés pour contrôler la situation. Tous semblent avoir identifié certains points critiques dans la gestion et le contrôle des infections en particulier au niveau des mesures de contrôle liées à l'environnement. Les échéanciers sont variables pour la mise en place ou l'application de certaines mesures et sont en fonction de la teneur du plan d'action soumis.

Il sera important d'encourager les établissements à former des comités de surveillance pour l'utilisation des antibiotiques, car l'utilisation d'antibiotiques et en particulier de certaines classes d'antibiotiques demeure un facteur de risque important dans l'acquisition de cette infection.

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

Clostridium difficile

Taux d'incidence de DACD par centre hospitalier

Surveillance des infections à *Clostridium difficile*
Taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 patients-jours et nombre de cas
Période administrative 6 à 11, 2004-2005

Région / Installation	Nombre de lits (1)	Taux d'incidence périodes 6 à 11 (2)	IC 95% (3)	Taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 pat/jrs (2)						Nombre de cas de DACD d'origine nosocomiale (4)					
				6	7	8	9	10	11	6	7	8	9	10	11
				BAS-SAINT-LAURENT (01)											
		7,1	[5,9]	2,8	4,6	7,4	11,6	11,0	5,1	3	5	8	13	12	6
CRSSS - CHR DE RIMOUSKI	2	14	[9, 20]	7	9	18	22	29	9	3	4	8	10	12	4
CSRSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP - CHR DU GRAND-PORTAGE	2	3	[1, 7]	0	4	0	7	0	4	0	1	0	2	0	1
RSSS DE KAMOURASKA - CENTRE NOTRE-DAME-DE-FATIMA	1	0	[ND]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RSSS DE MATANE - CH DE MATANE	1	2	[0, 9]	0	0	0	9	0	0	0	0	0	1	0	0
RSSS DE LA MATAPÉDIA - CH D'AMQUI	1	0	[ND]	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	1
RSSS DU TÉMISCOUATA - CH NOTRE-DAME-DU-LAC	1	0	[ND]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (02)															
		2,7	[2,4]	2,7	0,5	4,1	1,6	1,8	5,1	5	1	8	3	3	10
CSRSS DE CHICOUTIMI - COMPLEXE HOSPITALIER DE LA SAGAMIE	3	2	[1, 4]	4	1	1	2	3	3	3	1	1	2	2	2
CARREFOUR DE SANTÉ DE JONQUIÈRE - CH JONQUIÈRE	1	5	[2, 9]	0	0	18	3	0	3	0	0	6	1	0	1
CENTRE MARIA-CHAPDELAINÉ - CENTRE DE SERVICES DOLBEAU	1	0	[ND]	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1
CSRSS DOMAINE-DU-ROY - HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL	2	3	[0, 6]	7	0	3	0	0	20	2	0	1	0	0	6
CSRSS DU PIÉKOUAGAMI - PAVILLON DE L'HÔTEL-DIEU D'ALMA	2	0	[ND]	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0
QUÉBEC (03)															
		11,3	[10,13]	10,7	8,7	12,9	6,8	11,9	16,3	44	38	58	31	51	74
CHAUQ - HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	3	11	[8, 15]	10	10	21	3	11	21	9	9	20	3	10	20
CHUQ - PAVILLON L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC	3	23	[18, 30]	25	31	20	17	22	13	16	21	14	12	14	9
CHAUQ - HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT	3	4	[1, 7]	2	0	9	2	2	11	1	0	4	1	1	6
CHUQ - PAVILLON CH DE L'UNIVERSITÉ LAVAL	3	4	[2, 7]	6	1	10	1	18	16	5	1	8	1	15	13
CHUQ - PAVILLON SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE	3	11	[7, 15]	13	7	10	14	14	22	8	5	7	10	9	15
HÔPITAL LAVAL - HÔPITAL LAVAL	3	5	[3, 8]	7	3	7	5	3	13	5	2	5	4	2	11
CSRSS DE CHARLEVOIX - CH SAINT-JOSEPH DE LA MALBAIE	1	0	[ND]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC (04)															
		14,3	[12,16]	8,6	16,5	17,8	17,0	10,8	14,5	18	37	39	36	23	35
CSRSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE - HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA	2	10	[5, 15]	11	5	3	19	24	9	4	2	1	8	10	4
CHR DE TROIS-RIVIÈRES - PAVILLON ST-JOSEPH	3	22	[18, 27]	10	29	32	22	11	8	10	29	31	21	10	8
CSRSS DE L'ÉNERGIE - HÔPITAL DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE	2	3	[1, 6]	3	3	3	3	0	5	1	1	1	1	0	2
CSRSS DRUMMOND - HÔPITAL SAINTE-CROIX	2	12	[7, 17]	7	11	15	14	7	42	3	5	6	6	3	21
ESTRIE (05)															
		9,6	[8,12]	12,4	6,6	14,8	8,3	7,3	8,4	18	10	23	13	11	14
CHUS - C.H. UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE - HÔPITAL FLEURIMONT	3	7	[5, 10]	13	6	6	4	5	6	12	5	6	4	4	6
CHUS - C.H. UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE - HÔTEL-DIEU	2	17	[12, 23]	13	11	28	15	15	12	6	5	14	7	7	6
CSRSS MEMPHRÉMAGOG - CSRSS MEMPHRÉMAGOG -SIÈGE SOCIAL	1	17	[5, 35]	0	0	43	24	0	18	0	0	3	2	0	2
CSRSS DU GRANIT - CSRSS DU GRANIT (SIÈGE SOCIAL)	1	0	[ND]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MONTRÉAL (06)															
		15,2	[14,16]	13,4	13,6	15,1	15,0	15,8	17,9	189	203	226	225	222	271
CUSM - HÔPITAL ROYAL VICTORIA	3	14	[10, 18]	15	11	11	19	18	26	13	10	10	18	16	25
CHUM - HÔPITAL NOTRE-DAME	3	15	[11, 19]	14	14	16	16	17	22	13	14	16	16	16	22
L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	3	20	[16, 24]	21	21	17	20	14	12	27	28	23	27	18	15
CUSM - L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	2	1	[0, 3]	4	0	0	0	4	0	1	0	0	0	1	0
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	2	18	[15, 22]	22	15	18	19	19	31	33	23	29	30	28	50
L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	3	4	[2, 7]	6	4	5	2	8	2	3	2	3	1	4	1
INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	2	6	[2, 10]	6	14	3	0	7	16	2	5	1	0	2	6
CHUM - HÔPITAL SAINT-LUC DU CHUM	3	12	[9, 17]	15	11	8	15	9	17	10	8	6	12	6	11

Surveillance des infections à *Clostridium difficile* (suite)
Taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 patients-jours et nombre de cas
Période administrative 6 à 11, 2004-2005

Région / Installation	Nombre de lits (1)	Taux d'incidence périodes 6 à 11 (2)	IC 95% (3)	Taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 pat./jrs							Nombre de cas de DACD d'origine nosocomiale					
				(2)							(4)					
				6	7	8	9	10	11	6	7	8	9	10	11	
MONTRÉAL (06) suite																
CHUM - HÔTEL-DIEU DU CHUM	2	14	[10, 19]	11	10	24	11	22	19	6	6	15	7	13	12	
HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL	3	15	[12, 19]	16	15	15	14	17	28	18	17	17	16	18	33	
CSSS DE VERDUN/C. ST-PAUL ST-HENRI ET P. ST-CHARLES	3	17	[12, 24]	24	13	15	17	18	16	11	6	7	8	8	8	
CUSM - HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	3	19	[15, 24]	9	22	31	16	29	15	7	18	28	14	25	14	
HÔPITAL SANTA CABRINI - HÔPITAL SANTA CABRINI	3	23	[18, 28]	17	26	23	25	31	30	13	21	18	20	25	25	
CSSS DE PIERREFONDS ET LAC SAINT-LOUIS - H.G. DU LAKESHORE	2	11	[7, 16]	7	21	7	10	15	5	4	12	4	6	9	3	
CSSS DE LA PETITE PATRIE ET VILLERAY - HÔPITAL JEAN-TALON	2	9	[6, 14]	2	5	14	16	2	14	1	3	8	9	1	8	
CH DE ST. MARY - CH DE ST. MARY	2	15	[11, 20]	18	15	16	13	13	7	13	11	11	9	9	5	
CSSS DE LASALLE ET DU VIEUX LACHINE - CH DE LACHINE	2	0	[ND]	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	
CSSS D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD - CH FLEURY	2	43	[32, 56]	14	37	58	59	59	43	4	11	18	17	16	14	
CSSS DE LASALLE ET DU VIEUX LACHINE - CH DE LASALLE	2	13	[5, 25]	18	9	8	17	9	31	2	1	1	2	1	4	
L'HÔPITAL DE RÉADAPTATION LINDSAY	2	2	[0, 5]	3	3	0	3	0	0	1	1	0	1	0	0	
VILLA MÉDICA INC. - VILLA MÉDICA	2	6	[2, 10]	6	6	3	6	6	9	2	2	1	2	2	3	
CUSM - HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL	1	3	[0, 8]	6	0	5	0	7	29	1	0	1	0	1	5	
CSSS RENÉ-CASSIN ET N.-D.-DE-GRÂCE / CH RICHARDSON	1	2	[0, 6]	0	0	0	9	0	0	0	0	0	1	0	0	
HÔPITAL CATHERINE BOOTH DE L'ARMÉE DU SALUT	1	6	[2, 12]	5	4	9	4	0	0	1	1	2	1	0	0	
HÔPITAL MARIE CLARAC	2	10	[6, 14]	6	6	13	15	6	11	3	3	7	8	3	6	
OUTAOUAIS (07)																
		5,5	[4,7]	3,4	3,4	3,2	3,9	6,8	12,2	6	4	5	6	10	19	
CSSS DE GATINEAU - PAVILLON DE GATINEAU	2	1	[0, 3]	4	0	0	2	5	13	2	0	0	1	3	7	
CSSS DE GATINEAU - PAVILLON DE HULL	3	5	[3, 8]	5	7	5	3	10	13	3	4	3	2	6	8	
CSSS VALLÉE-DE-LA-GATINEAU	1	5	[0, 14]	0	0	0	19	0	0	0	0	0	2	0	0	
CSSS DU PONTIAC - CH DU PONTIAC	1	3	[0, 12]	11	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
CSSS DE PAPINEAU - PAVILLON DU CH	1	5	[1, 12]	0	0	13	6	6	23	0	0	2	1	1	4	
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (08)																
		9,5	[7,13]	4,8	12,4	10,6	13,4	10,0	5,9	3	8	7	9	6	3	
CSSS DE ROUYN-NORANDA	2	9	[3, 17]	0	6	11	16	23	11	0	1	2	3	4	1	
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI - CH HÔTEL-DIEU D'AMOS	1	3	[0, 7]	5	0	0	5	6	5	1	0	0	1	1	1	
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR - CH DE VAL-D'OR	2	18	[10, 28]	9	28	19	14	5	5	2	6	4	3	1	1	
RSSS DES AUBURES BORÉALES - CH LA SARRE	1	14	[4, 31]	0	14	15	25	0	0	0	1	1	2	0	0	
CÔTE-NORD (09)																
		2,3	[1,5]	0,0	2,0	0,0	2,5	2,6	7,0	0	1	0	1	1	3	
CSSS DE MANICOUAGAN - CHR BAIE-COMEAU	1	2	[0, 6]	0	4	0	5	5	4	0	1	0	1	1	1	
CHR DE SEPT-ÎLES	1	0	[ND]	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	2	
NORD-DU-QUÉBEC (10)																
		0,0	[ND]	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0	0	0	
CRSSS BAIE-JAMES - CSSS DE CHIBOUGAMAU	1	0	[ND]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE (11)																
		3,0	[1,5]	0,0	3,9	3,9	8,0	0,0	2,0	0	2	2	4	0	1	
CSSS DU ROCHER-PERCÉ - CH DE CHANDLER	1	2	[0, 8]	0	0	8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ - PAVILON HÔTEL-DIEU	1	2	[0, 7]	0	0	0	7	0	0	0	0	0	1	0	0	
CSSS BAIE-DES-CHALEURS - CH BAIE-DES-CHALEURS	1	3	[0, 10]	0	0	0	14	0	0	0	0	0	2	0	0	
CSSS DE LA HAUTE-GASPÉSIE - HÔPITAL DES MONTS	1	10	[3, 23]	0	20	10	11	0	13	0	2	1	1	0	1	

Surveillance des infections à *Clostridium difficile* (suite)
Taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 patients-jours et nombre de cas
Période administrative 6 à 11, 2004-2005

Région / Installation	Nombre de lits (1)	Taux d'incidence périodes 6 à 11 (2)	IC 95% (3)	Taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 pat./jrs						Nombre de cas de DACD d'origine nosocomiale					
				(2)						(4)					
				6	7	8	9	10	11	6	7	8	9	10	11
CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)		6,5	[5,8]	4,6	7,4	6,6	5,1	8,8	6,5	6	10	9	7	12	9
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS - HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	3	7	[4, 11]	5	9	8	8	10	7	3	6	5	5	6	4
CSSS DE BEAUCE - CH BEAUCE-ETCHEMIN	2	6	[2, 11]	6	6	8	3	6	11	2	2	3	1	2	4
CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET - HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY	1	1	[0, 5]	0	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD - CHR DE L'AMIANTE	2	6	[1, 13]	6	6	5	6	18	4	1	1	1	1	4	1
LAVAL (13)		16,0	[14,20]	8,9	22,4	18,2	18,7	10,9	16,1	13	34	28	28	15	24
CSSS DE LAVAL - CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL	3	19	[15, 23]	10	26	18	21	13	17	11	31	22	25	15	20
HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION	2	11	[6, 17]	6	9	18	10	0	14	2	3	6	3	0	4
LANAUDIÈRE (14)		13,1	[11,16]	9,7	8,7	18,5	8,9	10,1	21,5	13	12	26	12	13	32
CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE - CH PIERRE-LE GARDEUR	2	2	[1, 4]	3	0	3	2	2	7	2	0	2	1	1	5
CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE - CHR DE LANAUDIÈRE	3	21	[16, 26]	17	17	32	16	19	37	11	12	24	11	12	27
LAURENTIDES (15)		20,5	[18,23]	11,8	16,3	23,6	15,6	19,4	35,5	20	29	43	28	33	65
CSSS DEUX-MONTAGNES / SUD-DE-MIRABEL - CH SAINT-EUSTACHE	2	20	[15, 27]	11	35	16	21	31	56	6	20	9	12	17	32
CH-CLSC-CHSLD-CR ANTOINE-LABELLE - CENTRE DE MONT-LAURIER	1	3	[0, 10]	0	0	0	13	6	13	0	0	0	2	1	2
CSSS RIVIÈRE-DU-NORD / NORD-DE-MIRABEL - H-D DE ST-JÉRÔME	3	19	[15, 24]	15	11	39	11	15	25	11	9	31	9	11	21
CH-CLSC-CHSLD DES SOMMETS - CH LAURENTIEN	1	11	[5, 18]	12	0	11	18	16	38	3	0	3	5	4	10
MONTÉRÉGIE (16)		15,4	[14,17]	16,9	12,8	13,3	16,5	11,7	20,9	66	59	64	79	55	100
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE - HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	3	11	[8, 14]	3	4	10	15	5	4	3	4	10	15	5	4
CSSS HAUT RICHELIEU / ROUVILLE - HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	3	22	[17, 28]	34	17	18	22	31	37	22	11	12	16	22	27
CSSS DU VIEUX LONGUEUIL ET DE LAJEMERAIS - CH PIERRE-BOUCHER	3	6	[4, 9]	3	6	11	5	5	9	2	5	9	4	4	7
CSSS RICHELIEU-YAMASKA - CH HONORÉ-MERCIER	2	8	[4, 13]	8	12	5	5	13	14	3	4	2	2	5	5
CSSS DE SOREL-TRACY - HÔTEL-DIEU DE SOREL	2	14	[8, 20]	14	17	16	6	6	18	5	6	6	2	2	7
CSSS JARDINS-ROUSSILLON - CH ANNA-LABERGE	2	27	[20, 35]	16	21	28	42	13	40	8	11	14	23	7	23
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA - CH DE GRANBY	2	6	[3, 11]	9	0	6	9	12	18	3	0	2	3	4	6
CHRS DU SUROÛT - CHRS DU SUROÛT	2	26	[19, 34]	37	33	14	23	12	34	15	13	7	10	5	16
CSSS LA POMMERAIE-HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	2	17	[10, 26]	21	20	9	17	4	22	5	5	2	4	1	5
TOTAUX PROVINCIAUX		12,8	[12,13]	10,9	11,4	13,5	12,3	12,3	16,2	404	453	546	495	467	666

Source :
 Système de surveillance des diarrhées associées au Clostridium difficile, LSPQ, INSPQ, document préliminaire avril 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) 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.
 - (3) Intervalle de confiance à 95%. Les intervalles de confiance n'ont pas été calculés 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%.
 - (4) 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.

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.

